

**Принято**  
Методическим советом  
ОГБУСО КЦСО «Доверие»  
Протокол от 24.01.2023 №1

**УТВЕРЖДЕН**  
Приказом директора  
ОГБУСО КЦСО «Доверие»  
от 31.01.2024 №17

**Министерство социального развития Ульяновской области**

**Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания «Доверие» в г. Димитровграде»**

**Ресурсный центр по развитию стационарозамещающих технологий**

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**по внедрению и развитию стационарозамещающей технологии  
«Школа ухода»**

Димитровград

Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания «Доверие» в г. Димитровграде»

Ресурсный центр по развитию стационарозамещающих технологий

*Составители:*

**Анисимова Н.Н.**, – заместитель директора по реабилитационной работе ОГБУСО КЦСО «Доверие»

**Субаева А.С.** – методист ОГБУСО КЦСО «Доверие»

**Панасенко Н.А.** – специалист по социальной работе ОГБУСО КЦСО «Доверие»

**Методические рекомендации по внедрению и развитию стационарозамещающей технологии «Школа ухода»: методическое пособие / под ред. Н.Н. Анисимовой. – Димитровград: ОГБУСО КЦСО «Доверие», 2024. – 39 с.**

В сборнике представлен практический опыт организации работ школы ухода за маломобильными, немобильными пожилыми гражданами, инвалидами, детьми с ТМНР в ОГБУСО КЦСО «Доверие». Рассматриваются различные варианты и особенности реализации стационарозамещающих технологий по родственному уходу в форме школ, где родственники, специалисты и волонтеры проходят обучение по организации ухода за гражданами пожилого возраста, инвалидами и детьми-инвалидами с ТМНР.

Издание будет полезно руководителям и специалистам учреждений, занимающимся вопросами развития и внедрения стационарозамещающих технологий предоставления социальных услуг, в том числе по уходу за гражданами пожилого возраста, инвалидами (полностью или частично утратившим способность к самообслуживанию) и детьми-инвалидами с ТМНР.

## Содержание

Введение.....	4
1.Цели и задачи стационарозамещающей технологии «Школа ухода».....	4
2.Целевая категория.....	5
3.Организационные моменты реализации технологии «Школа ухода».....	5
4. Понятие ухода и его значимость. Принципы долговременного ухода ....	7
5. Необходимые ресурсы для реализации программы «Школа ухода».....	11
6. Ожидаемые результаты.....	14
7. Список литературы.....	15
8. Приложения.....	17

## **ВВЕДЕНИЕ**

В России ежегодно увеличивается доля граждан старшего поколения в составе населения страны, что обуславливает рост потребности в социальных услугах, и, как следствие, возрастает необходимость совершенствования системы социального обслуживания. Под совершенствованием подразумевается поиск ресурсов, актуализация и развитие известных и новых технологий и форм работы с получателями социальных услуг.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ требует решения одной из самых острых проблем граждан пожилого возраста, людей с инвалидностью, утративших способность к самообслуживанию – формирования и развития эффективной системы постороннего ухода с целью поддержания способности к самообслуживанию для достижения оптимального уровня жизни и социальной адаптации граждан данной категории. Такая форма социального обслуживания весьма эффективна при отсутствии родственного ухода и неумении родственников осуществлять уход и попечение над пожилыми близкими и детьми с ТМНР. Одним из путей решения данной проблемы является развитие стационарозамещающих технологий предоставления социальных услуг, в том числе по родственному уходу за гражданами пожилого возраста и инвалидами, полностью или частично утратившими способность к самообслуживанию.

### **Цели и задачи стационарозамещающей технологии «Школа ухода»:**

- максимально возможное продление автономной жизни граждан пожилого возраста, маломобильных инвалидов в привычных для них условиях собственного дома;
- поддержка психологического комфорта;
- повышение уровня доступности социальных услуг.

В настоящее время в России активно реализуется стационарозамещающая технология по родственному уходу в форме школ, где родственники, специалисты и волонтеры проходят обучение по организации ухода и попечения за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

Школа ухода (далее – Школа) – это актуальная технология, суть которой заключается в обучении родственников и специалистов

осуществлению ухода за маломобильными гражданами на дому, в том числе с использованием технических средств реабилитации.

### **Цели:**

- повышение качества жизни граждан пожилого возраста и инвалидов;
- помощь в социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов с учетом их возрастных и физиологических особенностей в привычной домашней обстановке, в окружении родственников и близких людей;
- снижение риска развития осложнений;
- создание благоприятной психологической обстановки в семье, снижение уровня нервно-психической напряженности;
- социально-психологическая поддержка и стимулирование собственной активности граждан пожилого возраста и инвалидов.

### **Задачи:**

- ознакомление обучающихся Школы со спецификой поведения граждан пожилого возраста и инвалидов;
- знакомство с основами геронтологии;
- практическое обучение навыкам медицинских манипуляций, активному позиционированию в социуме.

В настоящее время данная технология реализуется в ОГБУСО КЦСО «Доверие в г. Димитровграде. Также важными направлениями данной технологии являются:

- восстановление навыков самообслуживания у маломобильных граждан (обучение навыкам самопомощи, пользованию техническими (далее – ТСР) и вспомогательными средствами реабилитации);
- просвещение граждан о возможностях и перспективах данной технологии (в том числе распространение среди населения информационно-методических материалов).

### **Целевая категория:**

- родственники, опекуны, которые осуществляют уход за маломобильными гражданами;
- граждане пожилого возраста и инвалиды, которые хотят максимально сохранить способность к самообслуживанию;
- специалисты учреждений социального обслуживания;
- медицинский персонал учреждений социального обслуживания;
- волонтеры.

### **Организационные моменты реализации технологии «Школа ухода»**

**Формы работы Школы:** лекционные, семинарские и практические занятия, а также групповые и индивидуальные консультации.

К проведению занятий в Школе привлекаются высококвалифицированные специалисты из здравоохранения и учреждений социального обслуживания. Обучение включает в себя изучение теоретических основ и практическое освоение навыков ухода за маломобильными пожилыми гражданами, инвалидами и детьми инвалидами испытывающими трудности самообслуживания.

#### **Обязательные обучающие модули Школы:**

- основы геронтологии и гериатрии, педиатрии;
- психологические особенности пожилого возраста, инвалидов и детей с инвалидностью;
- общение с гражданами пожилого возраста, людьми с инвалидностью и детьми с инвалидностью;
- социально-медицинские проблемы граждан данных категорий;
- основы рационального питания граждан;
- гимнастика;
- основные болезни, их профилактика (гипертония, криз, сахарный диабет, бронхиальная астма, инфаркт, стенокардия, кровотечение и т.д.);
- методы контроля за изменениями состояния здоровья граждан;
- принципы общего ухода;
- основы реабилитации при различных функциональных нарушениях;
- профилактика стрессов;
- простейшие медицинские манипуляции в домашних условиях;
- оказание первой доврачебной помощи.

**Периодичность занятий** устанавливается по договоренности с группой или в индивидуальном порядке.

**Численный состав участников групповой работы** – не более 5-8 человек (для родственников/законных представителей детей с ТМНР), не более 8-15 (для сиделок и родственников, осуществляющих уход за пожилыми гражданами и инвалидами).

Участие в обучении добровольное. Для того чтобы стать участником Школы, желающим необходимо предварительно записаться.

На занятиях Школы родственники и специалисты получают знания и умения, которые позволяют облегчить жизнь маломобильным гражданам, людям с инвалидностью, детям с инвалидностью и создать условия для максимально полноценной жизни.

Для эффективного функционирования Школы необходимо обеспечение методическими материалами, наглядными пособиями и средствами ухода.

План обучения, режим и расписание занятий утверждаются директором учреждения, в котором организована Школа.

Индивидуальная форма занятий предполагает выборочные направления из тематического плана. Реализация технологии позволяет обеспечить доступность, адресность и комплексность предоставления социальных услуг. В процессе реализации технологии получателей социальных услуг информируют и консультируют по вопросам реабилитации, обучают родственников, специалистов и волонтеров основам общего ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (в том числе использованием ТСР) и наблюдению за их состоянием. Обучение также включает в себя навыки психологической диагностики и коррекции эмоционально нестабильных состояний.

Таким образом, реализация направления по внедрению стационароразмещающих технологий способствует повышению качества и доступности предоставляемых социальных услуг, оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние граждан пожилого возраста и инвалидов, детей-инвалидов и их семей, нуждающихся в помощи и поддержке.

## **Понятие ухода и его значимость. Принципы долговременного ухода**

### ***Общее понятие процесса ухода. Основные цели, задачи и принципы ухода.***

Уход – это не просто выполнение манипуляций, а осуществление всех действий и процедур, которые обеспечивают потребности каждого конкретного больного на протяжении длительного времени. Уход необходимо планировать на индивидуальной и системной основе.

В различных странах разработаны схожие концепции планирования ухода, одна из которых – подход немецкого профессора Моника Кровинкель. Она сформулировала основные принципы планирования ухода, согласно которым работают учреждения по уходу во многих европейских странах. В центре ухода находится человек в целом, а не его отдельные нужды. Для осуществления правильного ухода необходимо сначала точно выяснить, что человеку нужно, какие из его потребностей необходимо поддерживать или заместить. основным категориям жизнедеятельности человека относят следующие:

**Способность к самообслуживанию** – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены.

**Способность к самостоятельному передвижению** – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое при перемене положения тела.

**Способность к ориентации** – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, определению времени и места нахождения.

**Способность к общению** – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

**Способность контролировать свое поведение** – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Нарушение ежедневной деятельности наступает в связи с нарушением основных функций организма, что ограничивает способность к самообслуживанию. Степень нарушения может быть различной: от незначительной и умеренно выраженной до значительной. Исходя из этого, определяют план ухода, планируют манипуляции, замещающие дефицит самообслуживания.

### **Степень нарушения способности ежедневной деятельности**

Таблица 1

<b>Способности ежедневной деятельности</b>	<b>Функции организма</b>	<b>Степени нарушений</b>
Самообслуживание	Психическая	Незначительная
Передвижение	Речевая	Умеренная
Ориентация	Сенсорная	Выраженная
Общение	Статодинамическая	Значительная
Контроль	Кровообращение	

К основным видам нарушений функций организма человека относят:

- нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.



При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяют четыре степени их выраженности:

- 1 степень – легкие нарушения;
- 2 степень – умеренные нарушения;
- 3 степень – выраженные нарушения;
- 4 степень – полная зависимость.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяют исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту). В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, особенно при осуществлении наиболее значимых, наиболее общих из рутинных действий человека.

Качественный уход предполагает обязательное соблюдение алгоритма осуществления процедур ухода. Правильное выполнение процедур ухода подразумевает безупречное выполнение тех или иных манипуляций, обеспечивающих компенсацию имеющихся видов дефицита самообслуживания, а также соблюдение простых правил проведения процедур и принципов деонтологии (*морали, нравственности*).

### ***Нормативно-правовые акты, регулирующие процесс ухода***

#### **1. Документы федерального уровня:**

- Национальные стандарты серии ГОСТ Р «Социальное обслуживание населения».
- Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года (утверждена распоряжением Правительства РФ от 5.02.2016 №164-р).
- Приказ Минтруда России и Минздрава России от 21 декабря 2017 г. №861/1036 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи».
- Приказ Минсоцзащиты РФ от 11.10.1993 N 180 «Об организации домов-интернатов (отделений) милосердия для престарелых и инвалидов».
- Приказ Минздрава России от 29 января 2016 года N 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».
- Приказ Росстандарта от 30 ноября 2015 года N 2089-ст Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 "Надлежащая медицинская практика.

Инфологическая модель. Профилактика пролежней" (вступил в силу с 1 ноября 2017 года).

Приказ Минтруда России от 24.11.2014 N 940н «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений».

Проект приказа Минтруда России «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела (медицинская сестра/медицинский брат)» (по состоянию на 13.07.2015) (подготовлен Минтрудом России).

Приказ Минтруда России от 12.01.2016 № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал».

Проект приказа Минтруда России (по состоянию на 30.03.2017) «Об утверждении профессионального стандарта «специалист по уходу (сиделка)».

## 2. Документы регионального уровня:

- Закон Ульяновской области от 06.11.2014 N 174-ЗО «О регулировании некоторых вопросов в сфере социального обслуживания населения на территории Ульяновской области»,

- Постановление Правительства Ульяновской области от 06.08.2015 N 385-п «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Ульяновской области» (далее - постановление N 385-п),

- Постановление Правительства Ульяновской области №385-П от 27.07.2023 «Об утверждении модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, на территории Ульяновской области».

## ***Принципы и модели долговременного ухода***

Долговременный уход – комплексная поддержка пожилых и инвалидов, включающая социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также семейный уход.

Модели ухода:

- Модель Хендерсон
- Модель Н. Роупер, В. Логан и А. Тайэрни
- Модель Д. Джонсон
- Модель Д. Орем
- Модель К. Рой
- Врачебная модель
- Теория ухода Моники Кровинкель.

Для того чтобы осуществлять правильный и стимулирующий уход, необходимо сначала точно выяснить, что же человеку нужно, какие его потребности мы должны поддерживать/замещать. Кровинкель выделила 13 видов активности и экзистенциального опыта жизни:

1. Возможность общаться.
2. Возможность двигаться.
3. Возможность поддерживать витальные функции (сердцебиение, дыхание и т.п.)
4. Возможность ухаживать за собой.
5. Возможность есть и пить.
6. Возможность выделять продукты жизнедеятельности.
7. Возможность одеваться.
8. Возможность спать, отдыхать и расслабляться.
9. Возможность развлекаться, учиться и развиваться.
10. Возможность переживать собственную сексуальность.
11. Возможность заботиться о безопасности и надежности своего окружения.
12. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области.
13. Возможность справляться с жизненным опытом.

На них и строится практика современного ухода. Прежде всего, проводится планирование. То есть, смотрим - какие из видов активности у человека нарушены, где он требует поддержки, а где вполне обходится сам. При этом выделяются проблемы и ресурсы. Например, возьмем пациента с парализованной после инсульта левой половиной тела. Он требует поддержки практически по всем видам активности. Выберем одну из них, например, самую очевидную - способность двигаться. Пациент самостоятельно двигаться не может - не может встать, ходить, сидеть может только с поддержкой. Это его проблема. Ресурс здесь заключается в следующем: пациент свободно двигает правой рукой и ногой, пациент может стоять на правой ноге с поддержкой; пациент понимает обращенную к нему речь и может следовать указаниям. Далее определяются мероприятия:

- помощь при мобилизации, пересаживание пациента с кровати на кресло, с кресла на унитаз и обратно
- использование вспомогательных средств (в данном случае инвалидное кресло)
- возможно, лечебная гимнастика.

Такое планирование осуществляется по всем 13 пунктам. Например, с пунктом «еда и питье» - такому человеку необходимо измельчать еду на кусочки, чтобы он мог есть, пользуясь только правой рукой; также необходима профилактика запоров, поскольку пациент малоподвижен. После того, как планы записаны и мероприятия определены, можно осуществлять уход.

перерабатывается. Но для того, чтобы действовать по плану, необходимо главное - цель ухода. Цель ухода - сохранить или восстановить хорошее самочувствие пациента и избежать его зависимости, чего можно достигнуть с помощью стимуляции или поддержки возможностей самого пациента или обучения его близких.

### **Необходимые ресурсы для реализации программы «Школа ухода»**

Для создания условий безопасной жизнедеятельности и достойного качества жизни, бытовая среда должна быть оборудована соответствующими дефициту самообслуживания конкретными подопечными средствами малой реабилитации.

К средствам малой реабилитации относят:

- кресла-коляски;
- ходунки;
- противопролежневые матрасы;
- туалетные стулья;
- функциональные кровати;
- прикроватные столики;
- подъемники;
- специальные столовые приборы;
- реабилитационные пояса;
- транспортировочные доски и др.

Подбор малых средств осуществляют индивидуально. Целесообразность использования различных средств малой реабилитации в различных ситуациях обеспечивает комфорт. Специалист по уходу оказывает помощь в организации безопасной среды, адаптированной к потребностям больного или престарелого человека.

Специалист по уходу обеспечивает максимальную безопасность, использует вспомогательные средства и предупреждает падения пациента и травмы:

- при проведении ежедневных процедур личной гигиены больных с ограниченными возможностями самоухода;
- при оказании помощи во время физиологических отправления;
- при осуществлении подъема, поворотах или перемещении лиц с ограниченными возможностями, их транспортировке в инвалидной коляске или на кроватях.

<i>Название</i>	<i>Предназначение/описание</i>
<b>Многофункциональная кровать</b>	Кровать со специальной конструкцией, разработанной для размещения лежачих пациентов. Используют в стационарах медицинских учреждений домах престарелых, различных социальных учреждениях и домашних условиях. Конструкционные особенности медицинской кровати облегчают медперсоналу и родным уход за больным и позволяют размещать его в комфортной и физиологически более выгодной позе.
<b>Кресло-туалет</b>	Кресло-туалет предназначено для размещения в прикроватном пространстве, чтобы минимизировать расстояние ослабленного пациента до туалета. Кресло-туалет можно регулировать по высоте, и оно, как правило, снабжено подлокотниками, на которые

	можно опереться.
<b>Подъемник</b>	Подъемник предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных с кровати и кресла, для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Устройство поднимает больного от высоты пола до высоты 90 см.
<b>Судно</b>	Подкладное судно – специальное приспособление для осуществления актов дефекации и мочеиспускания больного в кровати, который по тем или иным причинам не может испражняться в туалете. Передняя часть, которую подкладывают под крестец, – очень низкая.
<b>Ванночка для мытья головы в постели</b>	Надувная ванночка позволяет аккуратно вымыть голову пациенту, оставляя сухими другие части тела и постель.
<b>Ходунки</b>	Ходунки – устройства для облегчения самостоятельного передвижения людей, имеющих с этим сложности. Существуют фиксированные, «шагающие» модели, а также ходунки на колесиках (роллаторы). Ходунки помогают поддерживать равновесие и устойчивость в вертикальном положении (переносят вес тела на руки, разгрузив нижние конечности).
<b>Веревочная лестница</b>	Приспособление для принятия сидячего положения в кровати. Используют для реабилитации людей с ограниченными функциями опорно-двигательного аппарата (помогают человеку принять сидячее положение из положения лежа).
<b>Опора под спину</b>	Опору под спину с регулировкой угла наклона используют для ухода за больными с частичной утратой функций опорно-двигательного аппарата в стационаре и домашних условиях.
<b>Доска для перемещения</b>	Функциональное приспособление для перемещения пациента, который не в состоянии передвигаться на собственных ногах. Во время перемещения больного доску располагают одним концом близко к пациенту, а другим – рядом с местом, куда больной должен пересечь (например, к сиденью кресла). Использование подобной доски уменьшает нагрузку на помощника, а также позволяет пациенту в силу своих возможностей участвовать в перемещении, физически тренируя себя, что помогает ему почувствовать себя более самостоятельным.
<b>Рука для перемещения</b>	Предназначен для облегчения перемещения в положении лежа. Выполнен из материала, стороны которого имеют разный коэффициент скольжения, что препятствует соскальзыванию и облегчает скольжение внутренних поверхностей изделия.
<b>Диск для перемещения</b>	Предназначен для облегчения поворота при перемещениях. С помощью него можно осуществить поворот на угол от 0° до 360° в положении сидя и при пересаживании.
<b>Круг противопролежневый</b>	Применяют для профилактики пролежней в области крестца, на ягодицах, а также при лечении пролежней в данных областях для разгрузки поврежденной поверхности и ускорения заживления.
<b>Подушка «банан»</b>	Форма, размер и конструкция подушки позволяют использовать ее в разных положениях. U-образная форма подушки снижает давление на плечи, шею и внутренние органы. Подушку считают ортопедической, она очень удобна в применении для лежачих больных.

<b>Валик под шею</b>	У больных при принятии положения «сидя» голова часто падает на грудь, вправо, влево. Валик под шею помогает решить эту проблему. Валик мягко обхватывает шею и поддерживает голову, добавляя комфорта. Возможно использование валика и во время сна.
<b>Столик прикроватный</b>	Нижняя часть столика заезжает под кровать, а столешница располагается над лежащим на кровати человеком. Функции столика: хранение необходимых вещей, прием пищи в постели, хранение напитков, необходимых между приемами пищи.
<b>Противоскользящий коврик на стол</b>	Можно вырезать любой необходимой длины коврик для стола под посуду. Служит хорошей защитой от падения приборов при самостоятельном принятии пищи пациентами с ограниченной способностью самообслуживания. Коврик также удобен для размещения любых предметов досуга.

Подбор малых средств осуществляют индивидуально. Специалист по уходу оказывает помощь в организации безопасной среды, адаптированной к потребностям больного или престарелого человека.

Специалист по уходу обеспечивает максимальную безопасность, использует вспомогательные средства и предупреждает падения пациента и травмы:

- при проведении ежедневных процедур личной гигиены больных с ограниченными возможностями самоухода;
- при оказании помощи во время физиологических отправлений;
- при осуществлении подъема, поворотах или перемещении лиц с ограниченными возможностями, их транспортировке в инвалидной коляске или на кроватях.

### **Ожидаемые результаты от деятельности Школы ухода**

- повышение уровня знаний родственников, законных представителей, иных граждан, осуществляющих уход за пожилыми и инвалидами в части осуществления ухода и проведения реабилитации в домашних условиях;
- повышение качества жизни граждан, нуждающихся в уходе;
- обеспечение условий для максимально длительного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов в домашних условиях.

## Список литературы

1. Восстановление после инсульта: рекомендации по уходу. – М.: Фармасофт, 2010. – 16 с.
2. Голубева Е.В. Общий психологический практикум. Раздел III. Методы наблюдения и беседы: учеб.-метод. пособие / Е.В. Голубева, А.Ю. Тулынина. – Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2010. – 96 с.
3. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., стер. / В.И. Дубровский. – М.: ГИЦ «Владос», 2001. – 608 с.
4. Епифанов В.А., Белая Н.А., Лебедева И.П. и др. Лечебная физическая культура в ортопедии // Лечебная физическая культура: справочник / под ред. проф. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 1987. – 528 с.
5. Журавлева А.И. Лечебная физическая культура при заболеваниях периферических сосудов // Лечебная физическая культура: справочник / под ред. проф. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 1987. – 528 с.
6. Ачкасов Е.Е. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания / Е.Е. Ачкасов, Е.А. Таламбум, А.Б. Хорольская и др. – М.: Триада-Х, 2011. – 100 с.
7. Малая медицинская энциклопедия: в 6 томах. АМН СССР / под ред. В.И. Покровского. – М.: Советская энциклопедия, 1991. – 210 с.
8. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь детям и психологическая защита / И.М. Никольская // Медико-биологические социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 97–104.
9. Никольская И.М. Уровни защитной системы человека в контексте оказания психологической помощи / И.М. Никольская, И.В. Добряков // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. научно-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – С. 102–104.
10. Организация работы «Школы реабилитации и ухода» // Социальное обслуживание. – 2010. – № 12. – С. 96 – 98.
11. Осипов В.А. Механизм правовой безопасности в современном обществе: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.2001 / В.А. Осипов; Рос. правовая акад. М-ва юстиции РФ. – М., 2009. – 194 с.
12. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Н.Г. Осухова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ИЦ «Академия», 2012. – 320 с.
13. Павлова М.В. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в результате террористического акта / М.В. Павлова // Психология и психопатология терроризма. Гуманистические стратегии антитеррора: сб. статей под ред. проф. М.М. Решетникова. – СПб.: ВЕИП, 2014. – С. 219–222.
14. После перенесенного инсульта: пособие по реабилитации в домашних условиях / Л.Г. Столярова, А.М. Тюрин и др. – М.: Знание, 1988. – 96 с.

15. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / под общ. ред. Ю.С. Шойгу. – М.: Смысл, 2007. – 319 с.
16. Регуш Л.А. Практикум по наблюдению и наблюдательности. 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2008. – 208 с.
17. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – М.: ИЦ «Академия», 2013. – 524 с.
18. Силуянова В.А. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания // Лечебная физическая культура: справочник / под ред. проф. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 1987. – 528 с
19. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / под ред. Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. – М.: Новая волна, 2000. – 543 с.
20. Экстренная медицинская помощь / под ред. Ю.С. Шойгу, О.Л. Макарова, Л.Н. Тимофеева и др. – М.: ФГБУ «Объединенная редакция МЧС России», 2012. – 521 с.
21. Хомутова А.Б. Мобильное обслуживание – верный путь к доступности социальных услуг // Помощь инвалидам и пожилым людям. – 2009. – № 2. – С. 13–14.
22. Эккерт Н.В. Организация внебольничной паллиативной помощи
23. Здравоохранение РФ. – 2008. – № 5. – С. 21–23.
24. Подопригора Г.М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 15–16.
25. Васильчиков В.М. Инновационные технологии в обслуживании на дому // Помощь инвалидам и пожилым людям. – 2007. – № 3. – С. 12–15.
26. Лагункина В.И. Заботе о пожилых гражданах и инвалидах – приоритетное внимание // Помощь инвалидам и пожилым людям. – 2006. – № 1. – С. 8–11.
27. Фабулова Т.А. Особенности работы медсестры по уходу за умирающими больными // Медицинская сестра. – 2008. – № 8. – С. 30–35.



**Примерная тематика групповых теоретических занятий**

1. Медицинский блок:

1. «Основы геронтологии и гериатрии»;
2. «Социально–медицинские проблемы граждан пожилого возраста»;
3. «Наиболее характерные заболевания у лиц пожилого возраста»;
4. «Основы рационального питания граждан пожилого возраста»;
5. «Гимнастика для пожилых людей»;
6. «Современные методы оздоровления»;
7. «Методы контроля за изменениями состояния здоровья граждан пожилого возраста»;
8. «Принципы общего ухода»;  
«Простейшие медицинские манипуляции в домашних условиях»;
9. «Оказание первой доврачебной помощи»;
10. «Уход за лежачими больными: условия, средства, правила и особенности»;
11. «Профилактика пролежней. Лечение пролежней»
12. Профилактика заболеваний, связанных с длительным постельным режимом: обстипация (запор), дегидратация, аспирация, тромбоз, застойная пневмония, контрактуры суставов. Активизация человека.

2. Психологический блок:

14. «Психологические особенности пожилого возраста»;
15. «Особенности общения с гражданами пожилого возраста»;
16. «Общение с человеком, имеющим дефицит самообслуживания. Соблюдение достоинства подопечного и ухаживающего»;
17. «Правила этикета при общении с пожилыми людьми и инвалидами»;
18. «Приемы и методы саморегуляции лица, осуществляющего уход»;
19. «Профилактика синдрома эмоционального выгорания при уходе за лежачими больными»;

20. «Методы и приемы преодоления депрессивных состояний у лиц, осуществляющих уход»;
21. «Методы оказания помощи по нормализации эмоциональной устойчивости»

### **Примерная тематика индивидуальных теоретических занятий**

1. «Обзор основных болезней в пожилом возрасте (гипертония, криз, сахарный диабет, бронхиальная астма, инфаркт, инсульт, стенокардия, кровотечение и т.д.), общие принципы их профилактики»;
2. «Основы реабилитации при различных функциональных нарушениях (в зависимости от заболевания)»;
3. «Особенности ухода за больными бронхиальной астмой»;
4. «Особенности ухода за больными с болезнями сердца (стенокардия, инфаркт)»;
5. «Уход за больными со стомами. Личная гигиена тяжелобольного»;
6. «Особенности ухода за больными при гипертоническом кризе»;
7. «Особенности ухода за больными сахарным диабетом»;
8. «Особенности ухода за больными после инсульта»;
9. «Особенности ухода за больным с деменцией. Основные симптомы и признаки. Стадии болезни. Особенности поведения и общения. Агрессивное поведение»;
10. «Особенности ухода за больными после перелома шейки бедра»;
11. «Особенности ухода за больными в послеоперационном периоде»

### **Примерная тематика практических занятий**

1. «Перемещение человека в кровати и вне ее, позиционирование»
2. «Помощь пациенту с ограниченной мобильностью при передвижении, пересаживание с кровати в инвалидное кресло»
3. «Правила гигиенического ухода за лежачим человеком: смена памперса, нательного и постельного белья, стрижка, педикюр, маникюр»
4. «Правила и особенности кормления пожилого человека (лежачего), составление меню на день, неделю. Правила питания в пожилом возрасте»
5. «Помощь в оборудовании постельного места лежачего больного»

6. «Правильный подбор и использование подгузника»
7. «Профилактика пролежней. Обработка ран и пролежней. Использование современных материалов»
8. «Проведение гигиенических процедур у маломобильных пациентов: принятие душа, ванны, туалет. Вспомогательное оборудование»
9. «Уход за полостью рта и зубными протезами, за ногтями, за лицом: глазами, носом, ушами»

### **Примерная тематика занятий с выездом на дом**

1. «Организация пространства в доме: особенности помещения, основное и вспомогательное оборудование и его размещение, безопасность больного и ухаживающих лиц».
2. «Гигиена маломобильного человека. Специальные средства для ухода и гигиенические принадлежности. Принципы подбора и правила использования»
3. «Смена постельного и нательного белья»
4. «Подготовка к кормлению. Прием пищи в кровати. Оборудование и приспособления для кормления ослабленных пациентов и с частичной физической утратой»
5. «Гигиенические процедуры у маломобильных пациентов: принятие душа, ванны, туалет; вспомогательное оборудование».
6. «Перемещение человека в кровати и вне ее. Принципы и правила безопасности для нуждающегося в помощи и ухаживающего».

При организации и проведении занятий в Школе ухода целесообразно использовать литературные источники и интернет – ресурсы. Информация об уходе за людьми с дефицитом самообслуживания постоянно обновляется. Появляются новые средства и технологии ухода. Для оказания качественных услуг персоналу школы необходимо заниматься непрерывным самосовершенствованием. Ухаживающим лицам также в большинстве случаев необходима информация о заболевании их близкого человека и поддержка, выходящая за рамки возможностей, предоставляемых школой. Для этих целей специалистам и ухаживающим лицам могут быть полезны различные информационные ресурсы и тематическая литература.

#### Рекомендуемые информационные ресурсы:

№	Название	Адрес	Краткое описание
1.	Просветительский проект о паллиативной	<a href="http://pro">http://pro</a>	Портал содержит рекомендации по уходу от различных экспертов,

	помощи «Про паллиатив»	<a href="http://palliativ.ru/">palliativ.ru/</a>	материалы об общении с тяжелобольными людьми и советы по психологической поддержке для ухаживающих.
2.	Youtube-канал проекта «Про паллиатив»	<a href="https://www.youtube.com/channel/UCC951hdOhrzmCsVbKs2G8Bw/videos">https://www.youtube.com/channel/UCC951hdOhrzmCsVbKs2G8Bw/videos</a>	На канале размещены записи вебинаров, лекций и видеопрограмм экспертов по уходу и психологов, записи выступлений российских и зарубежных специалистов по паллиативной помощи.
3.	Сайт АНО «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям»	<a href="https://www.alzrus.org/">https://www.alzrus.org/</a>	Сайт содержит информацию о болезни Альцгеймера и практические советы по общению и уходу за людьми с этим заболеванием, а также расписание проведения «школ заботы» для родственников в Москве и Санкт-Петербурге.
4.	Интернет-портал «АСТОМ»	<a href="https://www.astom.ru/">https://www.astom.ru/</a>	Ресурс с информацией и форумом для стомированных людей и их близких. Есть форма для диалога со специалистами.
5.	Информационный портал «Мемини»	<a href="https://memini.ru/">https://memini.ru/</a>	Портал содержит информацию о деменции, список упражнений для поддержания когнитивных функций, форум и правовую информацию для ухаживающих.
6.	Youtube-канал проекта «Мастерская заботы» фонда помощи хосписам «Вера»	<a href="https://www.youtube.com/channel/UCmMFZV1ZybknauJayLOWvOg/videos">https://www.youtube.com/channel/UCmMFZV1ZybknauJayLOWvOg/videos</a>	На канале размещены записи лекций О.Н. Выговской, посвященных различным аспектам ухода за тяжелобольными людьми.
7.	Видеоролики, рекомендованные ГКУ «Республиканский ресурсный центр Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан»		

8.	Скользкий рукав	<a href="https://youtu.be/xHliQkYC3sc">https://youtu.be/xHliQkYC3sc</a>	На сайте размещены видеoinструкции экспертов по уходу, практические рекомендации
9.	Подушки	<a href="https://youtu.be/dLjiefE82BQ">https://youtu.be/dLjiefE82BQ</a>	
10.	Пересаживание на стул	<a href="https://youtu.be/E5fsjr228Dg">https://youtu.be/E5fsjr228Dg</a>	
11.	Пересаживания с коляски на кровать	<a href="https://youtu.be/C6ZJr7mjHC4">https://youtu.be/C6ZJr7mjHC4</a>	
12.	Доска для пересаживания	<a href="https://youtu.be/u6W8-g890AI">https://youtu.be/u6W8-g890AI</a>	
13.	Смена постельного и нательного белья	<a href="https://youtu.be/ХуКCV6oy168">https://youtu.be/ХуКCV6oy168</a>	
14.	Умывание, бритье, уход за волосами	<a href="https://youtu.be/Vh-MzFmam7Q">https://youtu.be/Vh-MzFmam7Q</a>	
15.	Мытье в душе и ванной комнате уход за ногтями рук и ног	<a href="https://youtu.be/aHRNg3sqO0s">https://youtu.be/aHRNg3sqO0s</a>	
16.	Мытье в кровати	<a href="https://youtu.be/ZveynbgtavQ">https://youtu.be/ZveynbgtavQ</a>	
17.	Подача и прием пищи	<a href="https://youtu.be/T6_3GNxisfQ">https://youtu.be/T6_3GNxisfQ</a>	
18.	Смена подгузника. Помощь в пользовании судном мочеприёмником	<a href="https://youtu.be/Bl_i-ZBxXnQ">https://youtu.be/Bl_i-ZBxXnQ</a>	

#### Рекомендуемая литература:

1. «Болезнь Пракинсона. Пособие для пациентов и их родственников». Под ред. О.С. Левина, М.: МЕДпресс-информ, 2014. 128 с. ил.
2. Методические рекомендации социальным работникам и специалистам по социальной работе «Как обеспечить безопасность и избежать рисков при выполнении служебных обязанностей», М., 2016 г.
3. Памятка «Психологические особенности пожилого человека»  
Консультирование и обучение в области ухода за больными на дому, Санкт-Петербург, 2012
4. «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни.» под ред: Краковяк Петр, Кшижановски Доминик, Модлинська Александра. Гданьск 2013г.

5. «Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации» <https://rosmintrud.ru/uploads/magic/ru-RU/Document-0-8452-src-1524828041.5337.pdf>
6. «Уход за ослабленными пожилыми людьми» Методические рекомендации, М., 2017 г.

## Приложение 1

### Анкета обратной связи

#### Уважаемый участник!

Мы стремимся сделать занятия в школе ухода лучше и полезнее, поэтому нам очень важно Ваше мнение. Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов этой анкеты.

1. Было ли для Вас полезным обучение?

- Да
- Скорее да
- Затрудняюсь ответить
- Скорее нет
- Нет

2. Удобен ли Вам предложенный формат обучения?

- Да
- Нет
- Свой  
ответ \_\_\_\_\_

3. Удобны ли для Вас дни проведения занятий?

- Да
- Нет, лучше в выходной

4. Комфортно ли для Вас время проведения занятий?

- Да
- Нет, удобнее было бы в \_\_\_\_\_

5. Занятия на какие темы Вы бы хотели посетить?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ваши комментарии,  
пожелания

Спасибо!

## **Особенности взаимодействия с гражданами, нуждающимися в долговременном уходе и их социальным окружением**

### ***Оценка психологического состояния гражданина***

При наличии подозрений на то, что у человека возникают проблемы в когнитивной сфере и имеются проявления деменции, необходимо принять меры по объективному исследованию нарушений в данной сфере: изучить анамнез гражданина, провести первичное обследование. Оценка когнитивных функций имеет большое значение для психодиагностического обследования.

Иногда целесообразно исследовать когнитивные функции в начале беседы. Оценивают внимание, способность ориентироваться в пространстве и времени, память. Желательно распределить вопросы на протяжении всей беседы, а не задавать их единым блоком. Необходимо заранее решить, какие именно вопросы следует задать. Для оценки психического статуса в практике врачей-гериатров и неврологов, как правило, используют краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE).

### *Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)*

Инструкция:

1. Ориентировка во времени. Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.
2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.
3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально

разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7, так как это описано в 2.1.3.е. Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

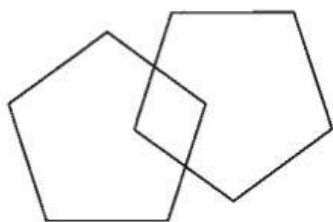
Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.



Проба	Оценка
1.Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2.Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3.Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4.Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5.Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6.Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните" 1. Закройте глаза 2. Напишите предложение	0 - 2
3. Срисуйте рисунок (* см. ниже)	0 - 1
Общий балл:	0-30

\*



### Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;

24 – 27 баллов – предметные когнитивные нарушения;

20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;

11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;

0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

***Психические, личностные, поведенческие особенности лиц с ограниченными умственными возможностями и психическими расстройствами***

В целях более точного планирования, организации и реализации процесса социального обслуживания получателей социальных услуг, ухода за ними, необходимо понимать, что имеющиеся у них психические заболевания влекут определенные изменения и нарушения в психической, личностной и поведенческой сферах.

Основными признаками психического или поведенческого расстройства специалисты ВОЗ называют «нарушения мышления, настроения или поведения, которые выходят за рамки существующих культурных убеждений и норм», то есть – психологический дискомфорт, отклонение от обычной способности выполнения работы или обучения, «повышение риска смерти, страдания или нарушения деятельности».

У людей с психическими расстройствами могут наблюдаться различные физические, эмоциональные, когнитивные, поведенческие и перцептивные симптомы. Так, например:

- эмоционально человек может особенно сильно и несоразмерно произошедшим событиям чувствовать себя несчастным/«сверхсчастливым» или наоборот не иметь никаких адекватных чувств;
- в мыслительной сфере при психическом расстройстве могут нарушаться логические взаимосвязи мыслей, проявляться крайне положительные или безмерно отрицательные суждения о других и о самом себе, может утрачиваться способность критической оценки;
- в поведении человека симптомы психических расстройств выражаются в виде отклонений от принятых в обществе форм поведения (сексуальные перверсии, совершение бессмысленных движений, навязчивых действий и т. д.);
- больные хроническими психическими заболеваниями на отдаленных этапах течения болезни часто утрачивают волевые ресурсы психики, теряют побудительные мотивы деятельности.

Среди клиентов психоневрологического интерната можно выделить три основные категории лиц:

1. Инвалиды, больные шизофренией с выраженным дефектом психики – люди, утратившие в результате болезни коммуникативные функции, социальные связи и профессиональные навыки. Участие в трудовых процессах для этой категории имеет цель реадaptации, восстановление утраченных функций и адаптации в новых условиях психоневрологического интерната; важное значение имеет дифференцированный подход с учётом степени нарушенных и сохранившихся функций, уровня сохранности профессиональных и трудовых навыков инвалидов. В связи с этим возрастает роль индивидуальных программ реабилитации, ИПРА.

2. Умственно отсталые лица – их клинико-психологические особенности требуют совершенно иного реабилитационного подхода по сравнению с больными шизофренией. На протяжении всего реабилитационного процесса также важны индивидуальные программы реабилитации, которые позволяют проследить динамику развития психики и моторики умственно отсталых лиц, рост их социальных связей и трудовых навыков.

3. Лица, страдающие эпилепсией, органической и сенильной деменцией – несмотря на различия нозологической принадлежности этих заболеваний, общим для них, являются интеллектуально-мнестические расстройства, которые определяются грубым органическим процессом головного мозга. Реабилитационная работа с такими людьми строится таким образом, чтобы имеющийся дефект не отражался на результатах деятельности клиентов. Для них необходимо предусмотреть такие виды труда, которые не ориентированы на память, внимание. Выполнение работ стереотипного характера, в которых участвует моторика, а действия совершаются в рамках привычных в жизни большого движений, поможет решить реабилитационную задачу.

Необходимо отметить, что диагноз «умственная отсталость», имеющийся у большинства клиентов психоневрологического интерната – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Выделяют 4 степени выраженности умственной отсталости: глубокая – идиотия; тяжелая – имбецильность; умеренная; легкая.

Люди с ограниченными умственными возможностями отличаются недостаточным развитием психических процессов: различные по характеру и глубине нарушения умственной деятельности, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, которые приводят к нарушению познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта. У умственно отсталых людей на уровне нервных процессов имеет место слабость замыкательной функции коры головного мозга, инертность нервных процессов, повышенная склонность к сохранному торможению. Все это создает патогенную основу для снижения познавательной активности в целом.

Нарушения восприятия у лиц с умственной отсталостью проявляются в замедленном темпе, сужении объема, недифференцированности признаков образов, слабая ориентировка в пространстве и т. д.

Для умственно отсталых людей свойственна недостаточность внимания, особенно произвольного, которое определяют точность восприятия, прочность запоминания, направленность и продуктивность мышления, воображение. Внимание умственно отсталых лиц пассивное, непроизвольное. Низкий уровень произвольного внимания умственно отсталых связан с недоразвитием волевых качеств (нетерпение, выкрикивание отдельных реплик, задавание не относящихся к теме вопросов).

Касаясь процессов запечатления, сохранения и последующего узнавания или воспроизведения того, что было в прошлом, то есть памяти, можно отметить следующее. Точность и прочность запоминания словесного и наглядного материала у умственно отсталых людей достаточно низкая. При воспроизведении они многое пропускают; переставляют местами элементы, нарушая логику; часто повторяются; привносят новые элементы, основываясь на случайных ассоциациях. Объем запоминаемого у них очень ограничен. У умственно отсталых людей превалирует непреднамеренное (непроизвольное) запоминание.

Характеризуя интеллектуальную недостаточность умственно отсталых людей, М.С. Певзнер утверждает, что она выражается в неспособности к отвлеченным обобщениям, к установлению взаимосвязи между предметами и явлениями окружающей действительности, к их анализу и синтезу. Их мышление стереотипно и плохо подвижно, имеет наглядно-образный, ситуационный характер.

Психические расстройства, имеющиеся у клиентов психоневрологического интерната, подразделяются на две категории (уровни расстройств): неврозы и психозы.

Психозы – наиболее тяжелые проявления психического расстройства.

При психозе у человека полностью теряется или резко ослабляется способность правильно воспринимать и понимать окружающих, самого себя. Человек может видеть и слышать то, чего нет на самом деле, или высказывать бредовые идеи. При этом он часто не понимает, что болен, ведет себя неправильно или даже опасно. Психозы указывают на наличие психических расстройств: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, болезнь Альцгеймера и т.д.

Основные признаки психоза:

- неправильное восприятие окружающего мира
- отсутствие критики к собственному состоянию
- нелепое или опасное поведение, обуславливающее социальную дезадаптацию больного.

Неврозы – относительно легкие психические нарушения. При них у человека сохраняется правильное восприятие окружающего мира, а также критика к собственному состоянию и поведению. Невротическая симптоматика включает в себя такие проявления, как астения, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, фобии и т.д. Основные формы неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия, системные неврозы.

У лиц с ограниченными умственными возможностями встречаются также расстройства психического развития – группа нарушений психического развития: синдром Дауна, ДЦП и другие.

Синдром Дауна характеризуется общим психическим недоразвитием, а среди личностных особенностей преобладают добродушие, внушаемость, стремление к общению.

ДЦП – расстройство, связанное с двигательными функциями и произвольным контролем движений. Интеллект при этом может быть не нарушен. Двигательная сфера характеризуется такими особенностями, как спазмы, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, речевые расстройства.

Важно затронуть вопрос о социальной опасности психически больных людей, которая может быть обусловлена двигательными возбуждениями, импульсивными поступками, помрачением сознания, галлюцинациями, бредовыми идеями, стремлением к суициду, слабоумием и отсутствием чувства опасности.

Социальная опасность человека в состоянии острого двигательного возбуждения, как правило, проявляется в том, что он может внезапно побежать, отталкивая всех на пути, угрожая тяжелыми и острыми предметами; при этом у него появляется большая физическая сила, чем в спокойном состоянии.

Опасность может быть обусловлена расстройством сознания и галлюцинациями, когда человек не понимает последствия своих поступков. В подобной ситуации он может выпрыгнуть из окна; он не понимает смысла медицинских процедур. Его агрессивность может быть обусловлена следствием бредовой убежденности. Ввиду отсутствия чувства опасности такие люди могут наносить себе порезы и другие повреждения.

Нарушения поведения у людей с умственной отсталостью и психическими расстройствами могут быть следующих видов:

- компенсаторные (связанные со сложностями социальной адаптации людей с данной патологией в здоровом коллективе);
- структурные (возникающие вследствие общеорганического поражения ЦНС);
- клинико-патологические (являющиеся следствием сопутствующих умственной отсталости психических заболеваний).

1. Компенсаторные нарушения поведения. Говоря о данном виде нарушений поведения, нужно понимать, что человек с умственной отсталостью – это особый человек, который в силу своих психических особенностей иначе воспринимает окружающий мир. Незрелость основных нервных процессов, неустойчивость психики делают такого человека уязвимым для действия многих отрицательных факторов, нарушающих формирование поведенческих актов. В первую очередь, данная категория людей сталкивается с трудностями во взаимоотношениях с окружающими людьми, которые в большинстве случаев не знают психических особенностей, в результате чего возникают конфликты. Такие люди начинают проявлять агрессию в своем поведении, которая выступает как защитная реакция на возникающие трудности или гиперкомпенсация интеллектуального отставания в развитии при сохранном соматическом здоровье.

2. Структурные нарушения поведения. Нарушения поведения, являющиеся следствием раннего органического поражения ЦНС. Данная форма поведенческих нарушений не является диагностическим критерием умственной отсталости у людей. С равной долей вероятности нарушения поведения данной группы могут возникать как у людей с умственной отсталостью, так и у людей с сохранным интеллектом.

Структурные нарушения поведения, представлены двумя основными формами:

□ Аффективно-неустойчивые структурные нарушения поведения. Это наиболее распространенный вид структурных нарушений поведения. Наиболее часто они проявляются психопатоподобным поведением, т. е. внешне напоминающим психопатию (аффективно-неустойчивое расстройство личности), но не являющиеся таковыми в действительности. Наиболее часто для данных нарушений поведения характерны повышенная возбудимость, гнев и ярость по любому поводу или без него, т. е. выход чувств из-под контроля, расторможенность чувств и влечений.

Близко к последнему примыкают бесцеремонность, отсутствие сдерживающих начал, чувства вины, и переживания случившегося. В плане общения – это неуживчивость со сверстниками, конфликтность и агрессивность, не обусловленные объективными причинами.

□ Эмоционально-лабильные структурные нарушения поведения. В данном варианте органические нарушения мозга проявляются преимущественно повышенной утомляемостью, высокой истощаемостью нервных процессов, заторможенностью чувств и влечений, общей пассивностью и вялостью, что обычно в медицинской терминологии обозначается как церебрастенический синдром. Часто для людей с такими нарушениями поведения характерны явления выраженной недостаточности показателей внимания и явления компенсаторной гиперактивности.

3. Клинико-патологические нарушения поведения. Нарушения поведения данной группы людей с умственной отсталостью возникают не вследствие основного заболевания, а в рамках клинических проявлений сопутствующих психических нарушений (шизофрения, расстройства личности различного генеза, биполярное аффективное расстройство, и т.д.).

В настоящее время выделяют следующие, наиболее часто встречающиеся варианты нарушений поведения у людей с умственной отсталостью: побег, уход из дома или другого места постоянного проживания; агрессивность; нарушение дисциплины и поведения в общественных местах; воровство; злоупотребление алкоголем; суицидальное поведение; нарушения влечений.

### ***Этика общения с людьми, имеющими ограничения жизнедеятельности***

При взаимодействии с человеком, имеющим ограниченные возможности, важно учитывать *особенности собеседника*, ведь это позволит сделать ваше общение не только приятным и комфортным, но и более эффективным. Так как формы инвалидности различны, то и приёмы общения с ними существенно отличаются друг от друга. Принято различать методы взаимодействия с инвалидами в связи с их диагнозом. Например, люди с нарушением слуха, испытывающие трудности передвижения, произвольными движениями и т.д.

Во время общения с людьми, имеющими ограниченные возможности, необходимо помнить о важных особенностях взаимодействия с данной категорией граждан и опираться в своей работе на различные методы и приемы общения в соответствии с возрастом инвалида.

### *Люди с задержкой в развитии и проблемами общения:*

- Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.
- Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все «по шагам». Дайте возможность Вашему собеседнику обыграть каждый шаг после того, как Вы объяснили ему.
- Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии.
- Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как Вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими людьми, например: планы на выходные, отпуск, погода, последние события.
- Обращайтесь непосредственно к человеку.

### *Люди с психическими нарушениями:*

- Люди с психическими нарушениями обязательно нуждаются в кураторстве, сопровождении со стороны других людей.
- Обращайтесь с людьми с психическими нарушениями как с личностями.
- Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют навыков и способностей.
- Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что Вы можете сделать, чтобы помочь ему.
- Не говорите резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания.

### *Люди, испытывающие затруднения в речи:*

- Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их - в ваших интересах.
- Не перебивайте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он (она) уже закончил.
- Не притворяйтесь, если Вы не поняли, что Вам сказали.
- Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять Вас.
- Если у Вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли Ваш собеседник использовать другой способ - написать, напечатать.

### *Общение с человеком в инвалидной коляске:*

- Не думайте, что необходимость пользоваться инвалидной коляской - это трагедия. Это способ свободного (если нет архитектурных барьеров) передвижения. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, которые не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью



костылей, трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

- При разговоре обращайтесь непосредственно к человеку.
- Если вы общаетесь с человеком в инвалидной коляске, вначале спросите у него или у нее, не нужна ли помощь.
- Не облакачивайтесь и не опирайтесь, если только ее владелец не разрешил вам этого.
- Наклонитесь или присядьте, расположитесь рядом на стуле, чтобы оказаться на одном уровне с инвалидной коляской.
- Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.

*Люди с плохим зрением:*

- Предложите свою руку.
- Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как с обычным домашним животным. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.
- Всегда проясняйте, в каком формате человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, аудиокассета.
- Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он Вас не видит и его сопровождает помощник.
- Если Вы читаете для человека, который плохо видит или не видит, сначала расскажите о том, что Вы собираетесь читать. Говорите нормальным голосом.

*Люди, которые плохо слышат:*

- Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.
- Существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если Вы не знаете, какой предпочесть, спросите.
- Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно легко тронуть человека за руку или плечо, или же помахать рукой.
- Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то.
- Если Вас просят повторить что-то несколько раз, попробуйте перефразировать свое предложение.

Три главных коренных условия обеспечения эффективных взаимоотношений с другим человеком:

- Наличие эмпатии.
- Отсутствие осуждения.
- Активное слушание.

Важным аспектом при взаимодействии с человеком является эмпатическая способность видеть мир с точки зрения получателя

социальных услуг. Хотя невозможно прожить жизнь другого человека и впитать в себя его опыт, как он или она выстрадали его, познать те чувства, которые он или она испытывали в той или иной ситуации, можно выразить им свое сочувствие. Эмпатия – понимание эмоционального состояния другого человека посредством проникновения в его субъективный мир. Это способность ощутить чувства другого человека, не втягиваясь в процесс их переживаний. При этом необходимо различать следующие слова: жалость («мне жаль тебя»), симпатию («я сочувствую тебе»), эмпатия («я – с тобой»). «Эмпатия человека зависит от доступности и богатства собственного опыта, точности восприятия, умения настроиться, слушая клиента, на одну эмоциональную волну с ним».

Отсутствие осуждения. При беседе с другим человеком должна создаваться атмосфера доверия. Для этого желательно уточнять у говорящего правильно ли его поняли. Исполняя роли слушателей или помощников, используя во взаимодействии такие качества как понимание, неосуждение, искренность мы должны постоянно осознавать наши собственные ценности и отношения. Если мы не будем делать этого, мы не сможем в полной мере взаимодействовать с другим человеком. Оказание помощи, таким образом, нечто большее, чем применение нескольких изученных приемов; это процесс, который вовлекает всего человека.

Активное слушание – отражение говорившему человеку того, что было услышано от него слушателем.

Существует ряд приемов активного слушания:

1. Повторение – воспроизведение того, что сказал клиент. Обычно повторение последнего слова или фразы содержит в себе согласие, одобрение собеседника;

2. Переформулировка – попытка сказать то же самое, но другими словами. Переформулировка лучше в виде вопроса. Повторение и переформулировка являются одними из лучших способов тренировки способности слышать все, что было сказано, и получить от клиента обратную связь, что свидетельствует о взаимопонимании. Активность слушания колеблется в процессе беседы, и что – то из сказанного можно пропустить или отвлечься. Поэтому лучше еще раз переспросить, с тем, чтобы быть уверенным в правильности понятого и дать возможность собеседнику ощутить консультанта как заинтересованного слушателя;

3. Отражение – значит определение ведущих чувств или отношений, о которых клиент может и не сказать, но которые лежат в контексте его слов. Отражающий консультант становится своего рода зеркалом и может показать клиенту, то, что он сам в себе не замечает. Для этого необходимо слушать не только слова, но и тон, модуляции, экспрессию и манеру говорить. Когда консультант улавливает, о каком чувстве умалчивает

собеседник, и получает подтверждение правильности своей гипотезы, доверие собеседника, как правило, возрастает;

4. Уточнение – этот прием позволяет уточнить информацию, предоставляемую клиентом. В этом случае консультант задает открытые вопросы (что, где, когда, каким образом);

5. Обобщение – позволяет суммировать то, что было сказано. Как правило, взволнованный или потрясенный человек может и не заметить, что в ходе беседы уже рассмотрено несколько вариантов решения проблемы, или что консультант вместе с ним уже двигается во вполне определенном направлении, или же сам собой напрашивается какой-либо резонный вывод.

Условия обеспечения успешных взаимоотношений с другим человеком:

- Необходимо искренне интересоваться проблемами других людей, быть хорошим слушателем, говорить о том, что интересует собеседника.
- В разговоре следует использовать понятные литературные слова. Ваша речь не должна содержать непонятных слов и оборотов.
- Необходимо следить за реакцией слушателей. Поэтому при общении необходимо создать условия, чтобы ничто не отвлекало от разговора. Говорить необходимо не быстро, с перерывами между словами, выражение лица должно быть приветливым и доброжелательным. Если человек не реагирует на речь говорящего, возможно, он не понимает содержания информации или не согласен с ней. В этом случае следует узнать о причинах такой реакции;

4. Нужно владеть собой во всех острых жизненных ситуациях, не создавать конфликтных ситуаций своим поведением. Отвечать необходимо мягко, отводя разговор от темы, вызывающей раздражение.

5. Следует помнить, что каждый человек обладает уникальными достоинствами.

### **Профилактика эмоционального выгорания сотрудников и родственников, осуществляющих уход**

*Понятие эмоционального выгорания: причины, виды, первые симптомы.*

Забота о пожилom человеке, особенно если он лежачий больной, вызывает стресс даже у самых выносливых людей.

Выгорание (состояние физического, эмоционального и психического истощения) наступает, когда они не получают необходимой помощи от других или пытаются сделать для подопечных больше, чем в их силах.

К такому чаще всего приводят:

- Несбывшиеся ожидания. Некоторые ждут, что их участие окажет положительное влияние на здоровье пациента. Но это нереально для пожилых, страдающих прогрессирующими заболеваниями (например, болезнями Паркинсона или Альцгеймера).

- Отсутствие необходимых ресурсов. Кто-то испытывают нехватку денег, времени или навыков для качественной организации ухода за близкими.

- Гиперответственность. Некоторые возлагают на себя тяжкое бремя отчасти потому, что считают уход исключительно своей обязанностью.

Эмоциональное выгорание может сопровождаться изменением отношения к больному – с позитивного и заботливого на негативное и безразличное.

Распознать симптомы приближающегося выгорания жизненно важно для предотвращения серьезных заболеваний.

- повышенную тревожность;
- нехарактерное поведение (например, вспышки гнева);
- раздражительность;
- необычную для себя циничность;
- чувство безнадежности;
- нетерпимость к окружающему;
- подавленность;
- нежелание находиться рядом с пожилым подопечным.

# Признаки синдрома эмоционального выгорания

истощение, усталость	психосоматические осложнения	бессонница	негативная установка к обучающимся
негативная установка к работе	пренебрежение исполнением своих обязанностей	увеличение приема психостимуляторов (табак, кофе, алкоголь, лекарства)	уменьшение аппетита или переедание
негативная самооценка	усиление агрессивности (раздражительности, гневливости, напряженности)	усиление пассивности (цинизм, пессимизм, безнадежность, апатия)	чувство вины

Уход за дементным больным – это ежедневная и даже ежечасная забота, которая нередко приводит к выгоранию. Всего насчитывается семь признаков выгорания:

- Вы легко выходите из себя и злитесь на своего подопечного, раздражаетесь постоянно на своих домочадцев, а с каждой вновь возникающей проблемой чувство недовольства растет. Все чаще и чаще вы повышаете голос на окружающих даже по мелочам;

- Для человека вполне естественно обладать целым спектром эмоций, и особенно испытывать горечь и печаль при виде угасающего от болезни родного человека. Но если вы стали более эмоциональны и ранимы, чувствуете отчаяние, резкие перепады настроения, приступы немотивированного желания поплакать, то это может свидетельствовать об эмоциональной перегрузке. Запомните, депрессия и повышенная тревожность несут в себе большие риски для здоровья ухаживающего;

- Проблемы со сном также сопровождают переутомленного ухаживающего за дементным – неспособность заснуть, бессонница, усталость после пробуждения;

- Стресс и усталость легко ведут к физическим недомоганиям – головным болям, частым простудам, а также хроническим болям в области шеи и спины, все чаще подскакивает артериальное давление, а времени на себя нет;

- Поведение вашего подопечного заставляет вас не отходить от него ни на шаг, что в конечном итоге изолирует вас от общества, а ваше общение сводится к разговорам с больным и родственниками – на друзей и знакомых времени уже не остается;

- Отсутствие энергии и апатия, трудность при концентрации внимания на одном деле, ощущение загнанности в тупик;

- Постоянный контроль над всеми делами, связанными с уходом за больным. Вам кажется, что лучше вас никто не сделает их, даже самые элементарные.

*Профилактика эмоционального выгорания.*

Для профилактики эмоционального выгорания:

1) Оцените объем помощи, которую нужно оказать близкому человеку:

- медицинские потребности больного;
- ежедневные задачи, с которыми ему потребуется помогать;
- сколько времени нужно проводить с больным, чтобы он был в безопасности;
- что нужно сделать, чтобы домашняя обстановка была чистой, комфортной и удобной для вашего пожилого родственника.

2. Подумайте, что вы сможете делать для пожилого человека.

После того, как вы оценили потребности, необходимо выяснить, какую часть этой помощи вы сможете реально предоставить. Изучите свои навыки и существующие обязательства, например, если у вас есть работа и/или дети. Нужно определить, что вы можете сделать для своего пожилого больного, а что нет.

3. Получите помощь, если это необходимо.

4. Не забывайте о своем здоровье.

Вот несколько шагов, которые можно предпринять, чтобы предотвратить эмоциональное выгорание при уходе за пожилыми и инвалидами:

1. Чаще рассказывайте о ваших чувствах и переживаниях человеку, которому вы доверяете, например, другу, коллеге или соседу.

2. Будьте реалистом и примите тот факт, что вам может потребоваться помощь по уходу. Не взваливайте все на себя, ищите поддержку от других.

Например, друг или член семьи может выполнить какое-то поручение, сходить за продуктами или лекарствами, приготовить еду.

3. Смотрите правде в глаза в отношении болезни вашего близкого человека, особенно если это неизлечимое заболевание.

4. Не забывайте о себе. Выделите время для отдыха, хотя бы час или два. Поймите, забота о себе не роскошь, а необходимость, если вы собираетесь и дальше ухаживать за пожилым человеком.

5. Воспользуйтесь услугами временного ухода. В пансионаты для пожилых людей можно заселиться на несколько дней или недель. Такой перерыв даст вам возможность отдохнуть и восстановить силы.

6. Ищите информацию. Чем больше вы знаете о болезни пожилого человека, тем эффективнее будете ухаживать за больным.

7. Не казните себя за эмоции. Испытывать негативные чувства по поводу ваших обязанностей или человека, за которым ухаживаете – нормально. Это не значит, что вы плохой человек.