

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСУРСНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ»

**ПОДГОТОВКА ГРАЖДАН,
ВЫРАЗИВШИХ ЖЕЛАНИЕ СТАТЬ ОПЕКУНАМИ
ИЛИ ПОПЕЧИТЕЛЯМИ СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ
ИЛИ НЕ ПОЛНОСТЬЮ ДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН,
В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ**



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

КРАСНОЯРСК
2020

Министерство социальной политики Красноярского края

Краевое государственное казенное учреждение
«Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»

***Подготовка граждан, выразивших желание
стать опекунами или попечителями
совершеннолетних недееспособных
или не полностью дееспособных граждан,
в Красноярском крае***

Методические рекомендации

Красноярск

2020

Авторы-составители:

Е.А. Сидоренко, заведующий отделением развития социальных технологий краевого государственного казенного учреждения «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»;

Т.В. Хромова, ведущий эксперт отделения развития социальных технологий краевого государственного казенного учреждения «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»;

Н.А. Бослер, методист отделения развития социальных технологий краевого государственного казенного учреждения «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения».

Под редакцией:

Сухих В.Г., заместителя директора краевого государственного казенного учреждения «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения».

Методические рекомендации адресованы специалистам учреждений системы социальной защиты населения и органов местного самоуправления, осуществляющим подготовку граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, в Красноярском крае. Представленный в виде отдельных тематических модулей материал призван сформировать у слушателей базовый уровень знаний законодательства в сфере опеки и попечительства, навыков ухода за совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами.

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 статьей 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.

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. Введение	5 мин
2	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	125 мин

	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	Индивидуальное консультирование	45 мин
4	Подведение итогов занятия	5 мин

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 прав¹. 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), Законом Красноярского края от 11.07.2019

¹ Белов В.А. Гражданское право. Общая и особенная части : учебник / Институт актуального образования, 2015. С. 123.

№ 7-2988 «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов, муниципальных округов и городских округов края государственными полномочиями по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству в отношении совершеннолетних граждан, а также в сфере патронажа».

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 расстройство².

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

² Гасанова К.К. Право социального обеспечения : учебник. М., 2014. С. 112–113.

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 выносят 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 местного самоуправления 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 или

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);
- медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина, выразившего желание стать опекуном.

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 зарплаты 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 от обстоятельств, связанных с личностью подопечного и личностью 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, исключаящее 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	5 мин
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	260 мин
3	Самостоятельная работа	45 мин
4	Индивидуальное консультирование	45 мин
5	Подведение итогов занятия	5 мин

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 разрушенными³.

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.

³ <https://www.neboleem.net/bredovoe-rasstrojstvo.php>.

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 деле⁴.

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.

⁴ <https://www.kp.ru/putevoditel/zdorove/shizofreniya>.

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 торопить⁵.

⁵ Чеха В.А., Кононова Л.И., Кутумова О.Ю. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях : метод. рекомендации для специалистов службы социального обслуживания и родственников. Красноярск, 2018.

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 условиях⁶.

✓ ***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:

⁶ <http://docs.cntd.ru/document/553351052>

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 опекуну 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 умываться, 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: $21\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2\text{ }^{\circ}\text{C}$;

– **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 позвать. 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 время⁷. Пример распорядка дня приведен в таблице 1.

Таблица 1

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.

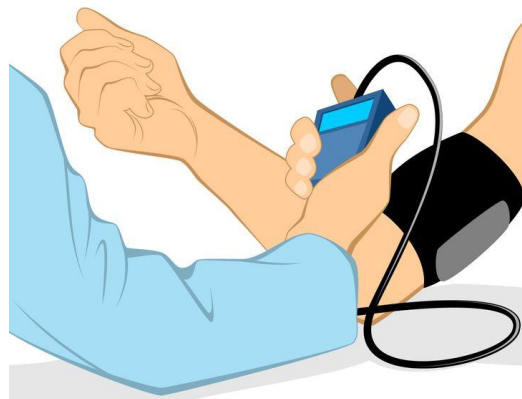
⁷ Чеха В.А., Кононова Л.И., Кутумова О.Ю. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях.

	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.
20:00–21.30	Смена подгузника (по необходимости). Проветривание помещения. 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 (кровеное) 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 гипертензия. 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 АД⁸.

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;

⁸ Чеха В.А., Кононова Л.И., Кутумова О.Ю. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях.

- 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 колебания стенок артерий, связанные с изменениями артериального давления в течение сердечного цикла.

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



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

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 опекуном 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 помощи⁹.

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 отведений.

⁹ Чеха В.А., Кононова Л.И., Кутумова О.Ю. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях.

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 воощеная 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 менять¹⁰.



¹⁰ Чеха В.А., Кононова Л.И., Кутумова О.Ю. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях.



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 слабыми электрическими токами). 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 питанием¹¹. 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,

¹¹ <https://lavanda-med.ru/patronazh-nad-sovershennoletnim-nedeeposobnym>.

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.

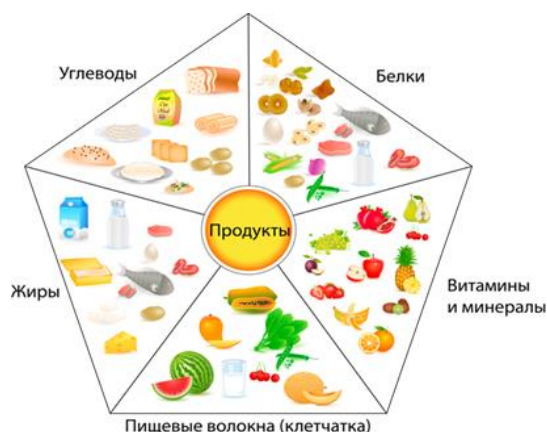
Энергетическая ценность пищевого рациона должна соответствовать реальным энергетическим затратам организма.

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 коллаген, 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, остеомаляция).

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)¹².

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

¹² Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. М. : Человек, 2018.

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 грудиной 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.

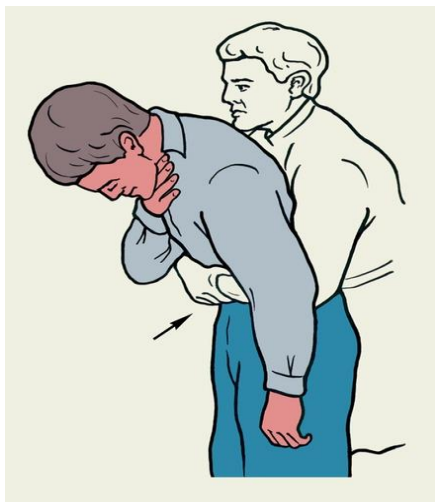
Прием Геймлиха

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 за 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.

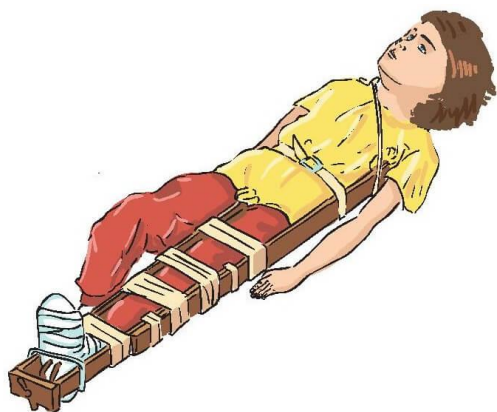
Переломы

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 спрей 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 попадет 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 пищу¹³.

2.6. Профилактика пролежней у лежачих подопечных

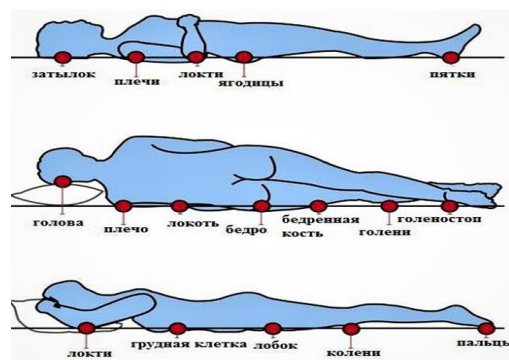
Пролежни – это дистрофический процесс на коже и в мышечном слое, появляющийся вследствие нарушенного кровотока и лимфотока в тканях. Пролежни появляются вследствие сдавливания костных выступов твердой поверхностью извне. Наиболее подвержены их появлению люди с ограниченной подвижностью, которые вследствие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

¹³ <https://yandex.ru/turbo/s/lifehacker.ru/first-aid>.

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.



Места, опасные в плане образования пролежней, изменяются в зависимости от положения тела:

Если лежать на спине	Если лежать на боку	Если сидеть
<ul style="list-style-type: none"> – локти; – пятки; – крестец; – лопатки; – затылок 	<ul style="list-style-type: none"> – верхняя часть уха; – нижележащий плечевой сустав; – локоть; – лодыжка; – нижняя часть колена; – бедро 	<ul style="list-style-type: none"> – лопаточные области; – седалищные бугры; – крестец; – пятки; – плюсневые кости

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 мочевой 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);
- ✓ противопролежневый 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. В таблице 2 – пример того, как можно вести лист наблюдений.

Таблица 2

Лист наблюдения

Процедуры	Дата			
	xx.xx	xx.xx	xx.xx	xx.xx
Смена постельного белья	✓	✓	✓	✓
Визуальный осмотр кожи	✓	✓	✓	✓
Гигиенические процедуры	✓	✓	✓	✓
Смена положения	✓✓ ✓✓	✓✓ ✓✓	✓✓ ✓✓	✓✓ ✓✓

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 лук¹⁴.

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;

¹⁴ Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации.

- 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 с использованием вспомогательных средств (трости, ходунки).

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

Даже в том случае, если 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, музее 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.

Полезная дневная занятость может быть представлена в разных формах: от трудовых мастерских до групп или центров дневного пребывания. Выбранная форма зависит от уровня развития и степени функциональных нарушений каждого индивида.

Группы дневного пребывания.

Люди с интеллектуальными нарушениями, которые не способны работать самостоятельно даже короткое время, могут быть включены в специальные программы дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предполагающие развитие навыков самообслуживания, сопровождаемое общение, элементы трудотерапии и творчества.

Организация работы группы дневного пребывания (отделения) дает возможность лицам с интеллектуальными психическими расстройствами оставаться в социуме, привычной для себя среде, проживать с семьей, поддерживать отношения с окружающими, а вместе с тем дополнительно получать реабилитационные услуги социальной направленности.

Мероприятия по социальной реабилитации включают социально-средовую ориентацию, социально-бытовую адаптацию (уход за вещами и кулинария), развивающие и обучающие занятия.

Трудовые интеграционные мастерские.

Трудовые интеграционные мастерские – это организации, деятельность которых направлена на профессиональную и социальную реабилитацию людей с ограниченными умственными и (или) физическими возможностями.

Такие мастерские помогают людям с выраженными умственными и (или) физическими нарушениями освоить разные виды профессиональной деятельности, обеспечивают инвалидов трудовой занятостью, содействуют дальнейшему трудоустройству на открытом рынке труда.

Рассмотрим наиболее распространенные виды трудовых интеграционных мастерских:

– творческие
интегративно-реабилитационные
мастерские (производство
сувенирных изделий, игрушек,
деревянных изделий и т.п.,
занятия по различным техникам
рукоделия, ИЗО, танцевальные
и спортивные занятия
с использованием игр);



– ремесленные трудовые
мастерские.



✓ *Швейная мастерская.*
Четкая структура швейного дела
служит опорой для инвалида
с недостаточной внутренней
организацией деятельности.

Работа
с иголкой
и ножницами способствует
концентрации внимания, точности

движений. Занятия в швейной мастерской имеют большое значение: они совершенствуют органы чувств, умение сравнивать и анализировать, запоминать, а следовательно, мыслить. Воспитываются волевые качества, развиваются творческие способности, художественный вкус и эстетические чувства).

✓ *Свечная мастерская* подходит для работы абсолютно всем людям, даже с самыми глубокими нарушениями. Тепло, покой, запах воска и меда, разнообразие операций обеспечивают интересную работу для всех.

✓ *Керамическая мастерская.* Глину используют в качестве арт-терапии: пластические свойства глины помогают выразить те внутренние переживания, конфликты, которые человек с инвалидностью не может осознать и с которыми не может справиться самостоятельно.

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 город¹⁵.

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.



Рис. 1. Формы социального обслуживания

¹⁵ Виноградова Е.А., Дикань Н.В., Зуева Е.А., Нестерова А.Г. Досуговая деятельность людей с тяжелыми множественными нарушениями развития : практич. пособие. Псков, 2016. С. 16.

Социальные услуги предоставляются их получателям в формах социального обслуживания, представленных на рисунке 1.

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.

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 в объеме Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Красноярском крае, 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 в 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, утверждаемым

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 на территории Красноярского края 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. Так, в крае широкое распространение получили такие формы, как:

– *мини-клубы на дому*. Организация досуга по месту жительства для получателей социальных услуг, которым сложно выйти из дома в силу физического состояния, преодоление социальной изоляции пожилых людей, сохранение полезной, целесообразной активности пожилых людей, создание для них благоприятного психологического климата. С участниками клубов проводятся тематические беседы, встречи, вечера отдыха и культурно-развлекательные мероприятия;

– *санаторий на дому*. Комплексное оказание социально-оздоровительных, социально-медицинских, реабилитационных, профилактических услуг, направленных на сохранение и поддержание здоровья, жизненного тонуса, восстановление психоэмоционального состояния и душевного равновесия, способствующих продлению жизненной активности получателей социальных услуг, на дому. Привлечение добровольческих ресурсов из числа представителей общественных организаций, молодежных движений для оказания различных видов помощи, проведения информационно-разъяснительной работы;

– *мобильные бригады*. Эта форма работы направлена на предоставление пожилым людям и инвалидам, которые проживают в труднодоступных населенных пунктах и отдаленных микрорайонах городов, социальной, психологической, юридической, информационно-консультативной помощи и иных социальных услуг;

– *бригадный метод*. Основная идея технологии заключается в объединении социальных работников в профильные бригады, которые формируются из числа социальных работников при отделении социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов и включают от двух до пяти человек. Социальные работники оказывают комплекс социальных услуг постоянного, временного или разового характера;

– *школы организации родственного ухода*. Эта информационно-обучающая, стационарозамещающая технология разработана и внедрена в практику организаций социального обслуживания в целях обучения родственников, добровольцев и других лиц необходимым навыкам общего ухода на дому за пожилыми гражданами, которые не могут самостоятельно передвигаться и обслуживать себя. 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.

Указанные выше стационарозамещающие технологии реализуются не во всех территориях края, о наличии каждой нужно узнавать в конкретном комплексном центре социального обслуживания населения.

Таким образом, внедрение в деятельность поставщиков социальных услуг края различных форм стационарозамещающих технологий предоставления услуг – это необходимая мера, призванная содействовать нормализации жизни маломобильных граждан в комфортных им условиях без количественного развития специализированных стационарных учреждений¹⁶.

2.11. 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;

¹⁶ Современные технологии и практики социального обслуживания граждан пожилого возраста в Красноярском крае : метод. пособие [Электронный ресурс] / сост. О.Л. Высоцкая ; под общ. ред. Л.И. Ачекуловой. Красноярск, 2019.

– 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;

– обувь 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. 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 «конкурсах» и «лотереях», вымогают деньги для помощи якобы попавшим 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 бегаёт 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 звонящему 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 передача 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 моральной 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	5 мин
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 и 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	170 мин
3	Индивидуальное консультирование	45 мин
4	Самостоятельная работа	45 мин
5	Подведение итогов занятия	5 мин

Информационная часть

3.1. Семья как реабилитирующая среда

Появление в семье гражданина 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, страхом 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. Весомый вклад в помощи таким семьям оказывают общественные организации, работающие в области психического здоровья. Эти организации объединяют родственников недееспособных граждан, помогают организовать семье досуг недееспособного, создавая группы по интересам, клубы общения; контролируют качество помощи семье; отстаивают права и законные интересы семьи, имеющей в своем составе недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина. Они создают группы взаимной поддержки, объединяющие людей с общими проблемами, где «каждый, помогая другому, помогает себе», где люди обмениваются как информацией, так и собственным опытом жизни в условиях болезни. Но самое главное, чем они занимаются, – это образование.

Ассоциации организуют образовательные программы, собирают качественную литературу и издают собственные брошюры и буклеты; активно сотрудничают с профессионалами (врачами, психологами, юристами).

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.¹⁷

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

¹⁷ <http://www.modo-novum.ru/rodstveniki/voprosi8.htm>.

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 среди 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, планы 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 могут 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, что 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 справиться 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 человека (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»).

К деструктивной 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.¹⁸

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

¹⁸ <https://isppp.site/portfolio/motivation>.

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 опеку 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 склонности, 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 акцентуированы, 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.¹⁹

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;

¹⁹ <https://pro-training.com.ua/individualno-tipologicheskii-oprosnik>.

✓ 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.²⁰

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.

²⁰ Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. СПб. : Речь, 2000.

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 (рис. 1).

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.

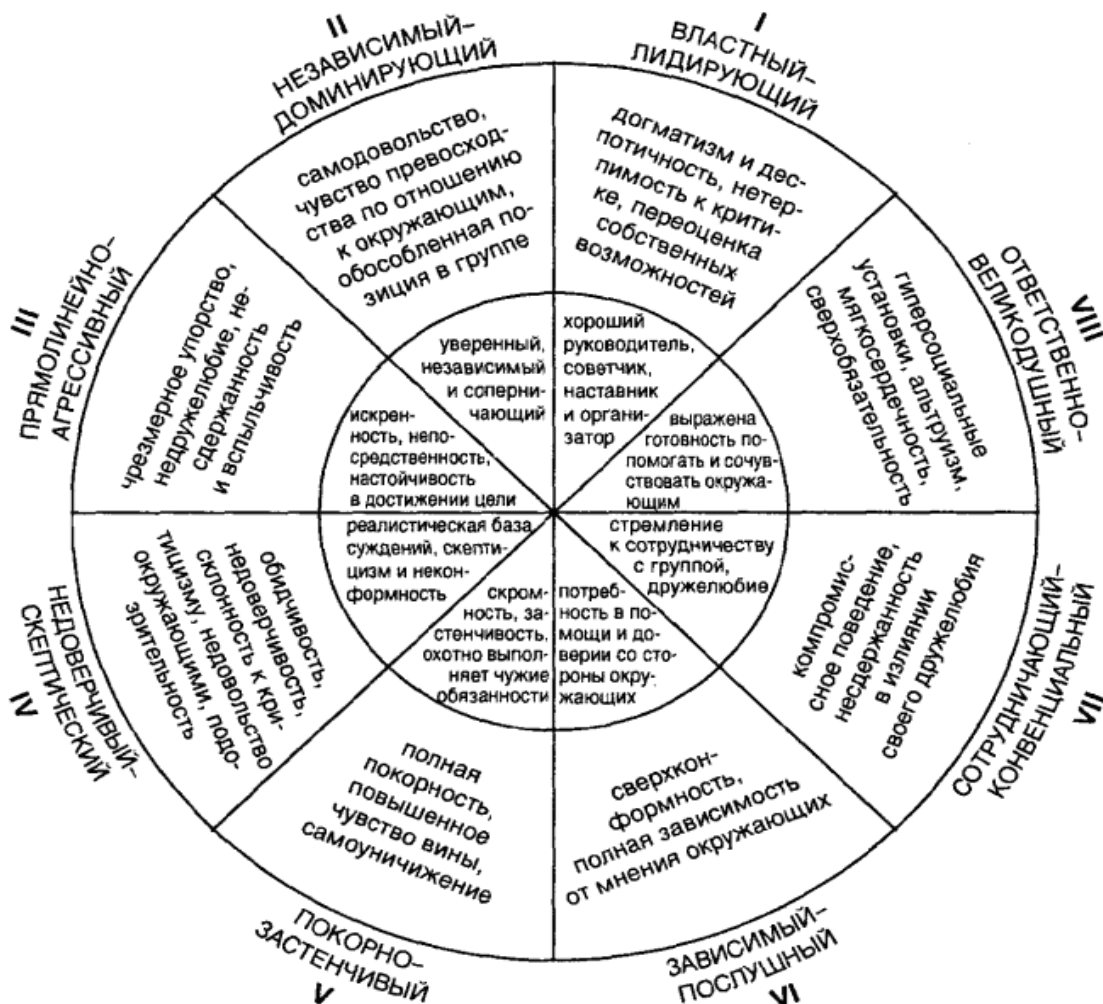


Рис. 1. Схема Т. Лири. Основные социальные ориентации

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.²¹

3.5. Психотерапевтические тренинги и программа «Передышка» для опекунов и попечителей

Психотерапевтический тренинг (или, как его правильнее называть, психотерапевтическая группа) – это тренинг, направленный на перемены в самовосприятии, а также на формирование позитивных отношений со своим социальным окружением и решение проблем личности.

Обычно это мягкий личностный тренинг, направленный на укрепление эмоциональной устойчивости и решение душевных проблем опекунов. Психотерапевтические тренинги помогают опекунам недееспособного справиться с их болью, неадаптивными привязанностями и проблемами: устранить чувство вины, повышенную тревожность или мнительность, недовольство собой, страхи, неуверенность и так далее.

Правда, небольшая часть тренингов, относящихся скорее к психотерапевтической тематике, проводится в жестком, требовательном или провокативном стиле. Часть тренингов участники считают жесткими, поскольку там они переживают больные для себя ситуации и много плачут (Центры взаимоотношений, расстановки по Хеллингеру). К жесткой или мягкой работе тренера это обычно не имеет никакого отношения, точнее подобные тренинги можно отнести к трудным переживательным тренингам.

К психотерапевтическим тренингам относятся такие тренинги, как арт-терапия, расстановки по Хеллингеру, гештальт-терапия,

²¹ <http://testoteka.narod.ru/ml0/1/26.html>.

трансперсональная психотерапия, телесная психотерапия, танцевально-двигательная терапия.²²

Актуальность психотерапевтического тренинга

Нет ничего более трудного для современного человека, чем принимать себя таким, каков он есть. С детства многие из нас слышали фразу: «Не будь таким, будь другим!» или «Таким, как ты, быть нельзя!». Человек приобретает опыт быть тем, кем он не является. Отказываясь от своей биологической природы и не принимая во внимание свои чувства, человек пугается своих переживаний, считая их несоответствующими образу, желательному для окружающих, что приводит к внутриличностным конфликтам и битве с самим собой и часто с окружающими. Поэтому, чтобы выглядеть таким, как все, постепенно обрывает всевозможными защитными механизмами, считая их странностями характера, и учится избегать чувства боли, страха, гнева, разочарования. Так развивается личность, сформированная в соответствии с ожиданиями окружающих людей, а не на качествах, свойственных биологической природе организма.

Человеческая природа устроена мудро, и у человека нет «лишних» чувств – все чувства и эмоции нам нужны для гармоничного и естественного существования. Остается только научиться принимать их и управлять ими.

Стремление соответствовать ожиданиям, требованиям окружающих, вопреки собственным возможностям, снижает стрессоустойчивость, провоцирует синдром эмоционального выгорания, подавляет естественную саморегуляцию, всё это приводит к сниженному настроению – депрессии и утрате смысла жизни.

Цель тренинга: психотерапевтический тренинг саморегуляции «От образа к чувству» направлен на восстановление самоощущения, повышение доверия к себе и принятию себя, умению опираться на свои чувства и принимать верные жизненные решения с учетом своих возможностей и ограничений, а иными словами – рассчитывать собственные силы. Тренинг направлен на восстановление и развитие творческих способностей, позволяющих лучше справляться с жизненными неурядицами, стрессами и кризисами.

Для кого тренинг: тренинг посвящен людям, которые хотят понять, как происходит работа переживания и как освободиться от тягостных

²² <https://www.psychologos.ru/articles/view/psihoterapevticheskiy-trening>.

переживаний. Тренинг поможет в работе с постоянной тревогой, напряжением, болезненными или пугающими переживаниями, депрессией.

На тренинге вы узнаете:

- ✓ как помогать себе в сложных и тяжелых ситуациях;
- ✓ как справляться с тревогой и напряжением;
- ✓ как лучше понимать свои чувства и потребности, принимать их;
- ✓ как трансформировать агрессивные, тяжелые и гнетущие чувства: гнев, страх, боль, депрессию;
- ✓ как справляться с потерей и чувством утраты;
- ✓ как разрешать внутренние конфликты;
- ✓ как принять себя таким, каков есть.

Научитесь:

- ✓ понимать собственные чувства и управлять процессом переживания;
- ✓ находить выход из затруднительных ситуаций;
- ✓ помогать себе, принимать и поддерживать себя;
- ✓ опираться на себя, а не зависеть от понимания и поддержки окружающих;
- ✓ раскрывать творческие способности;
- ✓ восстанавливать силы и снимать напряжение.

Правила участия в тренинге:

– *правило конфиденциальности.* Поскольку все участники делятся своими личными историями, переживаниями, то никакая информация не выносится во внешний мир и не распространяется;

– *правило активного участия.* Важно активно включаться в работу, чтобы польза от участия в тренинге была максимальной. Сообщать о своих текущих состояниях, чувствах, чтобы у ведущего была возможность помочь участнику. Все чувства и состояния, которые появляются на тренинге, важны; важно рассказывать о них, тогда работа будет эффективной.

Программа «Передышки» для опекунов и попечителей

Уход за тяжелобольным человеком – это очень тяжелая работа, часто без перерывов и выходных, без отпуска, без времени на себя. Но чтобы не сломаться, обязательно нужно отдыхать хотя бы немного. Поэтому на некоторых территориях Российской Федерации постепенно внедряют и реализуют программу помощи опекунам и попечителям «Передышка».

Ее суть заключается в том, что семья, в которой живет недееспособный (ограниченно дееспособный) гражданин, может оставить его на время под присмотром специалистов.

Например, на территории Белгородской области реализуется проект «Создание механизма социального сопровождения семей, осуществляющих опеку над недееспособными гражданами». В рамках реализации проекта в целях повышения доступности и качества оказания комплексной помощи в реализации законных прав и интересов, содействия в улучшении психологического статуса семьям, осуществляющим опеку над недееспособными совершеннолетними гражданами, предусмотрены разработка и внедрение системы краткосрочной поддержки семей по модели программы «Передышка» на базе психоневрологических интернатов Белгородской области.

Порядок предоставления в психоневрологических интернатах, расположенных на территории Белгородской области, краткосрочной поддержки семьям, осуществляющим опеку над недееспособными совершеннолетними гражданами, определен Регламентом, утвержденным приказом управления социальной защиты населения Белгородской области от 25.01. 2019 № 07 в соответствии с положениями о платных услугах на базе психоневрологических интернатов.

Программа «Передышка» успешно реализуется и на территории Красноярского края в автономной некоммерческой организации «Социальная усадьба «Добрая» (далее – СУ), которая находится в 30 км от Красноярска, в Емельяновском районе, поселке Каменный Яр.

Идея создания СУ как площадки для постоянной поддержки и проживания с сопровождением лиц с расстройством аутистического спектра (далее – РАС) и их семей зародилась в Красноярской региональной общественной организации «Свет надежды», созданной в декабре 2007 года и объединяющей более ста семей, имеющих людей с РАС.

Программа «Передышка» для лиц с РАС в СУ осуществляется с использованием гранта Президента РФ на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов.

На этапе определения формы устройства СУ была изучена вся доступная информация о существующих в России и за рубежом инициативах и практиках жизнеустройства людей с ментальной инвалидностью. Наблюдение за гражданами с РАС показало, что наиболее адекватно и спокойно они ведут и чувствуют себя на природе, когда выезжают на дачу или в деревню, и в первую очередь это касалось лиц

с тяжелыми формами РАС. Пребывание в природной обстановке естественным образом расширяло жизненное пространство – границы передвижения и деятельности, а также снижало степень напряженности родственников по поводу проявления поведенческих проблем и их восприятия со стороны соседей и других окружающих. Не менее важным фактором представлялось позитивное влияние природной среды на психоэмоциональное состояние человека.

В 2016 году СУ из долгосрочного проекта переросла в самостоятельную организацию и зарегистрирована в качестве юридического лица в форме автономной некоммерческой организации, учредителем которой выступила КРОО «Свет надежды».

Особенность аутистического расстройства заключается в том, что оно является всепроникающим не только для самого гражданина, но и для семьи, запуская механизмы нарушения всех без исключения ее функций. В связи с этим значительно возрастает возможность кризисных ситуаций. Чтобы избежать этого, иногда требуется элементарная передышка от постоянного напряжения и стресса для восстановления физических и психоэмоциональных ресурсов семьи, занятий вопросами своего здоровья, поездок, личного досуга, общения с друзьями и т.д.

Сельское спокойствие, окружающая природа благотворно влияют на психическое состояние, особенно лиц с тяжелыми формами аутизма, которым очень сложно адаптироваться в социуме мегаполиса.

Содержание программы «Передышка» предполагает:

✓ проживание лица с РАС в возрасте от 6 до 35 лет в СУ на период от 1 до 15 суток с обеспечением сопровождения;

✓ семьям, впервые посещающим СУ для участия в программе «Передышка», необходимо предварительно не менее двух раз воспользоваться семейной базой отдыха в СУ для адаптации человека с РАС к новым условиям и для первичного наблюдения с целью выявления его особенностей, возможностей и ограничений;

✓ в период пребывания лица с РАС в СУ, помимо обеспечения жизнедеятельности, организуются занятия в мастерских, включение в различную бытовую деятельность, индивидуальный и/или групповой досуг.

В СУ предусматривается две основные формы проживания – постоянная и временная.

1. Постоянная форма ориентирована на лиц с РАС в возрасте от 18 лет. Предполагается круглосуточное, круглогодичное проживание в отдельном доме по 1–4 человека с постоянным сопровождением. Общая

численность проживающих – 8–12 человек. Каждый проживающий имеет возможность выезжать с родителем/законным представителем по предварительному согласованию с администрацией СУ на оговоренные сроки. Временная форма проживания играет роль семейного антикризисного центра и предполагает три программы проживания:

- ✓ программа учебно-тренировочного проживания представляет собой услуги по обучению лиц с РАС социально-бытовым и предпрофессиональным навыкам;

- ✓ программа семейного отдыха представляет собой услуги по организации отдыха и досуга для семей в СУ;

- ✓ программа «Передышка» (кризисное проживание) представляет собой услуги по предоставлению временного сопровождаемого проживания человеку с РАС на случай различного рода сложных или кризисных ситуаций в семье (например, решить неотложные бытовые дела и вопросы, возможность заняться лечением для родителей, восстановить психоэмоциональные ресурсы семьи).

2. Временное проживание подразделяется на два типа: семейное и самостоятельное:

- ✓ семейное временное проживание предполагает пребывание в СУ ребенка, подростка, молодого человека с РАС (любого возраста) вместе с родителем и/или другими членами семьи (до трех человек);

- ✓ самостоятельное временное проживание предполагает пребывание в СУ молодого человека с РАС (от 16 лет) без членов семьи или иного законного представителя (опекуна) в сопровождении персонала СУ.

Основными целями самостоятельного типа проживания является обучение самостоятельности через программу учебно-тренировочного проживания, предоставление отдыха и свободного времени семье по программе «Передышка». Численность одновременно проживающих: не более четырех человек. Продолжительность заезда: от одного дня до месяца.

Самостоятельное временное проживание в СУ предусматривает работу, направленную на преодоление проблем гиперопеки родителей, родственников и постоянного присутствия их рядом. Создается возможность восстановления психоэмоциональных и физических ресурсов семьи.

Общая численность персонала СУ составляет 30 человек, из них четверо могут являться внештатными сотрудниками с целью оптимизации

затрат на оплату труда и вследствие отсутствия необходимости 100%-ной загрузки их рабочего времени деятельностью в СУ.

К педагогическому персоналу относится социальный педагог, который реализует образовательную функцию, осуществляет социально-педагогическую помощь и поддержку процесса социализации, составляет индивидуальный план для проживающих, проводит обучающие занятия, инструктирует социальных работников.

К сопровождающему персоналу относятся:

✓ социальный работник – осуществляет помощь и поддержку во всех процессах жизнедеятельности проживающих, реализует индивидуальный план подопечного совместно с социальным педагогом, выполняет инструкции педагога;

✓ помощник социального работника – осуществляет помощь социальному работнику во всех процессах жизнедеятельности проживающих.

Процесс проживания (в любой форме) человека с РАС в СУ по программе «Передышка» представляет собой программу учебно-тренировочного проживания, реализуемую на постоянной основе в процессе жизни, но в более свободном графике, где доля личного времени и досуга больше, чем во временном проживании.

Для того чтобы воспользоваться услугами временного проживания в СУ, необходимо заполнить заявление в электронном или письменном виде, где указывается форма проживания, желаемая программа и продолжительность пребывания. Начало приема заявок – за два месяца до планируемой даты заезда, окончание – за одну неделю.

На основе поданных заявок не позднее 28-го числа месяца, предшествующего планируемому месяцу, формируется график работы персонала.

Семейная форма временного проживания. Базовым уровнем предоставления услуг в СУ является семейная форма временного проживания.

Основными задачами на данном этапе являются:

✓ знакомство с СУ и условиями проживания. Гражданин с РАС должен адаптироваться в СУ, это пространство должно стать для него знакомым и привычным;

✓ оценка педагогами СУ возможностей, потребностей и особенностей поведения гражданина, сбор и систематизация информации и необходимых данных.

Только неоднократное участие в семейном проживании дает возможность воспользоваться другими услугами СУ – самостоятельным временным и постоянным проживанием, то есть после того, как человек с РАС адаптируется в СУ, а персонал будет иметь информацию, опыт сопровождения и работы с ним.

В программе «Передышка» основной упор делается на осуществление надзора, ухода и организацию занятости (вовлеченность в различного рода деятельность, вызывающую интерес у проживаемого). В случае пребывания гражданина с РАС на проживании более суток социальный педагог на основании промежуточного обследования составляет ежедневный индивидуальный план деятельности, а социальный работник ведет журнал деятельности. Социальный работник осуществляет круглосуточное сопровождение одного-двух человек.

Проживание по программе «Передышка» подразделяется на два типа:

- ✓ плановое, реализуемое для предоставления семье отдыха, решения бытовых и личных вопросов, которые поддаются предварительному планированию по дате и продолжительности;

- ✓ срочное, реализуемое при возникновении экстренных, непредвиденных ситуаций в семье.

Продолжительность заезда в данной программе: от одного дня до месяца (при наличии обоснованной необходимости возможно увеличение срока пребывания по согласованию). Частота заездов не регламентируется, они осуществляются в порядке очередности по дате обращения и при наличии места. Для планового и срочного проживания резервируется по одному месту. При отсутствии заявок на плановое проживание место отдается в учебно-тренировочную программу либо срочное проживание при необходимости, при высоком спросе на плановое проживание место, зарезервированное для срочного проживания, может быть отдано для планового, но при условии освобождения его при поступлении заявки – на срочное.

Реабилитация и адаптация лиц с психофизическими нарушениями (а также их семей) предполагает стремление к максимально доступной нормализации жизни во всех сферах жизнедеятельности. В связи с этим важное место занимает возможность и право на самостоятельную взрослую жизнь, отдельную от родителей, на собственное пространство, не ограниченное пределами комнаты, так, как это происходит в обычных семьях. Конечно, у людей с тяжелыми нарушениями потребность в самостоятельной жизни может быть значительно снижена и искажена,

но в той или иной степени в различных моментах она проявляется и у них. Кроме того, такая потребность зачастую существует и у членов их семей.²³

3.6. 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 различные срезывания 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 выразить свои мысли;
- ✓ личностный подход к самому процессу общения (что важно для человека в общении);

²³ Сопровождаемое проживание инвалидов в вопросах и ответах // Серия методических пособий для руководителей и специалистов системы социальной защиты населения Красноярского края. Вып. 16. Иркутск, 2018.

- ✓ 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.

Обратите внимание на таблицу 1, где в левом столбце перечислены некоторые симптомы психических расстройств, а в правом – краткие рекомендации людям, которые живут вместе с больным человеком.

Таблица 1. Общение с человеком, страдающим психическим расстройством

Симптом или характерная особенность	Рекомендация близким
Трудности концентрации внимания	Быть кратким, повторять сказанное
Раздражительность, гнев	Не спорить, не обострять дискуссию, ограничить общение
Неадекватные суждения, высказывания	Не рассчитывать на рациональное обсуждение, не пытаться переубедить
Бредовые убеждения	Не спорить, но и не поддерживать бредовые высказывания
Колебания эмоций	Не принимать на свой счет сказанных слов или действий
Мало сочувствия к другим, эмоциональная холодность	Рассматривать как симптом психического заболевания

Замкнутость	Начинать разговор первому, пытаться вовлечь в общение
Страх	Сохранять спокойствие самому, постараться успокоить больного человека
Неуверенность в себе	Относиться с любовью и пониманием
Низкая самооценка	Относиться уважительно, поддерживать положительный настрой

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 здоровья, 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 стоп²⁴.

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 –

²⁴ <https://infourok.ru/korrekcionnorazvivayuschaya-programma-korrekcija-emocionalnolichnostnoy-sferi-1209595.html>.

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.²⁵

3.7. 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;

²⁵ Маринчева Г.С., Вроно М.Ш. Умственная отсталость // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. М. : Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 612–677.

✓ 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.²⁶

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:

²⁶ Постановление администрации Воробьевского муниципального района Воронежской области от 23.08.2012 № 338 «Об утверждении Временной программы подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».

вроде бы всё пока нормально, но... скучно и пусто на 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

Упражнение «Пожелание»

Цель: создание благоприятной атмосферы в группе, акцент на положительных качествах, которые способствуют преодолению эмоционального выгорания.

Материалы: мяч или мягкая игрушка по выбору участников группы.

Время: 5 минут.

Инструкция: «Вам предлагается высказать пожелание другим участникам группы о том качестве, которое, по вашему мнению, помогает преодолевать эмоциональное выгорание».

Участники передают мяч по кругу и высказывают свое пожелание.

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;
- СПА-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 комочек, распластать в лепешку или вылепить что-то новое, во что превратится ваша проблема. Может быть, что-то красивое?

Подведение итога. Рефлексия.

3.8. 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 (далее – Школа).

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.

Целевая группа: опекуны и попечители, осуществляющие уход за совершеннолетними недееспособными (ограниченно дееспособными) гражданами (далее – подопечные).

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.

Формы работы:

- консультирование опекунов (по телефону, видеосвязи (Skype), онлайн-консультации);
- групповые и индивидуальные занятия (лекции, семинары, практические занятия, беседы и т.п.);
- предоставление доступа к обучающим видеоурокам и информационным материалам (памятки, буклеты) на сайте учреждений.

Методы работы:

- организационные (планирование, информирование, координирование);
- исследовательские (анализ документации, беседа, анкетирование);
- практические (лекции, практические занятия (индивидуальные и групповые));
- аналитические (обобщение, анализ эффективности реализации программы, публикации и выступления по результатам проведенной работы).

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.

Усовершенствовать поддержку не только подопечным, но и членам их семей путем создания благоприятной обстановки и психологической атмосферы – одна из первостепенных задач Школы.

К работе Школы привлекаются психологи, врачи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, волонтеры.

На занятиях в Школе опекуны знакомятся с основами законодательства в сфере опеки и попечительства, с особенностями распоряжения имуществом опекаемого.

Психологический аспект ухода также имеет очень важное значение. Опекун и его подопечный нуждаются в психологической поддержке. Психолог учит проводить беседы с подопечным, мотивируя его на выздоровление и формирование здорового образа жизни, стремится создать благоприятную психологическую атмосферу в семье. Специалисты в рамках Школы проводят занятия с опекунами, на данных занятиях можно ознакомиться с практическими навыками организации ухода, с правилами личной гигиены подопечного, со способами его перемещения,

также отрабатываются практические навыки по уходу за лежачими гражданами: использование абсорбирующего белья, проведение процедур по личной гигиене, профилактика пролежней и осложнений.

С одной стороны, данные мероприятия направлены на создание более комфортной обстановки для подопечного, с другой – для облегчения процесса ухода для опекунов.

В результате проведенных мероприятий опекуны получают информацию и медицинские консультации по вопросам реабилитации подопечных, имеющих серьезные ограничения жизнедеятельности, усваивают навыки ухода за ними с учетом имеющихся заболеваний. Опекунам оказывается психологическая помощь в общении с подопечными, что играет немаловажную роль в уходе²⁷.

3.9. Роль и значение общественных объединений родителей и родственников недееспособных граждан

В решении вопросов оказания психологической и моральной поддержки родственникам недееспособных граждан существенную помощь могут оказать общественные объединения и организации. В последние годы в России началось широкомасштабное движение по созданию различных общественных профессиональных и непрофессиональных форм помощи недееспособным гражданам и их родственникам.

Цель общественных объединений – содействие интеграции лиц с нарушениями психического здоровья и членов их семей в общество, повышение качества их жизни.

Задачами общественных объединений являются социально психологическая и информационная поддержка, помощь в кризисных ситуациях, проведение программ по психосоциальной реабилитации, расширение социальных связей родственников недееспособных граждан, защита их прав и интересов, изменение в обществе образа недееспособного (ограниченно) дееспособного гражданина, борьба со стереотипами и предвзятым отношением со стороны общества к непохожим на них людям.

²⁷ Программа обучения родственников, опекунов навыкам общего ухода за пожилыми гражданами и инвалидами («Школа ухода») бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Психоневрологический интернат», 2017 г.

Основные направления работы общественных объединений родственников недееспособных граждан связаны с теми задачами, которые перед ними стоят. Это само- и взаимоподдержка, реабилитация, психологическое и психотерапевтическое просвещение, проведение досуговых мероприятий, участие в программах по уменьшению стигматизации и дискриминации людей с психическими расстройствами и многие другие.

Для создания общественного объединения могут быть использованы различные пути. В большинстве случаев инициаторами их создания являются сами люди, затронутые общей проблемой (опекуны, родственники), либо работающие с семьей и недееспособным гражданином специалисты, которые видят необходимость в дополнительной социально-психологической поддержке недееспособных и их близких. Возможны разные способы существования такого объединения (неформальной группы): создание общественной организации без регистрации; вхождение в состав другой некоммерческой организации; создание общественной организации с последующей ее регистрацией (в настоящее время действует Федеральный закон от 19.05.1995 № 82-ФЗ «Об общественных объединениях»).

Выбор формы существования общественных объединений родственников недееспособных граждан зависит от масштабов ее деятельности, прежде всего от планов финансового развития. Если предполагается вести относительно обособленную жизнь, не заниматься поиском пожертвований, не подавать заявок на гранты, не обращаться с предложениями к городским или федеральным властям, то следует избрать самый простой вариант – существовать как неформальная группа, без каких бы то ни было формальных организационных проблем.

В состав профессиональных объединений входят психиатры, психологи, социальные работники и другие специалисты. Общественные непрофессиональные организации состоят из недееспособных (ограниченно дееспособных) граждан и их родственников, а также лиц, которые желают и могут предложить им свою помощь.

Вовлечение родственников недееспособных граждан в общественные объединения обеспечивает, таким образом, расширение их социальных связей, получение значительного объема социально психологической поддержки, способствует самоутверждению, самораскрытию, формированию активной гражданской и жизненной позиции.

Формы и задачи работы общественные организации выбирают разные, единым остается стремление повысить качество помощи и жизни недееспособных граждан и их родственников. Например, деятельность общественной ассоциации «Общественные инициативы в психиатрии», созданной сотрудниками Научного центра психического здоровья РАМН, направлена на создание и совершенствование форм и методов социальной защиты лиц с нарушениями психического здоровья, проведение программ по антистигме, содействие в создании и деятельности общественных организаций больных и их родственников.

Деятельность общественных организаций и объединений ориентирована на изменение устоявшихся в общественном сознании взглядов на недееспособного гражданина, привлечение общественного внимания к злободневным проблемам, с которыми ежедневно сталкивается семья, имеющая в своем составе недееспособного, укрепление социальных позиций его в обществе, развитие различных форм общественной поддержки таким гражданам.

Первые непрофессиональные общественные организации были созданы в Москве и Санкт-Петербурге, в настоящее время они создаются по всей России.

Сначала появились общественные организации, которые объединяют родителей детей с отклонениями в психическом развитии или страдающих аутизмом. Среди них можно назвать такие, как «Вера и свет», ассоциации «Даун-синдром», «Забота», «Добро», «Родник».

Родственники совершеннолетних недееспособных (ограниченно дееспособных) граждан также создают свои ассоциации. Наиболее известны московские общественные организации «Острова надежды», «Благотворительный дом «Душа человека».

Деятельность общественных объединений и организаций весьма разнообразна. Их члены обмениваются информацией о проведении образовательных программ в области психологии, обсуждают вопросы бытового и трудового устройства ограниченно дееспособных граждан, пути решения семейных проблем. Периодически издаются информационные письма и газеты, в которых описывается состояние дел в организациях, освещается не только собственный опыт работы, но и опыт зарубежных ассоциаций.

Стремясь преодолеть стереотип общественного сознания относительно недееспособных, представители общественных организаций выступают по радио, телевидению, распространяют среди населения знания об основных проявлениях шизофрении и других психических

заболеваний, обращают внимание общественности на актуальные проблемы организации помощи недееспособным и их родственникам. Они регулярно организуют региональные, национальные и международные симпозиумы, основными участниками которых являются члены общественных организаций, социальные работники, психологи. Предметом обсуждения на этих форумах являются вопросы реабилитации недееспособных, поиск новых форм социальной поддержки недееспособных граждан и членов их семей, взаимодействие с официальными структурами, обмен накопленным опытом работы.

Общественные организации и объединения родственников недееспособных граждан могут стать хорошей основой для проведения различных мероприятий по охране психического здоровья²⁸.

Родственники и опекуны недееспособных (ограниченно) дееспособных граждан, вступая в общественные объединения и организуя их, обнаруживают, что они не одиноки, что в других семьях имеются схожие проблемы, которые легче решать вместе, сообща. Встречаясь, участники общественных объединений имеют возможность «выговориться», «исповедоваться», «облегчить душу». Такой подход обладает мощным целительным эффектом, который порой не доступен даже профессионалам.

Общественные объединения родственников недееспособных граждан становятся важным звеном современной помощи, способным удовлетворить многие потребности членов семьи, имеющей в составе недееспособного (ограниченно дееспособного), а также улучшить их положение в обществе. Большинство членов общественных объединений хотят научиться положительно влиять и адекватно реагировать на сложившуюся ситуацию, а также улучшать качество своей жизни, жизни подопечного, других членов семьи, участвовать в общественной жизни в полной мере, стимулировать себя и воздействовать на других членов, входящих в состав общественных объединений для поиска новых методов лечения и диагностики недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина.

Работа общественных объединений строится на добровольных началах и демократичном стиле управления их деятельностью. Как правило, общественное объединение функционирует непосредственно в обществе, являясь важным элементом в общественной жизни как для

²⁸ <https://infopedia.su/12xb106.html> .

родственников, так и для недееспособных граждан, нуждающихся в помощи и поддержке со стороны неравнодушных к данной проблеме²⁹.

²⁹ Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных : методич. рекомендации / Т.А. Солохина и др. М. : МАКС Пресс, 2012.

Список использованных источников

Нормативные правовые акты

1. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994.
3. Федеральный закон от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве».
4. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
5. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.11.2010 № 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12.02.2020 № 58н «Об утверждении примерной программы подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».
8. Постановление администрации Воробьевского муниципального района Воронежской области от 23.08.2012 № 338 «Об утверждении Временной программы подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».

Учебная и научная литература

1. Аргунова, Ю.Н. Недееспособность : учеб.-практич. пособие. – М. : Грифон, 2015. – 250 с.
2. Бахмутов, А.В. Имущественные права недееспособных и ограниченно дееспособных граждан // Юридический мир. – 2015. – № 11. – С. 41.
3. Белов, В.А. Гражданское право. Общая и особенная части : учебник / Институт актуального образования, 2015. – С. 123.

4. Брунова, С.Н., Лебедева, Л.А. Когнитивные нарушения пожилого и старческого возраста (курс лекций для населения) // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6.
5. Виноградова, Е.А., Дикань, Н.В., Зуева, Е.А., Нестерова, А.Г. Досуговая деятельность людей с тяжелыми множественными нарушениями развития : практич. пособие. – Псков, 2016. – С. 16.
6. Гасанова, К.К. Право социального обеспечения : учебник. – М., 2014. – С. 112–113.
7. Грудцына, Л.Ю. Как оформить опеку и попечительство. Новые правила. Советы адвоката / Л.Ю. Грудцына. – М. : Юркомпани, 2016. – 160 с.
8. Кирилловых, А.А. Опека и попечительство под охраной закона // Законодательство и экономика. – 2015. – № 9. – С. 45–50.
9. Кнороз, А.И. Некоторые вопросы отстранения опекунов и попечителей от исполнения своих обязанностей // Актуальные проблемы права : мат-лы III Междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2014 г.). – М. : Буки-Веди, 2014. – С. 65–68.
9. Кононова, Л.И., Миронова, А.С. [и др.]. Выявление и особенности ведения пациентов с синдромом старческой астении // Методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения. – Красноярск, 2017. – 50 с.
10. Маринчева, Г.С., Вроно, М.Ш. Умственная отсталость // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 612–677.
11. Михайлова, И.А. Дифференциация дееспособности граждан в современных правовых системах // Бюллетень нотариальной практики. – 2016. – № 6.
12. Обучение навыкам ухода : учеб.-метод. пособие для преподавателей. – Екатеринбург, 2011. – 180 с.
13. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных : методич. рекомендации / Т.А. Солохина и др. – М. : МАКС Пресс, 2012. – 36 с.
14. Основы ухода на дому : пособие для волонтеров службы сестер милосердия / БОКК. – Мн. : Белсэнс, 2011. – 125 с., ил.
15. Права граждан с психическими расстройствами : информ.-метод. мат-лы / Уполномоченный по правам человека в Пермском крае [сост. О.Ю. Сенина ; под ред. П.В. Микова]. – Пермь, 2017. – 28 с.
16. Программа обучения родственников, опекунов навыкам общего ухода за пожилыми гражданами и инвалидами («Школа ухода»)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Психоневрологический интернат», 2017.

17. Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 48, ст. 6401; 2018, № 47, ст. 6666.

18. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб. : Речь, 2000. – 219 с.

19. Современные технологии и практики социального обслуживания граждан пожилого возраста в Красноярском крае : метод. пособие [Электронный ресурс] / сост. О.Л. Высоцкая ; под общ. ред. Л.И. Ачекуловой. – Красноярск, 2019. – 149 с.

20. Сопровождаемое проживание инвалидов в вопросах и ответах / /Серия методических пособий для руководителей и специалистов системы социальной защиты населения Красноярского края. – Вып. 16. – Иркутск, 2018.

21. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М. : Человек, 2018. – 224 с., ил.

22. Чеха, В.А., Кононова, Л.И., Кутумова, О.Ю. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях : метод. рекомендации для специалистов службы социального обслуживания и родственников. – Красноярск, 2018. – 53 с.

Содержание

<i>Введение</i>	3
<i>Модуль 1</i>	5
1.1. Общая характеристика института опеки и попечительства, основание ее установления над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами.....	6
1.2. Требования к кандидатам в опекуны и попечители, порядок установления опеки и попечительства над совершеннолетними недееспособными или не полностью дееспособными гражданами	9
1.3. Перечень прав, обязанностей и ответственности опекунов и попечителей.....	13
1.4. Особенности распоряжения имуществом опекаемого.....	17
1.5. Социальные гарантии и льготы для опекунов и подопечных.....	19
1.6. Контроль над деятельностью опекуна (попечителя).....	21
1.7. Причины и порядок отстранения от опекунских обязанностей.....	23
1.8. Порядок обжалования решений органа опеки и попечительства.....	24
1.9. Права лиц, страдающих психическими заболеваниями.....	25
1.10. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания.....	27
1.11. Основания и порядок госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в добровольном и недобровольном порядке.....	30
<i>Модуль 2</i>	32
2.1. Особенности состояния здоровья и течение заболеваний у недееспособных граждан.....	33
2.2. Осуществление ухода на дому. Обеспечение основных санитарно-гигиенических, двигательных потребностей недееспособных граждан....	36
2.3. Методы контроля за состоянием здоровья у подопечных. Техники проведения базовых медицинских процедур и манипуляций на дому.....	45
2.4. Особенности питания и кормления подопечных.....	52
2.5. Оказание первой доврачебной помощи.....	59
2.6. Профилактика пролежней у лежачих подопечных.....	68
2.7. Приемы сохранения физической активности подопечного.....	72
2.8. Социальная активность подопечного.....	74
2.9. Формы социального обслуживания и виды социальных услуг.....	77
2.10. Стационарозамещающие технологии организации жизни подопечных.....	88
2.11. Организация безопасного жизненного пространства с учетом психического состояния подопечного.....	90

2.12. Виды и способы предупреждения противоправных деяний и финансового мошенничества в отношении подопечного.....	91
<i>Модуль 3.....</i>	<i>96</i>
3.1. Семья как реабилитирующая среда.....	97
3.2. Способы реагирования семьи на стрессовые ситуации.....	104
3.3. Мотивы принятия недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина под опеку.....	112
3.4. Оценка возможностей и способностей опекунов обеспечить потребности подопечных.....	114
3.5. Психотерапевтические тренинги и программа «Передышка» для опекунов и попечителей.....	119
3.6. Программы коррекции эмоционально-информационных связей между опекуном и подопечным.....	127
3.7. Тренинги по преодолению эмоционального выгорания опекунов.....	136
3.8. Организация школы опекунов и попечителей.....	140
3.9. Роль и значение общественных объединений родителей и родственников недееспособных граждан.....	143
<i>Список использованных источников.....</i>	<i>148</i>