

Содержание

	Стр.
Раздел 1. Паспорт программы	
1.1 Цель реализации программы.....	3
1.2 Планируемые результаты обучения.....	4
Раздел 2. Структура и содержание программы	
2.1 Учебный план программы.....	5
2.2 Календарный учебный график.....	6
2.3 Учебно-тематический план	7-8
Раздел 3. Организационно-педагогические условия реализации программы	
3.1 Учебно-методическое обеспечение и информационное обеспечение программы.....	9
3.2 Материально-технические условия реализации программы.....	10
3.3 Требования к педагогическому составу.....	11
Раздел 4. Оценочные и методические материалы	
4.1 Оценочный материал учебного модуля «Социально-медицинский аспект».....	12-13
4.2 Оценочный материал учебного модуля «Социально-психологический аспект».....	14
Раздел 5. Рабочая программа учебного модуля «Социально-медицинский аспект»	
5.1 Планируемые результаты учебного модуля «Социально-медицинский аспект».....	15
5.2 Содержание учебного модуля «Социально-медицинский аспект».....	16-17
5.3 Календарный тематический план учебного модуля «Социально-медицинский аспект».....	18-19
5.4 Лекционный материал учебного модуля «Социально-медицинский аспект».....	20-59
Раздел 6. Рабочая программа учебного модуля «Социально-психологический аспект»	
6.1 Планируемые результаты учебного модуля «Социально-психологический аспект».....	60
6.2 Содержание учебного модуля «Социально-психологический аспект»....	61
6.3 Календарный тематический план учебного модуля «Социально-психологический аспект».....	62
6.4 Лекционный материал учебного модуля «Социально-психологический аспект».....	63-85

Раздел 1. Паспорт программы.

1.1. Цель реализации программы.

Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа социально-педагогической направленности «Школа ухода за пожилыми людьми и лицами с ограниченными возможностями здоровья» предназначена для обучения волонтеров, социальных работников, родственников и лиц, осуществляющих уход на дому за инвалидом и гражданином пожилого возраста.

Цель создания «Школы ухода за пожилыми людьми и инвалидами с ограниченными возможностями здоровья» – достижение оптимально возможного уровня жизни и социальной адаптации инвалида и пожилого человека в привычной для него домашней обстановке в окружении семьи.

Программа разработана в соответствии с Федеральным законом №273 от 29.12.2012 года «Об образовании в Российской Федерации»; Приказом Министерства образования и науки РФ от 29 августа 2013 года №1008 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам»; Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 08 сентября 2015 года №613н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог дополнительного образования детей и взрослых».

1.2. Планируемые результаты обучения.

В результате освоения программы обучающийся должен приобрести следующие знания и умения.

Обучающийся должен знать:

- ✓ понятие, виды, режимы двигательной активности пациента;
- ✓ правила перемещения и изменения положения тела в постели;
- ✓ методы снижения риска падения и других травм у пациентов;
- ✓ элементы процесса ухода при проблемах, связанных с нарушением двигательной активности;
- ✓ факторы риска образования пролежней;
- ✓ места возможного образования пролежней, стадии их образования;
- ✓ правила сборки и транспортировки грязного белья;
- ✓ психологические и социальные особенности лиц пожилого и старческого возраста (особенности работы с лицами зрелого возраста);
- ✓ способы оказания психологической помощи пожилым людям;
- ✓ синдром эмоционального выгорания как профессиональный риск социальной работы, его симптомы.

Обучающийся должен уметь навыки:

- ✓ оказание помощь пациенту при перемещении в постели;
- ✓ создания пациенту в постели необходимого положения в зависимости от заболевания с помощью функциональной кровати и других различных приспособлений;
- ✓ приготовления постели пациенту;
- ✓ смены постельного и нательного белья;
- ✓ проведение мероприятий по профилактике пролежней;
- ✓ обработка естественных складок кожи и профилактики опрелостей;
- ✓ умывания пациента;
- ✓ чистки зубов пациенту;
- ✓ подачи судна и мочеприемника (мужчине и женщине);
- ✓ мытья головы и ног;
- ✓ ухода за наружными половыми органами и промежностью.

Раздел 2 Структура и содержание программы.

2.1 Учебный план программы.

Категория обучающихся:

- ✓ социальные работники,
- ✓ родственники,
- ✓ волонтеры,
- ✓ граждане пожилого возраста,
- ✓ специалисты центров социального обслуживания.

Форма обучения: очная.

Срок обучения: 16 часа.

Режим занятий: 8 часов в день.

№ п/п	Наименование учебных модулей	Общая трудоемкость (часы)	Аудиторные занятия			Форма промежуточной аттестации
			всего	лекции	практич. занятия	
1	Социально-медицинские аспекты.	10	10	4	6	тестирование
2	Социально-психологические аспекты.	6	6	6	-	собеседование
3	ИТОГО:	16	16	10	6	

2.2 Календарный учебный график

Наименование учебных модулей	Обозначение учебных видов деятельности	Учебные дни		Итого часов
		1	2	
Социально-медицинские аспекты.	Л		4	10
	ПР		6	
Социально-психологические аспекты.	Л	6		6
	ПР	-		
Всего				16

Обозначение учебных видов деятельности:

Л – лекция

ПР – практические занятия

Продолжительность занятий – 8 часов в день (2 дня).

Количество обучающихся в группе – от 5 - 10 обучающихся.

2.3 Учебно-тематический план.

Наименов. учебных аспектов	Содержание учебного материала	Общая трудоемкость (часы)	Аудиторные занятия			Форма промежут. аттестации
			всего	лекции	практич. занятия	
Социально-медицинский аспект.	<p>1. Введение в геронтологию.</p> <p>2. Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста:</p> <p>2.0. Особенности дыхательной системы.</p> <p>2.1. Особенности сердечно-сосудистой системы.</p> <p>2.2. Особенности пищеварительной системы.</p> <p>2.3. Особенности мочевыводительной системы.</p> <p>2.4. Особенности системы крови.</p> <p>2.5. Особенности нервной системы.</p> <p>2.6. Особенности эндокринной системы.</p> <p>2.7. Особенности опорно-двигательного аппарата.</p> <p>2.8. Особенности органов зрения и слуха.</p> <p>2.9. Особенности кожи.</p> <p>3. Безопасная больничная среда:</p> <p>3.1. Удержание пациента методом «захват через руку».</p> <p>3.2. Поддержание пациента при ходьбе.</p> <p>3.3. Перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положении «сидя с опущенными ногами».</p> <p>3.4. Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положении «лежа на кровати».</p> <p>3.5. Перемещение пациента с кровати на стул методом «поднятие плечом».</p> <p>3.6. Удержание пациента методом «захват при поднятом локте».</p> <p>3.7. Удержание пациента методом «подмышечный захват».</p> <p>3.8. Размещение пациента в положении Фаулера.</p> <p>3.9. Размещение пациента в положении Симса.</p> <p>4. Личная гигиена пациента:</p> <p>4.1. Положение пациента в постели. Режим активности (двигательный режим). Пользование функциональной кроватью. Смена постельного белья поперечным способом. Смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (смена рубашки,</p>	10	10	4	6	Выполнение тестовых заданий.

	<p>смена нижнего белья).</p> <p>4.2.Подача судна. Уход за кожей и влажное обтирание пациента.</p> <p>Подмывание тяжелобольного (подмывание мужчин и женщин).</p> <p>4.3.Профилактика пролежней. Уход и профилактика.</p> <p>4.4.Уход за полостью рта. Уход за полостью рта пациента, находящегося в бессознательном состоянии. Уход за вставными зубными протезами.</p> <p>4.5.Уход за глазами.</p> <p>4.6.Уход за носом.</p> <p>4.7.Уход за ушами.</p> <p>4.8.Уход за волосами.</p> <p>4.9.Мытье ног в постели тяжелобольному.</p>					
Социально-психологический аспект.	<p>1.Психологические и социальные особенности лиц пожилого и старческого возраста.</p> <p>2.Психологические особенности работы с лицами зрелого возраста.</p> <p>3.Помощь пожилым людям, утратившим семейные связи.</p> <p>4.Социально-психологическая помощь гражданам, пережившим потерю близких.</p> <p>5.Синдром эмоционального выгорания у социальных работников: личная деформация под влиянием профессиональных стрессов.</p> <p>6.Основные группы симптомов синдрома эмоционального выгорания.</p>	6	6	6	-	Собеседование.

Раздел 3

Организационно-педагогические условия реализации программы.

3.1 Учебно-методическое обеспечение и информационное обеспечение программы.

Литература:

1. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: практикум / Т.П.Обуховец. – Изд.17-е, стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 603 с.: ил. – (Среднее медицинское образование).
2. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение: учеб.пособие /Д.А.Крюкова, Л.А.Лысак, О.В.Фурса; под ред. Б.В.Кабарухина. – Изд. 16-е. – Ростов н/Д :Феникс, 2017. – 474с.: ил. – (Среднее медицинское образование).
3. Психология социальной работы для бакалавров: учебник / А.М.Руденко, [и др.]. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – 446, [1] с. – (Высшее образование).

3.2 Материально-технические условия реализации программы.

Условия необходимые для осуществления образовательной деятельности.

1. Учебно-практическое оборудование:

- функциональная кровать,
- противопролежный матрац;
- подушка;
- комплект чистого постельного белья;
- судно;
- памперсы;
- мочеприемник;
- салфетки;
- перчатки;
- комплект тестовых заданий для аттестации.

3.3 Требования к преподавательскому составу:

<p>Требования к образованию и обучению</p>	<p>Среднее профессиональное образование – программы подготовки специалистов среднего звена или высшее образование – бакалавриат, направленность (профиль) которого, как правило, соответствует направленности дополнительной общеобразовательной программы, осваиваемой учащимися, или преподаваемому учебному курсу, дисциплине (модулю).</p> <p>Дополнительное профессиональное образование – профессиональная переподготовка, направленность (профиль) которой соответствует направленности дополнительной общеобразовательной программы, осваиваемой учащимися, или преподаваемому учебному курсу, дисциплине (модулю).</p> <p>При отсутствии педагогического образования – дополнительное профессиональное педагогическое образование; дополнительная профессиональная программа может быть освоена после трудоустройства.</p> <p>Рекомендуется обучение по дополнительным профессиональным программам по профилю педагогической деятельности не реже чем один раз в три года.</p>
<p>Особые условия допуска к работе</p>	<p>Отсутствие ограничений на занятие педагогической деятельностью, установленных законодательством РФ.</p> <p>Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательстве РФ.</p> <p>Прохождение в установленном законодательством РФ порядке аттестации на соответствие занимаемой должности.</p>

Раздел 4
Оценочные и методические материалы.

4.1. Оценочный материал учебного модуля «Социально-медицинский аспект».

Форма аттестации – выполнение тестовых заданий.

Вопросы:

- 1.Нательное белье тяжелобольному меняют _____.
- 2.Загрязненное постельное белье способствует образованию _____.
- 3.Положение при котором пациент самостоятельно садится, ходит, поворачивается называется _____.
- 4.Промежуточное положение, между положением лежа на боку и лежа на животе, называется положение _____.
- 5.При слишком влажной коже применяют _____.
- 6.Факторы риска образования пролежней бывают:
 - 1) _____
 - 2) _____
- 7.Установите соответствие:

1.Первая	А—образование полости
2.Вторая	Б – образование пузыря
3.Третья	В – образование некроза
4.Четвертая	Г – гиперемия кожи
- 8.После акта дефекации, памперсы необходимо менять _____.
- 9.Пролежни у ослабленных пациентов при положении на спине появляются: в области затылка, крестца, пяток, лопаток, копчика, _____.
- 10.Существует _____ способа смены постельного белья.
- 11.Если у пациента повреждена рука, то рубашку сначала одевают на _____ руку, а затем на _____.
12. Как называется положение пациента, который не может выполнить произвольные движения, сохраняет то положение, которое ему придали _____.

13. Как называется двигательный режим, где пациент все время проводит в постели, может садиться на край постели или стул для приема пищи, проведения утреннего туалета и может ходить в туалет в сопровождении сопровождающего _____.

14. Кровать, представляющая собой специальное устройство, состоящее из нескольких секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки управления _____.

15. Какие виды суден существует? _____.

16. Глубокое поражение кожи и мягких тканей вплоть до их омертвления в результате длительного сдавливания _____,

17. Признаками пролежней является _____
_____.

Ответы:

1. по мере загрязнения.

2. пролежень

3. активное.

4. Симса.

5. присыпку.

6. внутренние, внешние.

7. 1-Г, 2-Б, 3-А, 4-В.

8. немедленно.

9. лопаток.

10. 2

11. на больную руку, а затем на здоровую.

12. пассивное.

13. полупостельный.

14. функциональная.

15. эмалированное, резиновое.

16. пролежень.

17. появление бледного участка кожи, затем синюшно-красного цвета без четких границ, затем слущивается эпидермис, образуются пузыри.

4.2. Оценочный материал учебного модуля «Социально-психологический аспект».

Форма аттестации – собеседование.

Вопросы:

1. Как Вы понимаете понятие «профессиональный стресс»?
2. Что такое синдром эмоционального выгорания?
3. Какие группы переживаний синдрома эмоционального выгорания Вы узнали?
4. Какие основные группы симптомов эмоционального выгорания существует?
5. Что относится к *физическим симптомам* эмоционального выгорания?
6. Что относится к *эмоциональным симптомам* эмоционального выгорания?
7. Что относится к *интеллектуальным симптомам* эмоционального выгорания?
8. Что относится к *поведенческим симптомам* эмоционального выгорания?
9. Что относится к *социальным симптомам* эмоционального выгорания?
10. Социально-психологическая помощь гражданину, пережившим потерю близких.
11. Симптомы стресса, который может возникнуть после тяжёлой утраты? (недостаток сна, прерывание сна, беспокойство, плаксивость, потеря интереса ко всему, панические атаки, погруженность в свои мысли, раздражительность, опустошение).

Раздел 5

Рабочая программа учебного модуля «Социально-медицинский аспект».

5.1. Планируемые результаты учебного модуля «Социально-медицинский аспект».

Обучающийся должен знать:

- понятие, виды, режимы двигательной активности пациента;
- правила перемещения и изменения положения тела в постели;
- методы снижения риска падения и других травм у пациентов;
- элементы процесса ухода при проблемах, связанных с нарушением двигательной активности;
- факторы риска образования пролежней;
- места возможного образования пролежней, стадии их образования,
- правила сборки и транспортировки грязного белья.

Обучающийся должен уметь навыки:

- безопасной транспортировки пациента на каталке, на носилках, на руках;
- оказание помощи пациенту при перемещении в постели;
- создания пациенту в постели необходимого положения в зависимости от заболевания с помощью функциональной кровати и других различных приспособлений;
- приготовления постели пациенту;
- смены постельного и нательного белья;
- проведения мероприятий по профилактике пролежней;
- обработка естественных складок кожи и профилактики опрелостей;
- умывания пациента;
- чисти зубов пациента;
- подачи судна и мочеприемника (мужчине и женщине);
- мытья головы и ног;
- ухода за наружными половыми органами и промежностью.

5.2. Содержание учебного модуля «Социально - медицинский аспект».

1. Введение в геронтологию.

2. Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста:

- особенности дыхательной системы,
- особенности сердечно-сосудистой системы,
- особенности пищеварительной системы,
- особенности мочевыделительной системы,
- особенности системы крови,
- особенности нервной системы,
- особенности эндокринной системы,
- особенности опорно - двигательного аппарата,
- особенности органов зрения и слуха,
- особенности кожи.

3. Безопасная больничная среда:

- удерживание пациента методом «захват через руку»,
- поддержание пациента при ходьбе,
- перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положении «сидя с опущенными ногами»,
- перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положении «лежа на кровати»,
- перемещение пациента с кровати на стул методом «поднятие плечом»,
- удерживание пациента методом «захват при поднятом локте»,
- удерживание пациента методом «подмышечный захват»,
- размещение пациента в положении Фаулера,
- размещение пациента в положении Симса.

4. Личная гигиена пациента:

- положение пациента в постели,
- режим активности (двигательный режим),
- пользование функциональной кроватью,
- смена постельного белья продольным способом,
- смена постельного белья поперечным способом,
- смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (смена рубашки, смена нижнего белья),
- подача судна,
- уход за кожей и влажное обтирание пациента,
- подмывание тяжелобольного (подмывание мужчин и женщин),
- профилактика пролежней, уход и профилактика пролежней,

- уход за полостью рта пациента, находящегося в бессознательном состоянии,
- уход за вставными зубными протезами,
- уход за глазами,
- уход за носом,
- уход за ушами,
- уход за волосами,
- мытье ног в постели тяжелобольному.

6 занятие	<p>Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положении «лежа на кровати».</p> <p>Перемещение пациента с кровати на стул методом «поднятие плечом».</p> <p>Удержание пациента методом «захват при поднятом локте».</p> <p>Удержание пациента методом «подмышечный захват».</p> <p>Размещение пациента в положении Фаулера.</p> <p>Размещение пациента в положении Симса.</p>	<p>12.02 28.03 11.04. 25.04. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11. 12.02. 28.03 11.04. 25.04. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11.</p>	<p>07.11. 06.12. 13.12.</p>	<p>12.02. 28.03. 11.04. 25.04. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11. 12.02. 28.03. 11.04. 25.10. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11.</p>	<p>07.11. 06.12. 13.12.</p>
7 занятие	<p>Личная гигиена пациента:</p> <p>Положение пациента в постели.</p> <p>Режим активности (двигательный режим).</p> <p>Пользование функциональной кроватью.</p> <p>Смена постельного белья продольным способом.</p> <p>Смена постельного белья поперечным способом.</p> <p>Смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (смена рубашки, смена нижнего белья).</p>	<p>12.02. 28.03 11.04. 25.04. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11. 12.02. 28.03 11.04. 25.10. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11.</p>	<p>11.10. 16.10. 25.10. 01.11. 07.11. 06.12. 13.12.</p>	<p>12.02. 28.03. 11.04. 25.10. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11. 12.02. 28.03. 11.04. 25.10. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11.</p>	<p>11.10. 16.10. 25.10. 04.11. 07.11. 06.12. 13.12.</p>
8 занятие	<p>Подача судна.</p> <p>Уход за кожей и влажное обтирание пациента.</p> <p>Подмывание тяжелобольного (подмывание мужчин и женщин).</p> <p>Профилактика пролежней.</p> <p>Уход и профилактика пролежней.</p>	<p>12.02. 28.03 11.04. 25.04. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11. 12.02. 28.03 11.04. 25.10. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11.</p>	<p>27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 01.11. 07.11. 06.12. 13.12.</p>	<p>12.02. 28.03. 11.04. 25.04. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11. 12.02. 28.03. 11.04. 25.10. 03.05. 10.05. 14.05. 17.05. 24.05. 31.05. 06.06. 06.08 27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 08.11.</p>	<p>27.09. 11.10. 16.10. 25.10. 01.11. 07.11. 06.12. 13.12.</p>
9 занятие	<p>Уход за полостью рта.</p> <p>Уход за полостью рта пациента, находящегося в бессознательном состоянии.</p> <p>Уход за вставными зубными протезами.</p> <p>Уход за глазами.</p> <p>Уход за носом.</p> <p>Уход за ушами.</p>	<p>12.02. 28.03 12.04. 26.04. 04.05. 11.05. 15.05. 18.05. 25.05. 01.06. 07.06. 07.09. 22.09. 12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12. 12.02. 28.03 12.04. 26.04. 04.05. 11.05. 15.05. 18.05. 25.05. 01.06. 07.06. 07.09. 22.09. 12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>	<p>12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>	<p>12.02. 28.03. 12.04. 26.04. 04.05. 11.05. 15.05. 18.05. 25.05. 01.06. 07.06. 07.09. 22.09. 12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>	<p>12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>
10 занятие	<p>Уход за волосами.</p> <p>Мытье ног в постели тяжелобольному.</p>	<p>12.02. 28.03 12.04. 26.04. 04.05. 11.05. 15.05. 18.05. 25.05. 01.06. 07.06. 07.09. 22.09. 12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12. 12.02. 28.03 12.04. 26.04. 04.05. 11.05. 15.05. 18.05. 25.05. 01.06. 07.06. 07.09. 22.09. 12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>	<p>12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>	<p>12.02. 28.03. 12.04. 26.04. 04.05. 11.05. 15.05. 18.05. 25.05. 01.06. 07.06. 07.09. 22.09. 12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>	<p>12.10. 17.10. 26.10. 02.11. 08.11. 07.12. 14.12.</p>

5.4. Лекционный материал учебного модуля «Социально-медицинский аспект».

1. Введение в геронтологию.

Геронтология – это наука, изучающая старение живых организмов, в том числе и человека. Геронтология имеет три основных раздела:

1. Биология старения – раздел геронтологии, объединяющий изучение процесса старения живых организмов (высших животных и человека) на разных уровнях их организации: субклеточном, клеточном, тканевом, органном и системном.
2. Гериатрия, или гериатрическая медицина – учение о болезнях людей пожилого возраста и старческого возраста: особенности их клинического течения, лечения, профилактики, организации медицинской и социальной помощи.
3. Социальная геронтология изучает влияние социальных условий и разрабатывает мероприятия, направленные на устранение отрицательного воздействия факторов окружающей среды. Это учение о взаимосвязи между возрастом стареющего человека, его здоровьем и работоспособностью в условиях окружающей среды.

Основной задачей геронтологии является сохранение физического и психического здоровья пожилых и старых людей, их социального благополучия.

Старение является естественным процессом. И поэтому предотвратить старость и смерть невозможно, но продлить жизнь – это ответственная и благородная задача современной медицины. Следует строго разграничивать понятия старения и старости, причину и следствие. Старость – закономерно наступающий заключительный период возрастного развития. Старение – разрушительный процесс, который развивается в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия экзогенных и эндогенных факторов, ведущий к недостаточности физических функций организма. Старение приводит к ограничению приспособительных возможностей организма, снижению его надежности, развитию возрастных патологий. Факторы среды, воздействуя на биологические процессы, влияют на продолжительность жизни. В ходе эволюции наряду со старением возник и процесс витайкта. Витайкт – процесс, стабилизирующий жизнедеятельности организма, повышающий его надежность, направленный на предупреждение повреждения живых систем с возрастом и на увеличение продолжительности жизни. Процессы старения и витайкта возникают вместе с зарождением организма. Изменение их взаимоотношений и разделяет все индивидуальное развитие на три периода – прогрессивный, стабильный, деграционный.

Существуют индивидуальные особенности старения, свойственные отдельным людям.

Естественное старение характеризуется определенным темпом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих

биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции.

Преждевременное (ускоренное) старение характеризуется более ранним развитием возрастных изменений или же большей их вырожденностью или иной возрастной период. Преждевременному (ускоренному) старению способствуют перенесённые заболевания, неблагоприятные факторы окружающей среды, в том числе стрессовые ситуации, которые могут воздействовать на разные звенья цепи возрастных изменений, ускорять, усиливать обычный их ход.

Замедленное (ретардированное) старение ведет к увеличению продолжительности жизни, долголетию. Возрастные изменения в этих случаях наступают значительно позже.

Существуют две традиционные точки зрения на причины развития старения:

1. Старение – это генетически запрограммированный процесс, результат закономерного развития программы, заложенной в генетическом аппарате. В этом случае действие факторов окружающей и внутренней среды может повлиять, но в незначительной степени, на темп старения.
2. Старение – результат разрушения организма вследствие неизбежного повреждающего действия сдвигов, возникающих в ходе самой жизни.

Старение – многопричинный процесс, вызываемый многими факторами, действие которых повторяется и накапливается в течение всей жизни, среди них стресс, болезни.

2.Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста.

2.1 Особенности дыхательной системы.

После 60 лет отмечаются дегенеративно-дистрофические изменения костно-мышечного скелета грудной клетки: остеохондроз отдела позвоночника, уменьшение подвижности реберно-позвоночных сочленений, кальциноз реберных хрящей, восковидное перерождение волокон мышц, непосредственно участвующих в акте дыхания (межреберных и диафрагмы). В результате этих изменений развивается грудной кифоз, деформируется грудная клетка, приобретая бочкообразную форму, а также уменьшается подвижность грудной клетки. Все это приводит к нарушению легочной вентиляции.

Вследствие атрофии бронхиального эпителия, желез, ослабления перистальтики бронхов, снижения кашлевого рефлекса нарушается дренажная функция бронхов. В результате бронхиальное содержимое даже в нормальных условиях у пожилых и престарелых выделяется в недостаточном количестве, что располагает к развитию патологических процессов. Уменьшается с возрастом растяжимость легочной ткани. Уменьшается количество функционирующих капилляров в легких, нарушается их проницаемость.

У пожилых и старых людей кислородное насыщение артериальной крови снижается –развивается артериальная гипоксемия. Снижается дыхательный объем, уменьшается жизненная емкость легких.

2.2 Особенности сердечно-сосудистой системы.

При старении изменяется структура сосудистой стенки. Основные изменения происходят в крупных артериальных стволах, они склерозируются, эластичность снижается, сосуды теряют способность не только к расширению, но и к сужению. В первую очередь изменяются крупные артериальные сосуды большого круга кровообращения, особенно аорты. С возрастом уменьшается количество функционирующих капилляров на единицу площади.

Утрата крупными артериальными сосудами эластичности, увеличение периферического сосудистого сопротивления приводят к повышению артериального давления. Увеличивается величина минутного объема сердца, урывается частота сердечных сокращений, снижается сократительная способность миокарда. При старении ослабляются условные рефлекторные влияния на сердечно-сосудистую систему.

2.3 Особенности пищеварительной системы.

Наиболее выраженные изменения наблюдаются у пожилых со стороны ротовой полости: сохранившиеся зубы имеют желтоватый оттенок и различную степень стертости, увеличивается объем ротовой полости, слюнных желез, исчезают нитевидные сосочки языка, атрофируется

мимическая и жевательная мускулатура. Атрофируются кости лицевого черепа. При этом атрофия верхней челюсти опережает уменьшение размеров нижней челюсти, что приводит к нарушению прикуса. С возрастом снижается продукция слюны, поэтому у пожилых и старых людей довольно часто наблюдается сухость во рту, трещины языка и губ.

По мере старения человека пищевод несколько удлиняется и искривляется вследствие увеличения кифоза грудного отдела позвоночника, расширения дуги аорты.

Во всех слоях стенки пищевода выявляются атрофические изменения, увеличивается количество секреторных клеток, мышечные волокна замещаются соединительной тканью. Атрофический процесс чаще всего поражает среднюю часть пищевода и может проявляться некоторым нарушением прохождения пищи.

Процесс старения приводит к изменению почти всех структурных элементов стенки желудка, слизистой оболочки, мышечных волокон, интрамурального нервного аппарата, сосудистой сети. Толщина слизистой оболочки желудка с возрастом уменьшается, уменьшается количество секреторных клеток. Нарушается кровоснабжение стенки желудка.

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка, а также изменения в нейрогуморальной регуляции приводят к снижению у пожилых и старых людей функциональных возможностей секреторного аппарата желудка.

Общая длина кишечника с возрастом увеличивается, чаще наблюдается удлинение отдельных участков толстой кишки. В стенке кишки возникают атрофические изменения, приводящие к изменению мембранного пищеварения, всасывания углеводов, белков, липидов.

Изменяется микрофлора кишечника: увеличивается количество бактерий гнилостной группы, увеличивается – молочно-кислых, что способствует росту продукции эндотоксинов и приводит к разрушению функционального состояния кишечника.

С возрастом происходит уменьшение массы печени, снижение функциональных возможностей гепатоцитов, что приводит к нарушению белкового, липидного, углеводного и пигментного обменов, снижению антитоксической функции печени. Желчный пузырь увеличивается в объеме, снижается тонус мускулатуры стенки пузыря, ослабляется двигательная активность желчного пузыря, что приводит к застою желчи и образованию камней.

Атрофические изменения происходят в поджелудочной железе, что сопровождается понижением продукции панкреатического сока, активности трипсина, амилазы, липазы.

Данные об изменении эндокринной функции поджелудочной железы весьма разноречивы. Происходит уменьшение количества β -клеток островкового аппарата, но повышается активность оставшихся, что можно связать с возрастанием активности всей контринсулярной системы у людей

старшего возраста. При этом наряду с высоким содержанием инсулина в крови у людей старшего возраста имеется более высокий уровень глюкозы в крови.

2.4 Особенности мочевыделительной системы.

С возрастом у человека теряется до 1/3 -1/4 нефронов, разрастается соединительная ткань, формируется нефросклероз. Падает уровень почечного кровотока, клубочковой фильтрации. Понижается экскреторная (азото-, водо-, электровыводительная) функция почек.

Почечные чашечки, лоханки, мочеточники с возрастом уплотняются, теряют эластичность, увеличивают емкость. Стенка мочевого пузыря утолщается, уплотняется, емкость его увеличивается, что вызывает позыв к мочеиспусканию. Возрастные изменения мочевого пузыря ослабевают функцию его замыкательного аппарата, способствуя недержанию мочи.

Возрастные структурные, метаболические, функциональные, регуляторные изменения понижают надежность мочевыделительной системы, способствуют росту патологической поражаемости ее звеньев в старости, повышают вероятность их декомпенсации (особенно почек) в условиях стресса.

2.5 Особенности системы крови.

В результате нарушения кровоснабжения костного мозга, замещения кроветворной ткани жировой у лиц старших возрастных групп снижается функциональная активность костного мозга, особенно красного (эритроцитного) ростка, СОЭ может быть умеренно повышена. Число лейкоцитов в периферической крови остается в пределах нормальных величин при некотором изменении соотношения форменных элементов в лейкограмме – уменьшается число эозинофилов и палочкоядерных нейтрофилов.

Тромбоцитопоз при старении также претерпевает определенные изменения, отмечается незначительная тромбоцитопения.

Кроветворная система пожилых людей отражает общие закономерности процессов инволюции в стареющем организме, сохраняет компенсаторные реакции, обеспечивая в нормальных условиях необходимую продукцию элементов крови. Снижение ее адаптационных возможностей проявляется при различных функциональных напряжениях – болезни, в стрессовых ситуациях и других состояниях.

2.6 Особенности нервной системы.

Неврологические и психические нарушения в старости разнообразны, происхождение их различно, темп нарастания неодинаков, время появления индивидуально.

С возрастом значительно изменяется высшая нервная деятельность человека, уменьшаются силы, подвижность и уравновешенность основных

нервных процессов. Клинически это проявляется астеническим симптомом, характеризующимся падением работоспособности, расстройством сна, эмоциональной неустойчивостью, ослаблением внимания, памяти; нарушаются сложные формы психической деятельности и целенаправленное поведение.

Снижение интеллектуальных процессов, появляющиеся в пожилом возрасте, как правило, непосредственно не связано с процессом старения, а в большинстве случаев зависит от неблагоприятных социальных факторов и дефицита соматического здоровья.

Характерны возрастные изменения памяти, психомоторного темпа, снижение скорости умственной работоспособности.

Вместе с тем отмечены случаи, когда в весьма преклонном возрасте, и даже у долгожителей, функциональное состояние нервной системы соответствовало критериям, определенным для лиц более молодого возраста.

2.6 Особенности эндокринной системы.

Изменяясь в процессе старения, железы внутренней секреции вторично влияют на функции организма. Угасание функций вилочковой железы заканчиваются к периоду полового созревания, половые железы снижают свою деятельность в климактерическом периоде, у женщин в пределе 45-55 лет, у мужчин – 55-65 лет. Функции щитовидной железы снижаются к 60-65 годам. Позже других выраженные возрастные изменения наступают в структуре и функции гипофиза и надпочечников.

Наиболее важными, в значительной мере определяющими процесс старения человека являются сдвиги, которые происходят в системе эндокринных желез во время климакса.

Процесс угасания функции эндокринных желез при старении закономерен, его течение обусловлено определенной программой обратного развития организма. Однако факторы окружающей среды могут в значительной степени влиять на ход этой программы, предупреждать или способствовать возникновению патологических сдвигов. Период наиболее интенсивных изменений гормонального аппарата – средний возраст (45-60 лет) и начало пожилого возраста – является во многом решающим для дальнейшего течения процессов старения.

2.7 Особенности опорно-двигательного аппарата.

Возрастные изменения костно-хрящевой ткани и связочного аппарата позвоночника и конечностей проявляются дистрофически-деструктивными нарушениями с преобладанием остеопороза или гиперпластических процессов. Параллельно развиваются компенсаторно-приспособительные реакции, направленные на восстановление потерянной функции и структуры (костно-хрящевые разрастания краев тел позвоночников и дисков, изменение их формы и кривизны позвоночника). Старение костно-суставного аппарата часто связывают с уменьшением роста человека; это происходит

преимущественно за счет увеличения искривления позвоночника, снижения высоты позвоночных дисков и толщины хряща костей, образующих суставы.

Наиболее существенное и четко регистрируемое явление в развитии скелета человека во второй половине его жизни – разрежение костной ткани, нарастающее с каждым десятилетием. Возрастной остеопороз – биологически обусловленное в процессе старения разрежение костной ткани с уменьшением количества костного вещества.

2.8 Особенности органов зрения, органов слуха.

Ткани глаза, как и других органов, в процессе старения претерпевают определенные изменения. Часто трудно определить, какие из них являются признаками физиологического старения, а какие – проявлениями болезней пожилого человека. Старость без болезней – явление редкое, вместе с тем многие заболевания глаз и в молодом, и в пожилом возрасте обусловлены общим состоянием организма, дисфункцией эндокринной системы и др.

Геронтологические изменения могут наступить и в относительно молодом возрасте, особенно при преждевременном старении. Классическим примером возрастных изменений является деформация хрусталика и нарушение аккомодации, т.е. способности хрусталика изменять кривизну и приспособляться к четкому видению мелких объектов на разных расстояниях.

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни значительно увеличилось число больных пожилого возраста с дистрофическими изменениями сетчатки.

Встречаются также заболевания зрительного нерва, что в основном связано с патологическим состоянием сосудов.

Фактически во всех тканях глаза у пожилых людей наступают те или иные возрастные изменения как проявление старения или вследствие гериатрических заболеваний. Часто из них оказывает существенное влияние на остроту зрения. Среди таких возрастных заболеваний основное место занимают старческая катаракта, глаукома и заболевания сетчатки и зрительного нерва.

Возрастные изменения органа слуха начинаются очень рано и могут обнаруживаться уже после 20 лет. С возрастом происходит снижение слуха, начиная с высокого регистра, наряду с этим отмечено ухудшение разборчивости речи.

Снижение слуха на высокие частоты с возрастом нередко называют «возрастной нормой слуха», но правильнее говорить о «возрастных отклонениях слуха от нормы», в итоге никакое ухудшение слуха не может считаться нормой.

Возрастные изменения касаются всех отделов органа слуха, т.е. звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата. Характер и степень тугоухости связаны с атрофией клеток спирального (кортиева) органа, снижением эластичности основной мембраны, атрофией волокон слухового

нерва. Возрастные изменения стимулируются и ускоряются атеросклеротическими изменениями всей сосудистой системы, особенно сосудов головного мозга.

Время появления признаков старческого снижения слуха, темп его развития индивидуальны, как и сам процесс старения.

2.9 Особенности кожи.

Возрастные изменения кожи при старении начинаются уже в 40 лет. В возрасте 60 лет заметно утончаются, а после 75 лет резко истончаются все слои кожи, и гиподерма во многих местах исчезают. Кожа теряет свою эластичность, появляются морщины, пигментные пятна. Значительной атрофии и дегенеративным изменениями подвергаются сальные, потовые железы и волосы, кожа становится сухой, шелушится.

Уменьшается количество кровеносных сосудов, некоторые из них тромбируются. Снижается проницаемость стенок лимфатических капилляров, просвет вен часто расширен, становится меньшим количеством нервных окончаний.

В связи с изменениями в коже снижаются ее защитные функции.

3.Безопасная больничная среда:

3.1 Удерживание пациента методом «захват через руку».

Показания: поддержка и перемещение кзади пациента (спинке стула), способного оказать содействие.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.
3. Объяснить пациенту цель удержания, получить его согласие, объяснить последовательность действий.	
4. Оценить окружающую обстановку (влажность пола, посторонние предметы на полу, тапочки без задника).	Обеспечить безопасность пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Попросить пациента прижать свои руки к телу и фиксировать их на необходимом уровне.	Это поможет обеспечить биомеханику тела пациента. Если у пациента функция одна руки ослаблена, пациент захватывает более сильной рукой слабую руку.
2. Зайти со стороны спины пациента (позади кресла или стула, на котором она сидит), просунуть свои руки в подмышечные впадины пациенту сзади, ухватить руки пациента у запястья, учитывая болезненные места на руках.	Такой захват обеспечит правильную биомеханику тела, выполняющего процедуру, надежность удержания, фиксацию тела на предплечьях выполняющего при возможном падении. Нельзя допускать возникновения боли у пациента.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Сообщить пациенту о завершении процедуры.	
2. Убедиться в безопасном положении пациента, расцепить и вывести руки выполняющего, поблагодарить пациента за помощь в удержании, ободрить.	Пациент должен убедиться в своей безопасности, ощутить значимость своей помощи.
3. Вымыть руки, высушить.	Обеспечивается инфекционная безопасность.

3.2 Поддержание пациента при ходьбе.

Показания: помощь при ходьбе после инсульта, травмы.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны, нужны ли ему вспомогательные средства.	Обеспечить активное участие пациента в поддержании.
3. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечить безопасность пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Встать рядом с пациентом, применить «захват большими пальцами ладоней», держать правую руку пациента своей правой или левую в левой.	Обеспечивать безопасность пациента. Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь выполняющего при сомкнутых в «замок» больших пальцах.
2. Поддерживать другой рукой пациента под локоть или подмышечную область, или обхватить пациента за талию.	Обеспечивать безопасность пациента.
3. Встать к пациенту как можно ближе, поддерживать его колени ногами, убедиться, что пациент чувствует себя уверенно.	Это обеспечит удержание пациента от падения, при минимальных условиях.
4. Передвигаться рядом с пациентом.	Обеспечить безопасность пациента.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вымыть и высушить руки.	Обеспечить инфекционную безопасность.

3.3 Перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положении «сидя с опущенными ногами».

Показания: вынужденное, пассивное положение, смена положения тела пациента при риске возникновения пролежней.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в поддержании.
3. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечить безопасность пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медицинская сестра.	Обеспечить доступ к пациенту и его безопасность.
2. Встать напротив пациента, левую руку подвести под его плечи, правую руку – под колени, охватывая их сверху.	Не наклоняться! Согнуть ноги в коленях для соблюдения правильной биомеханики тела.
3. Поднять пациента, опуская его ноги вниз и одновременно поворачивая его на постели в горизонтальной плоскости под углом 90 градусов.	Помните о соблюдении правильной биомеханики тела выполняющего и пациента!
4. Усадить пациента, продолжая стоять к нему лицом и удерживая его левой рукой за плечо, а правой – за корпус тела.	Исключите риск падения пациента, связанного с возможностью головокружения.
5. Усадить пациента, что пациент сидит устойчиво и уверенно.	
6. Подложить упор под спину пациента.	Используйте подушки и другие средства для упора.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Надеть пациенту тапочки и поставить под ноги скамейку.	Исключить опасность переохлаждения и отвисания стоп.
2. Вымыть и высушить руки.	

3.4 Перемещение пациента из положения «сидя на стуле» в положение «лежа на кровати».

Показания: перемещение пациента в том случае, если пациент может помочь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении
3. Оценить окружающую обстановку.	Обеспечить безопасное пациента.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Предупредить пациента, что на счет «три» вы帮助他 ему встать.	На каждый счет слегка раскучивайтесь вперед-назад, создавая инерцию тела для безопасности пациента и выполняющего при перемещении. Делайте это медленно!
2. Поставить пациента на счет «три» на ноги (поворачивайтесь одновременно с ним, нога к ноге, пока он не почувствует край кровати).	Исключите риск падения пациента, связанного с возможностью потери равновесия.
3. Посадить пациента на кровать. Встать лицом к пациенту сбоку от него, ближе к изголовью. Расставить ноги на ширину 30 см.	Для обеспечения правильной биомеханики тела сестры и безопасности пациента
4. Развернуть свою ногу, расположенную ближе к изголовью, кнаружи.	
5. Держать спину прямо.	
6. Провести одну руку под колени пациента, охватить их сверху, другой рукой охватить плечи пациента	
7. Поднять ноги пациента на кровать, поворачивая его туловище при этом вокруг оси на 90° и опуская его голову на подушку.	Уложить пациента на кровать.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Укрыть пациента, убедиться, что он лежит удобно и комфортно.	
2. Вымыть и высушить руки.	

3.5 Перемещение пациента с кровати на стул методом «поднятие плечом».

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.
3. Оценить окружающую обстановку.	
4. Поставить стул рядом с кроватью.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Переместить пациента и усадить в положение со свободно свисающими ногами.	Создать возможность дальнейшего перемещения.
2. Встать с обеих сторон от пациента лицом к нему.	Уменьшается нагрузка на выполняющего, исключается травма стопы пациента.
3. Подвести ближайшую к пациенту руку под его бедра.	Оба выполняющих берут друг друга за руки «запястным захватом».
4. Поддерживать пациента за бедра как можно ближе к ягодицам.	
5. Подставить плечи в подмышечные впадины пациента, а пациент укладывает свои руки на спины медицинских сестер.	Оба выполняющих следят за соблюдением правильной биомеханики своего тела с целью профилактики травмы спины.
6. Использовать свободную руку, согнув в локте, в качестве опоры, опираясь ею на кровать позади ягодиц пациента.	Держите ноги врозь, колени согнуты.
7. Отдать команду одной из выполняющих.	Обеспечиваются синхронные действия.
8. На счет «три» выпрямлять колени и локоть, пока сестры не встанут прямо.	
9. Переместить пациента на стул, поддерживая его спину свободной рукой.	
10. Расположить удерживающую руку на подлокотник или сиденье стула.	Обеспечение безопасности пациента, правильной биомеханики тела выполняющего.
11. Опустить пациента на стул, сгибая колени и локоть.	Разговаривайте между собой, чтобы убедиться, что вы опускаете пациента

	на стул одновременно. Убедиться, что стул не наклоняется назад (один из выполняющих может придерживать спинку стула).
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убедиться, что пациент сидит удобно и комфортно.	
2. Вымыть и высушить руки.	

3.6 Удерживание пациента методом «захват при поднятом локте».

Показания: поддержка и перемещение пациента, способного оказать помощь.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1.Объяснить пациенту цель и ход процедуры и получить его согласие.	
2.Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	
3. Оценить окружающую обстановку, убедиться, что нет вспомогательных средств.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1.Встать сбоку от пациента, сидящего на стуле (низкой кровати), лицом к нему.	Соблюдаются требования по безопасности пациента и выполняющего.
2.Поставить одну ногу рядом со стулом, другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя своей ногой его колени.	Убедитесь, что вы выбрали лучший способ удерживания пациента и у вас есть возможность свободно перемещать вашу массу тела о одной ноги на другую, и вы стоите удобно.
3.Попросить пациента помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы его плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралось в ваше туловище.	Убедитесь, что пациент уверен в ваших действиях и спокоен.
4.Наклониться слегка вперед через спину пациента и крепко охватить его за локти, как бы поддерживая их снизу.	Зафиксировать туловище пациента.
5. Расположить свое плечо так, чтобы дальше от вас плечо пациента упиралось в вашу руку	Зажмите в «замок» дальше от вас плечо пациента. Это обеспечит надежную фиксацию туловища пациента при перемещении с целью его безопасности, не будет давления на голову и шею пациента.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1.Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и ютов к дальнейшему перемещению.	Пациент должен убедиться в своей безопасности, ощутить значимость своей помощи.
2.Переместить в нужное место.	
3.Вымыть и высушить руки.	

3.7 Удержание пациента методом «подмышечный захват».

Показания: поддержка и перемещение пациента, способного оказать содействие.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом.	
2. Оценить состояние пациента и возможность помощи с его стороны.	Обеспечить активное участие пациента в перемещении.
3. Оценить окружающую обстановку.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Встать сбоку лицом к сидящему пациенту.	
2. Поставить одну ногу рядом, а другую, слегка развернув стопу, - впереди ног пациента, фиксируя его колени.	Фиксация коленей обеспечит безопасность пациента, снизит риск падения.
3. Просунуть одну, дальнюю, кисть в подмышечные впадины пациента.	Дальнюю кисть – в направлении спереди назад, ладонью вверх, большой палец – вне подмышечной впадины. Просовывайте кисти как можно дальше.
4. Просунуть другую кисть – в направлении сзади и кпереди, ладонью вверх.	Большой палец находится снаружи, вне подмышечной впадины.
5. Убедиться, что у вас есть возможность свободно перемещать массу вашего тела с одной ноги на другую и вы стоите удобно.	
6. Попросить пациента помочь ему наклонить вперед от бедра так, чтобы его плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралось в ваше туловище.	Убедиться, что пациент уверен в ваших действиях и спокоен.
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Вымыть и высушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.

3.8 Размещение пациента в положении Фаулера.

Может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Показания: риск развития пролежней, необходимость физиологических отравлений в постели, вынужденное положение пациента.

Подготовка к процедуре:

- 1.Объяснить цель и ход размещения, получить согласие.
- 2.Подготовить необходимое оснащение: подушки, валики из одеял, упор для ног.
- 3.Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати (если они есть).

Выполнение процедуры:

- 1.Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится выполняющий процедуру.
- 2.Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, и убрать подушку.
- 3.Поднять изголовье кровати под углом 45-60 градусов (90 градусов – высокое фаулерово положение, 30 градусов – низкое фаулерово положение) или подложить три подушки: человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.
4. Подложить подушку или сложенное одеяло под голени пациента.
- 5.Положить под предплечье и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками).

Примечание: предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.

- 6.Подложить пациенту под поясницу подушку.
- 7.Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.
- 8.Подложить небольшую подушку пациента под пятки.
- 9.Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90 градусов (если необходимо).

Окончание процедуры:

- 1.Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
- 2.Вымыть и высушить руки.

3.9 Размещение пациента в положение Симса.

Может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Это положение является промежуточным между положением на животе и на боку: пациент может помочь линии, частично. Размещение выполняется двумя выполняющими процедуру.

Показания: вынужденное, пассивное положение, риск развития пролежней.

Подготовка к процедуре

- 1.Объяснить цель и ход размещения, получить согласие.
- 2.Подготовить необходимое оснащение: 2 подушно, валик, упор для ног (мешочек с песком).
- 3.Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.

Выполнение процедуры

- 1.Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится выполняющий.
- 2.Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, и убрать подушки.
- 3.Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение.
- 4.Переместить пациента к краю кровати.
- 5.Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на живот.
- 6.Подложить подушку под голову пациента.
- 7.Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.
- 8.Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.
9. У подошвы стопы положить мешочек с песком.

Окончание процедуры

- 1.Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню и подкладную пеленку.
- 2.Поднять поручни.
- 3.Вымыть и высушить руки.

4. Личная гигиена пациента:

4.1 Положение пациента в постели. Режим активности (двигательный режим). Пользование функциональной кроватью. Смена постельного белья продольным способом. Смена постельного белья поперечным способом. Смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (смена рубашки, смена нижнего белья).

Положение пациента в постели.

При заболеваниях пациент принимает различные положения в постели. Различают:

- 1) **активное положение** — пациент легко и свободно выполняет произвольные (активные) движения;
- 2) **пассивное положение** — пациент не может выполнить произвольные движения, сохраняет то положение, которое ему придали (например, при потере сознания, или ему запретил врач их выполнять, например, в первые часы после инфаркта);
- 3) **вынужденное положение** — пациент принимает сам с целью уменьшения (снижения уровня) боли и других онтологических симптомов.

Положение пациента в постели не всегда совпадает с назначенным ему врачом двигательным режимом.

Режим активности (двигательный режим).

1. **Общий (свободный)** — пациент пребывает в отделении без ограничения двигательной активности в пределах стационара и территории больницы. Разрешается свободная ходьба по коридору, подъем по лестнице, прогулка по территории больницы.
2. **Палатный** — пациент много времени проводит в постели, разрешается свободная ходьба по палате. Все мероприятия по личной гигиене осуществляются в пределах палаты.
3. **Полупостельный** — пациент все время проводит в постели, может садиться на край постели или стул для приема пищи, проведения утреннего туалета и может ходить в туалет в сопровождении.
4. **Постельный** — пациент не покидает постели, может сидеть, поворачиваться. Все мероприятия по личной гигиене осуществляются в постели.
5. **Строгий постельный** — пациенту категорически запрещаются активные движения в постели, даже поворачиваться с боку на бок.

Пользование функциональной кроватью.

Функциональная кровать представляет собой специальное устройство, состоящее из нескольких секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки управления. Головной и ножной концы кровати быстро переводятся в нужное положение.

Эти кровати могут иметь специальные вмонтированный приспособления: прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения индивидуального подкладного судна и мочеприемника.

Пользование функциональной кроватью осуществляется выполняющим с целью обеспечения тяжелобольному удобного положения и двигательного режима.

Смена постельного и нательного белья.

Сменить постельное белье можно двумя способами.

Первый способ применяют в случае соблюдения пациентом постельного режима при условии разрешения поворачиваться в постели.

Второй способ применяют в случае соблюдения строгого постельного режима при условии запрещения пациенту выполнять активные движения в постели.

Осуществляя уход за пациентами, находящимися на строгом постельном режиме, при необходимости опорожнить кишечник и мочевой пузырь в постель подаются судно и мочеприемник, женщины при мочеиспускании чаще пользуются судном. Применяются металлические с эмалированным покрытием, пластмассовые или резиновые судна. При подаче судна соблюдаются правила инфекционной безопасности, обеспечиваются конфиденциальность во время мочеиспускания и дефекации, а также независимость пациента и соблюдается личная гигиена.

Смена постельного белья продольным способом (выполняется одним выполняющим)

Цель: смена постельного белья пациентам, находящимся на постельном режиме.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простынь, пододеяльник, клеенка, пеленка); перчатки; клеенчатый мешок для использованного постельного белья.

Обязательное условие: соблюдение инфекционной безопасности, правильной биомеханики тела пациента и выполняющего при перемещении пациента в постели.

Подготовка к процедуре

- 1.Объяснить пациенту ход процедуры, получить согласие.
- 2.Приготовить комплект чистого белья: простыню свернуть по длине в рулон (при необходимости — свернуть подкладную клеенку и пеленку).
- 3.Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.
- 4.Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (если позволяет состояние пациента).
- 5.Убедиться, что в постели нет мелких вещей пациента (обнаружив их, убрать, оповестив об этом пациента).

Примечание: при пользовании функциональной кроватью необходимо поднять кровать до необходимого уровня, обеспечивающего безопасность сестры при поднятии тяжестей.

Выполнение процедуры

Первый способ: пациент соблюдает постельный режим.

1. Стать со стороны кровати, опустить поручни.
2. Снять пододеяльник с одеяла, временно укрыть пациента чистым пододеяльником, одеяло сложить и повесить на спинку стула (убедитесь, что чистые постельные принадлежности, приготовленные вами, находятся рядом).
3. Обойти кровать, встать с противоположной стороны, освободить края простыни из-под матраца.
4. Повернуть пациента на бок по направлению к себе.
5. Поднять боковой поручень (пациент может удерживать себя в положении на боку, держась за поручень).
6. Вернуться на противоположную сторону кровати, освободить края простыни из-под матраца с этой стороны
7. Приподнять голову пациента и поправить подушку.

Примечание: если есть дренажные трубки — убедитесь, что они не перегнуты.

8. Скатать в рулон грязную простыню по направлению к спине пациента и подсунуть этот рулон ему под спину (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простыней в рулон).

Примечание: если кожа пациента сильно загрязнена (выделениями, кровью), провести влажное обтирание кожи.

9. Застелить край кровати чистой простыней, свернутой в рулон, раскатать рулон по длине к спине пациента и подсунуть его ему под спину.
 10. Помочь пациенту «перекатиться» через эти простыни по направлению к вам, убедитесь, что он лежит комфортно и дренажные трубки не перекручены.
 11. Поднять другой боковой поручень.
 12. Вернуться на противоположную сторону кровати, опустить поручень.
 13. Убрать грязную простынь, свертывая ее в рулон, одновременно раскатывая чистую простыню.
 14. Заправить чистую простыню под матрац в изголовье кровати, используя метод «скашивания угла», затем расправить верхнюю треть простыни, располагая руки ладонями вверх.
 15. Убрать грязное белье в клеенчатый мешок.
 16. Расправить чистую простыню (при необходимости к пеленку с пеленкой, убедиться, что пеленка закрывает края клеенки).
 17. Помочь пациенту повернуться на спину и лечь посередине постели.
 18. Вдеть одеяло в чистый пододеяльник, которым был укрыт пациент.
- Примечание:** положить одеяло поверх пододеяльника. Попросить пациента придерживать верхний край пододеяльника, вдеть в него и расправить одеяло так, чтобы оно одинаково свисало с обеих сторон кровати.
19. Заправить края одеяла под матрац.

20. Сменить наволочку обычным способом, убрав подушку из-под головы пациента.

21. Приподнять голову и плечи пациента и подложить подушку.

22. Поднять боковой поручень кровати.

Окончание процедуры

1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и осушить руки.

2. Убедиться, что пациент лежит удобно.

Смена постельного белья поперечным способом (выполняется двумя выполняющими)

Цель: смена постельного белья пациентам, находящимся на строгом постельном режиме или в бессознательном состоянии.

Оснащение: комплект чистого белья (наволочка, простыни, пододеяльник, клеенка, пеленка); перчатки; клеенчатый мешок для использованного постельного белья.

Обязательное условие: соблюдение инфекционной безопасности, правильной биомеханики тела пациента и мед сестры при перемещении пациента в постели.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход процедуры, получить согласие.

2. Приготовить комплект чистого белья: простынь свернуть по ширине в рулон (при необходимости свернуть подкладную клеенку и пеленку).

3. Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.

4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (если позволяет состояние пациента).

Примечание: при пользовании функциональной кроватью необходимо поднять кровать до необходимого уровня, обеспечивающего безопасность сестры при поднятии тяжестей.

Выполнение процедуры

1. Стать со стороны кровати, опустить поручни.

2. Снять пододеяльник с одеяла, временно укрыть пациента чистым пододеяльником, одеяло сложить и повесить на спинку стула (убедитесь, что чистые постельные принадлежности, приготовленные вами, находятся рядом).

3. Обойти кровать, встать с противоположной стороны, освободить края простыни из-под матраца.

4. Поднять боковой поручень.

5. Вернуться на противоположную сторону кровати, освободить края простыни из-под матраца с этой стороны.

Примечание: если есть дренажные трубки — убедитесь, что они не перегнуты.

6. Подвести руки одного выполняющего, держа их ладонями вверх, под голову и плечи пациента, приподнять над постелью.

7. Другой выполняющий скатывает в рулон грязную простыню по направлению к пояснице пациента (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простыней в рулон).

Примечание: если кожа пациента сильно загрязнена (выделениями, кровью), провести влажное обтирание кожи.

8. Одновременно застелить край кровати чистой простыней, свернутой в рулон, раскатать рулон по ширине к пояснице пациента.

9. Уложить пациента на кровать.

10. Подвести руки одной медсестры, держа их ладонями вверх, под таз и бедра пациента, приподнять их над постелью.

11. Другой медсестре раскатать рулон с чистой простыней, а грязную простыню одновременно скатать по направлению к ступням ног пациента (если есть клеенка с пеленкой — скатать их вместе с простыней в рулон).

12. Опустить таз и бедра пациента на чистую, расправленную простыню, а грязную простыню убрать в клеенчатый мешок для грязного белья.

13. Вернуться на противоположную сторону кровати, опустить поручень.

14. Заправить чистую простыню под матрац (при необходимости — клеенку с пеленкой, убедиться, что пеленка закрывает края клеенки).

15. Убедиться, что пациент лежит посередине постели.

16. Вдеть одеяло в чистый пододеяльник, которым был укрыт пациент.

Примечание: положить одеяло поверх пододеяльника. Одному выполняющему придержать верхний край пододеяльника, другому — вдеть в него и расправить одеяло так, чтобы оно одинаково свисало с обеих сторон кровати.

17. Заправить края одеяла под матрац.

18. Сменить наволочку обычным способом, убрав подушку из-под головы пациента.

19. Приподнять голову и плечи пациента и подложить подушку.

20. Поднять боковой поручень кровати.

Окончание процедуры

1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.

2. Убедиться, что пациент лежит удобно, в физиологическом положении.

Смена нательного белья пациенту с поврежденной рукой (выполняется двумя выполняющими или одним выполняющим).

Смена рубашки

Цель: оказать помощь пациенту с поврежденной рукой.

Оснащение: чистая рубашка, брюки, нижнее белье, клеенчатый мешок для грязного белья.

Обязательное условие: обеспечивается инфекционная безопасность, соблюдается правильная биомеханика тела пациента и выполняющих.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить пациенту (если это возможно) ход процедуры, получить согласие.

2. Приготовить чистую рубашку.

3. Надеть перчатки, поставить рядом мешок для грязного белья.

Выполнение процедуры

Одному выполняющему:

1. Поднять голову и плечи пациенту, помочь ему сесть (при необходимости — придержать его в положении сидя).

Другому выполняющему:

2. Скатать рубашку со спины и снять ее через голову (если пациент не может поднять руки).

3. Снять рукав рубашки со здоровой, затем — с больной руки.

4. Положить грязную рубашку в мешок для грязного белья.

5. Надеть чистую рубашку сначала на больную, затем — на здоровую руку.

6. Надеть рубашку на голову пациента, наклоняя ее вперед (лучше использовать рубашку-распашонку).

Смена нижнего белья (брюк)

1. Попросить пациента расстегнуть здоровой рукой пояс и молнию (пуговицы) на брюках (если пациент может это сделать самостоятельно) или расстегните сами.

2. Попросить пациента лежа на спине приподнять таз или предложите ему повернуться на бок.

3. Спустить брюки на свободной стороне.

4. Повернуть пациента на другой бок и спустить брюки с другой части тела и другого бедра.

5. Повернуть пациента на спину.

6. Помочь пациенту надеть брюки: повернуть пациента набок, надеть брюки на одно бедро и одну часть ягодицы, повернуть пациента на другой бок, надеть брюки на другое бедро и другую часть ягодицы.

7. Помочь пациенту удобно лечь на спину, убрать простыню.

Окончание процедуры

1. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.

2. Убедиться, что пациент лежит удобно.

4.2 Подача судна. Уход за кожей и влажное обтирание пациента. Подмывание тяжелобольного (подмывание мужчин и женщин).

Подача судна.

Оснащение: судно, 2 маркированные клеенки — «для суден» и «подкладная клеенка», пеленка, ширма, туалетная бумага, 2 пары перчаток, регламентированный дезинфицирующий раствор в емкостях, маркировка которых соответственно «дезинфекция перчаток», «дезинфекция клеенок», «дезинфекция суден».

Выполнение процедуры:

1. По требованию пациента обеспечить удобное положение в постели.
2. Подстелить клеенку с пеленкой под таз пациента.
3. Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем небольшое количество воды.
4. Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
5. Надеть перчатки.
6. Подставить судно под таз на клеенку (пеленку отодвинуть к промежности).
7. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.
8. Снять перчатки, сбросить в дезинфицирующий раствор.
9. Договориться с пациентом о способах связи.
10. Поправить постель, укрыть пациента одеялом.
11. Получить вызов от пациента.
12. Надеть перчатки.
13. Убрать судно, накрыть клеенкой, поставить в специально отведенное место (рядом с постелью).
14. Убрать клеенку с пеленкой, расправить постельное белье.
15. Уложить пациента в удобное положение, укрыть одеялом.
16. Вынести клеенки, судно, вылить содержимое судна в канализацию, ополоснуть, погрузить в дезинфицирующие растворы (в отдельные емкости).
17. Снять перчатки, сбросить в емкость для дезинфекции.
18. Вымыть руки пациенту, высушить.
19. Вымыть руки выполняющего, высушить.

Уход за кожей и влажное обтирание пациента.

Цель: поддержание чистоты кожи, ее нормальное функционирование.

Оснащение: клеенка, пеленка, почкообразный лоток теплая вода, 6% столовый уксус или спирт, большая салфетка или полотенце, сменное нательное и постельное белье, ножницы, перчатки.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Проводить ежедневно утренний и вечерний туалет.	Умывание, подмывание, мытье рук перед едой и после туалета.
2. Ежедневно мыть и протирать	К местам образования опрелостей

насухо места образования опрелостей.	относятся: подмышечные и паховые области, складки кожи под грудными железами и на животе, у тучных людей и другие складки.
3.Принимать ванну или душ не реже 1 раза в неделю.	Если пациент неподвижен или есть противопоказания, необходимо провести влажное обтирание.
4.Подстелить под пациента клеенку с пеленкой для влажного обтирания.	
5.Налить в лоток теплую воду.	Можно добавить столовую ложку столового уксуса и спирта на 1 литр воды.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1.Обнажить верхнюю часть тела пациента.	
2.Смочить салфетку или часть полотенца, слегка отжав ее.	
3.Протереть пациента в следующей последовательности: лицо, шею, руки, спину, грудь.	
4.Вытереть сухим концом полотенца тело пациента в той же последовательности и прикрыть простыней.	
5.Обтереть таким же образом живот, бедра, ноги.	При необходимости подстричь ногти на руках и ногах.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1.Сменить нательное и постельное белье.	При загрязнении.
2.Убедиться, что пациент лежит комфортно.	
3.Провести дезинфекцию используемых предметов.	Согласно действующим приказом.

Подмывание тяжелобольного (подмывание мужчин и женщин).

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика восходящей инфекции мочевыводящих путей.

Оснащение: стерильные: лоток, корнцанг, салфетки, клеенка, пеленка, мыло, судно, кувшин или кружка Эсмарха с водой (температура воды 35—38 °С), перчатки.

Подмывание женщины

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
1. Установить доброжелательные, конфиденциальные отношения.	Если пациентка самостоятельно может выполнить процедуру, предложить ей это сделать. Оставить ее наедине.
2. Подстелить клеенку и пеленку под таз пациентке, поставить судно под ее крестец на клеенку.	Укрыть женщину простыней так, чтобы один угол был на груди, другие - прикрывали туловище.
3. Помочь согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны.	
4. Встать справа от пациентки.	
5. Приготовить мыльный раствор.	Сделать стружку из куска хозяйственного мыла, взбить пену в воде.
6. Взять резиновую трубку от кружки Эсмарха или кувшин в левую руку, а корнцанг со смоченной в мыльном растворе марлевой салфеткой, в правую руку.	В домашних условиях можно сделать из махровой ткани «рукавичку» и использовать вместо корнцанга и марлевых салфеток.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Обработать наружные половые органы и промежность в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область анального прохода.	Менять салфетки необходимо так же последовательно, как и обработку. Нельзя использовать грязную салфетку для повторной обработки. Использованные салфетки сбросить в лоток для дезинфекции.
2. Раздвинуть половые губы одной рукой и вымыть одну половую губу, сменить салфетки.	
3. Вымыть промежность в направлении от лобка к анальному отверстию.	
4. Ополоснуть промежность пациентки в той же последовательности, как и мытье.	Вытереть кожу насухо в той же последовательности и направлении, меняя салфетки.
5. Вымыть, ополоснуть и тщательно осушить промежность и область анального отверстия пациентки.	
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Убрать судно, клеенку, снять перчатки.	Для последующей дезинфекции.
2. Расправить постельное белье, укрыть пациентку.	Сменить белье при необходимости.

3. Вымыть, осушить руки.	
--------------------------	--

Подмывание мужчины

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
Подготовка к процедуре такая же, как и у женщины.	
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Взять одной рукой половой член, оттянуть крайнюю плоть.	Если мужчине не было сделано обрезание.
2. Вымыть головку полового члена круговыми движениями в направлении от мочеиспускательного канала к области лобка, осушить	Менять салфетки так же, как при выполнении процедуры у женщины. Удобнее пользоваться ватными тампонами вместо салфеток.
3. Вернуть крайнюю плоть в естественное положение.	
4. Тщательно обработать, ополоснуть и высушить остальную часть полового члена, кожу мошонки, анального отверстия.	Область анального отверстия удобнее вымыть пациенту в положении на левом боку, с согнутыми в коленях ногами.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
Окончание процедуры такое же, как у женщины.	

4.3 Профилактика пролежней. Уход и профилактика пролежней.

Пролежень — это глубокие поражения кожи и мягких тканей вплоть до их омертвения в результате длительного сдавливания. К предрасполагающим факторам относятся нарушения местного кровообращения, иннервации и питания тканей. Пролежни могут образовываться везде, где есть костные выступы. При положении пациента на спине это — крестец, пятки, лопатки, иногда затылок и локти. При положении сидя это — седалищные бугры, стопы ног, лопатки. При положении лежа на животе это — ребра, копенки, пальцы ног с тыльной стороны, гребни подвздошных костей.

Установлены три основных фактора, приводящих к образованию пролежней: давление, «срезающая» сила и трение.

Давление — под действием собственного веса тела происходит сдавление тканей относительно поверхности, на которую опирается человек. При сдавлении тканей диаметр сосудов уменьшается, в результате ишемии наступает голодание тканей. При полном сдавлении в течение двух часов образуется некроз. Сдавление уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок, одежды.

«Срезающая сила» — разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается смещением тканей относительно опорной поверхности. Микроциркуляция в нижележащих тканях нарушается, а ткань погибает от кислородной недостаточности. Смещение происходит, когда пациент «съезжает» по постели вниз или подтягивается к ее изголовью.

Трение — является компонентом «срезающей» силы, оно вызывает отслойку рогового слоя кожи и приводит к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены такому воздействию пациенты с недержанием мочи, усиленным потоотделением, во влажном и не впитывающем влагу нательном белье, а также располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях.

Признаками пролежней является появление бледного участка кожи, затем синюшно-красного цвета без четких границ, затем слущивается эпидермис, образуются пузыри. Далее происходит некроз тканей, распространяющийся в глубь тканей и в стороны. Лечение проводится в соответствии со степенью поражения тканей.

Степень I — ограничена эпидермальными и кожными слоями. Кожный покров не нарушен. Наблюдается устойчивая гиперемия с синюшно-красными пятнами, не проходящая после прекращения давления. Лечение консервативное.

Степень II — неглубокие поверхностные нарушения целостности кожных покровов, распространяющиеся на подкожный жировой слой. Сохраняется стойкая гиперемия с синюшно-красными пятнами. Происходит отслойка эпидермиса. Лечение консервативное.

Степень III — полное разрушение кожного покрова во всю его толщину до мышечного слоя с проникновением в саму мышцу.

Степень IV — поражение всех мягких тканей. Образование полости с повреждением в ней нижележащих тканей (сухожилия, вплоть до кости). Третья и четвертая степени пролежней лечатся у врача-хирурга.

Уход и профилактика пролежней

Цель: предупреждение образования пролежней.

Оснащение: стерильные: лоток, салфетки, ватные тампоны, пинцеты; стеклянная банка для 10% раствора камфорного спирта или 40% раствора этилового спирта; нательное и постельное белье, поролоновые круги в наволочке, поролоновые ватно-марлевые кольца.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЕ
1. Организовать постель, матрац, вспомогательные средства, питание, питье.	Учитывать не только физиологические, но и социальные, психоэмоциональные потребности пациента.
2. Проводить текущую оценку состояния кожных покровов не менее 1 раза в день (утром).	
3. Изменять положение пациента каждые два часа, приподнимая его над постелью, укладывая поочередно на правый или левый бок, живот.	Виды положения и их чередование зависят от заболевания и состояния пациента и определяются врачом.
4. Осматривать ежедневно кожу в местах возможного образования пролежней: крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренних поверхностей коленных суставов.	При обнаружении побледневших и покрасневших участков кожи необходимо вызвать врача и немедленно начать профилактические и лечебные мероприятия.
5. Ежедневно обмывать места возможного образования пролежней 2 раза в сутки (утром и вечером) теплой водой с нейтральным мылом: -вытирать насухо полотенцем; -обработать салфеткой, смоченной в теплом камфорном спирте или этиловом спирте (40%); -нанести защитный крем; -растирать мягкие ткани в местах возможного образования пролежней приемами массажа.	Делать промокательные движения, вытирая полотенцем насухо. Не делать массаж в области выступающих костных участков.
6. Стряхивать крошки с простыни после кормления.	
7. Устранять неровности, устранять	Это необходимо делать каждые

складки на постельном и нательном белье.	2 часа.		
8.Определять количество и качество употребляемой пищи. В пище должно содержаться не менее 120 граммов белка.	В пище должно содержаться не менее 120 граммов белка.		
9.Обеспечить адекватное употребление жидкости в сутки, не менее 1,5 л.	С 9. 00 - 13. 00 - 700 мл жидкости; С 13. 00-18. 00 - 500 мл; С 18.00 - 22. 00 - 300 мл.		
10. Использовать поролоновый круг в наволочке под крестец пациента и поролоновые круги под локти и пятки пациента, противопролежневый матрац.	Они исключают давление на кожу.		
11.Поощрять пациента изменять положение в постели с помощью перекладин и других приспособлений.			
12.При недержании мочи: менять памперсы каждые 4 часа.	Для мужчин — используйте мочеприемники.		
13.При недержании кала: менять памперсы немедленно с последующим подмыванием.	См. выше «Подмывание пациента».		
14.Поощрять активность пациента, если он может ходить.			
15.Использовать перчатки при выполнении любых процедуры.	Это обеспечит инфекционную безопасность.		

4.4 Уход за полостью рта. Уход за полостью пациента, находящегося в бессознательном состоянии. Уход за вставными зубными протезами.

Цель: предупреждение развития воспалительных и гнилостных процессов в полости рта.

Оснащение: стерильно: лотки, 2 пинцета, салфетки, 2 шпателя, грушевидный баллончик или шприц Жане, мензурка; вазелин, флакон с антисептическим раствором (раствор фурациллина 1:5000), 1% раствор бриллиантовой зелени; полотенце, стакан с водой, лоток для использованного материала, емкость с дезинфицирующим раствором.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
Если пациент в сознании, но беспомощен: 1. Рекомендуются регулярно, не реже двух раз в день, чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи.	Пациент должен проявлять активное участие в процедуре.
2. Налить в мензурку антисептический раствор.	Тяжелобольным следует 2 раза в день обрабатывать полость рта и зубы антисептическим раствором.
3. Помочь пациенту повернуть голову на бок, шею и грудь накрыть клеенкой, полотенцем, под подбородок поставить лоток.	Голова повернута к выполняющему.
4. Попросить пациента придерживать лоток.	Снять зубные протезы, если они есть.
5. Отодвинуть шпателем щеку пациента и пинцетом с марлевым шариком, смоченным в антисептическом растворе, обработать с наружной стороны каждый зуб, начиная обработку от десны.	Обработку начинают от коренных зубов к резцам, слева, затем справа в той же последовательности, меняя марлевые шарики.
6. Попросить пациента открыть рот.	
7. Обработать каждый зуб от десны с внутренней стороны, начиная от коренных зубов к резцам.	Обрабатывают в той же последовательности, меняя марлевые шарики.
8. Сменить марлевый шарик, смочить в антисептическом растворе.	
9. Обработать язык тяжелобольного: -взять левой рукой стерильной марлевой салфеткой кончик языка и	Можно очистить язык с помощью зубной щетки.

вытянуть его изо рта; -обернуть стерильный шпатель стерильной салфеткой, смочить в антисептическом растворе; -снять этим шпателем налет с языка в направлении от корня языка к кончику.	
10. Оросить рот пациента или помочь прополоскать рот.	
11. Взять стерильный пинцет с салфеткой.	
12. Обработать небо, внутренние поверхности щек, десны, область под языком.	Менять салфетку необходимо каждый раз, как только она покроется слизью или липкой слюной.
13. Сбросить пинцет в лоток.	Лоток для использованного материала.
14. Помочь пациенту прополоскать рот или провести орошение с помощью грушевидного баллончика: оттянуть шпателем угол рта и поочередно промыть левое, а затем - правое зашеечное пространство струей раствора под умеренным давлением.	Держать лоток у подбородка тяжелобольного, при необходимости вытереть подбородок насухо.
ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Вытереть кожу вокруг рта сухой салфеткой, смазать губы вазелином.	При наличии трещин обработать 1% раствором бриллиантовой зелени.
2. Почистить зубные протезы, если они есть, помочь пациенту вновь надеть их.	Зубные протезы почистить зубной щеткой и пастой, держа их над раковиной. Можно хранить зубные протезы в стакане с водой при полном погружении.
3. Проздезинфицировать инструменты и марлевые салфетки снять перчатки и положить в емкость для дезинфекции.	Дезинфекция проводится согласно действующим приказам.

Уход за полостью пациента, находящегося в бессознательном состоянии.

Цель: профилактика стоматита, кариеса, пародонтита.

Оснащение: стерильные — лоток, 2 шпателя, салфетки, роторасширитель; стакан с раствором для полоскания, два полотенца, перчатки — 2 пары, лейкопластырь, ножницы, чистый лоток, зубная щетка, вазелин или крем для губ, чашка, бумажная салфетка, емкость для дезинфекции перчаток.

Подготовка к процедуре

1. Вымыть и высушить руки.
2. Налить в чашку антисептический раствор для обработки полости рта.
3. Намотать на шпатель салфетку и закрепить ее лейкопластырем.
4. Сесть напротив пациента, повернуть его голову к себе так, чтобы лицо находилось на краю подушки.
5. Поднять голову пациента и расстелить полотенце под ней.
6. Накрыть грудь пациента и шею другим полотенцем, подставить лоток под подбородок.
7. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

1. Бережно открыть рот пациента, убедиться, что нет протезов.
2. Ввести между верхними и нижними зубами первый и третий пальцы одной руки.
3. Нажать этими пальцами на верхние и нижние зубы, раскрывая рот пациента шире, поставить между зубами шпатель или роторасширитель.

Примечание: не допустить повреждения зубов при открывании рта. Обеспечить возможность проведения процедуры.

4. Намотать на указательный палец салфетку, придерживая ее большим пальцем, надежно зафиксировать ее и смочить в антисептическом растворе.
5. Обработать салфеткой, зафиксированной на указательном пальце, небо, внутреннюю поверхность щек, зубы, десны, язык и пространство под языком, затем губы.

Примечание: менять салфетки по мере их загрязнения слюной, налетом, липкой слюной. Сбрасывать использованные салфетки в дезинфицирующий раствор. Можно использовать мягкую щетку (без пасты!) для чистки зубов.

6. Нанести на губы вазелин или другой крем для губ.

Окончание процедуры

1. Убрать использованные предметы.
2. Снять перчатки и сбросить их в дезинфицирующий раствор.
3. Уложить пациента в удобное положение.
4. Вымыть руки, высушить.

Уход за вставными зубными протезами.

Цель: предупреждение воспаления десен и слизистой оболочки полости рта при пользовании зубными протезами.

Оснащение: такое же, как при уходе за полостью рта, и специальное: салфетки для снятия протеза, большая салфетка, чашка для протезов, зубная щетка, паста, почкообразный лоток, бумажная салфетка, емкость для дезинфекции перчаток.

Обязательное условие: процедура проводится при каждом уходе за полостью рта.

Подготовка к процедуре

Попросить пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку.

Примечание: если пациент не может самостоятельно снять протезы, то необходимо взять салфетку и большим и указательным пальцами крепко взяться за зубной протез, колебательными движениями осторожно снять протезы и положить их в чашку.

Выполнение процедуры

- 1.Поднести к раковине чашку с зубными протезами, зубную щетку, пасту, большую салфетку, полотенце.
- 2.Положить большую салфетку на дно раковины.
- 3.Открыть водопроводный кран, пользуясь бумажной салфеткой.
- 4.Смочить зубную щетку прохладной водой, нанести на нее зубную пасту, тщательно почистить зубные протезы щеткой, держа их в руках над раковиной, направляя щетку от себя.
- 5.Провести полоскание зубных протезов под проточной водой.
- 6.Ополоснуть чашку для зубных протезов.
- 7.Положить протезы в чашку.

Примечание: в ночное время протезы находятся в чашке.

Окончание процедуры

- 1.Закрыть водопроводный кран, пользуясь бумажной салфеткой.
- 2.Помочь пациенту надеть зубные протезы.

Примечание: если пациент предпочитает не надевать их в настоящий момент — оставить протезы в чашке и налить в нее столько воды, чтобы она полностью покрыла протезы.

- 3.Снять перчатки, сбросить их в емкость для дезинфекции, вымыть и высушить руки.

Уход за глазами.

Показания: тяжелое состояние пациента.

Оснащение (стерильно): лоток, пинцет, марлевые шарики, ундинки, баночки определенной формы для промывания глаз, раствор фурацилина 1:2000, вазелиновое масло, мензурки, физиологический раствор, пипетки, перчатки, емкости с дезинфицирующими растворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или его родственниками).	
2. Объяснить пациенту цель процедуры, получить его согласие (или его родственников), объяснить последовательность действий.	
3. Осмотреть глаза, оценить состояние.	

4.Вымыть руки, надеть перчатки.	Соблюдение безопасности.	инфекционной
5. Приготовить оснащение.	Для обеспечения четкости в работе.	
6.Налить в одну мензурку стерильное вазелиновое масло, в другую — раствор фурацилина.	Соблюдается асептика	
7.Смочить шарик с помощью пинцета в вазелиновом масле, слегка отжав его о стенки мензурки.		
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ		
1.Взять шарик в правую руку и протереть одно веко по направлению от наружного угла глаза к внутреннему.	Обеспечивается размягчение и отслойка гнойных корочек.	
2. Протереть веко сухим шариком в том же направлении.	Обеспечивается удаление отслоившихся корочек.	
3.Смочить шарик в растворе фурацилина таким же образом и повторить протирание в том же направлении.	Обеспечивается обработка глаз антисептическими средствами.	
4. Повторить протирание 4-5 раз разными шариками.	Соблюдается безопасность.	инфекционная
5.При наличии гнойных выделений в углах глаз: а)промыть конъюнктивальную полость физиологическим раствором, раздвигая веки указательным и большим пальцами левой руки, а правой рукой провести орошение конъюнктивального мешка с помощью пипетки; б)протереть веко сухим шариком в том же направлении; в)обработать второй глаз таким же способом.	Обеспечивается обработка конъюнктивальной полости.	
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ		
1.Поместить отработанные шарик, пинцет, мензурки, пипетки в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечивается безопасность.	инфекционная
2.Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.		
3. Вымыть руки, осушить.		

Уход за носом

У тяжелобольного на слизистой оболочке носа скапливается большое количество слизи и пыли, что затрудняет дыхание и отягощает состояние пациента. Ослабленные пациенты не могут освобождать носовые ходы самостоятельно, выполняющий процедуру должна ежедневно удалять образовавшиеся корочки.

Цель: предупреждение нарушения носового дыхания.

Показания: тяжелое состояние пациента, наличие выделений из полости носа.

Оснащение (стерильно): лоток, мензурка, пинцет, вазелиновое масло, ватные турунды, перчатки; лоток, емкости с дезинфицирующим раствором.

Обязательное условие: нельзя использовать острые предметы ухода.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или его родственниками).	Обеспечение осознанного участия в совместной работе.
2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий.	Соблюдение права пациента на информацию, осознанного участия в совместной работе.
3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	Соблюдение личной гигиены выполняющего процедуру.
4. Налить в мензурку стерильное вазелиновое масло.	Для размягчения корочек в носовых ходах.
5. Взять турунду пинцетом, смочить в вазелиновом масле, слегка отжать.	Соблюдается инфекционная безопасность.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Переложить турунду в правую руку и ввести вращательными движениями в носовой ход на 1-3 минуты, приподнимая кончик носа пациента левой рукой.	Обеспечивается размягчение корочек в носовых ходах.
2. Извлечь турунду вращательными движениями из носового хода	Обеспечивается удаление корочек из носовых ходов.
3. Обработать другой носовой ход таким же способом.	
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Поместить отработанные турунды, пинцет, мензурку в емкость с дезинфицирующим раствором.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Снять перчатки, продезинфицировать.	Соблюдение личной гигиены.
3. Вымыть руки, осушить.	

Уход за ушами

В наружном слуховом проходе выделяется желтовато-коричневая масса — сера, скопления которой могут образовать серные пробки и послужить причиной снижения слуха. Уход за здоровыми ушами выражается в регулярном мытье их теплой водой с мылом. Ни в коем случае не следует чистить наружный слуховой проход острыми предметами. Так можно повредить барабанную перепонку или стенку слухового прохода. Если образовалась серная пробка, ее удаляют.

Цель: предупреждение снижения слуха из-за скопления серы.

Показания: тяжелое состояние пациента, находящегося на постельном режиме.

Противопоказания: воспалительные процессы в ушной раковине, наружном слуховом проходе.

Оснащение: стерильные: лоток, пинцет, мензурка, ватные турунды, перчатки; 3% раствор перекиси водорода, лоток, емкости с дезинфицирующими растворами.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	
1. Установить доверительные отношения с пациентом (или его родственниками).	
2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий.	
3. Вымыть руки, осушить.	Достигается гигиенический уровень мытья рук.
4. Налить в стерильную мензурку 3%-ный раствор перекиси водорода.	
5. Приготовить емкость с мыльным раствором.	
6. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1. Смочить салфетку в мыльном растворе и протереть ушную раковину, высушить сухой салфеткой.	Обеспечивается гигиена ушной раковины.
2. Взять пинцетом ватную турунду и смочить в 3%-ном растворе перекиси водорода.	Обеспечивается размягчение серы в слуховом проходе.

3.Переложить турунду в правую руку.	
4.Оттянуть левой рукой ушную раковину так, чтобы выровнять слуховой проход.	Обеспечивается доступ в наружный слуховой проход.
5. Ввести турунду вращательными движениями в наружный слуховой проход на глубину не более 1 см на 2-3 минуты.	Является условием процедуры.
6. Извлечь турунду вращательными движениями из наружного слухового прохода.	Обеспечивается удаление выделений и серы из слухового прохода.
7.Обработать другой слуховой проход таким же способом.	
ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ	
1.Поместить отработанные турунды, пинцет, мензурку в емкость с дезинфицирующим раствором.	
2.Снять перчатки, продезинфицировать.	
3. Вымыть руки, осушить.	

Уход за волосами

Пациенты, находящиеся длительное время в постели, нуждаются в постоянном уходе за волосами. Мужчин стригут коротко и раз в неделю моют им голову во время гигиенической ванны. Тем пациентам, которым ванны запрещены, можно вымыть голову в постели. Гораздо сложнее следить за чисткой головы у женщин, имеющих длинные волосы.

Волосы следует расчесывать ежедневно, чтобы удалить пыль и перхоть. Для этого берут частый гребень. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на пряди и медленно расчесывают с концов к корням, стараясь не выдергивать их. Гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и пыль. Мытье головы, стрижка ногтей проводятся 1 раз в 7 дней.

Мытье ног в постели тяжелобольному.

Оснащение: клеенка, таз с теплой водой, индивидуальное мыло, губка, полотенце, ножницы, перчатки.

1. Установить доброжелательные конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Вымыть руки, осушить.
3. Надеть перчатки.
4. Заказать валиком матрац под колени пациента.
5. Подстелить клеенку, поставить таз с теплой водой на сетку.
6. Вымыть в тазу ноги пациенту с помощью индивидуальной губки и мыла.

7. Вытереть ноги индивидуальным полотенцем для ног.
8. Подстричь ногти.
9. Сменить нательное и постельное белье (1 раз в 7-10 дней и при необходимости).
10. Продезенфицировать ножницы.
11. Убрать все предметы для мытья ног.
12. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Раздел 6
**Рабочая программа учебного модуля «Социально-психологический
аспект».**

6.1. Планируемые результаты учебного модуля «Социально-психологический аспект».

- психологические и социальные особенности лиц пожилого и старческого возраста (особенности работы с лицами зрелого возраста).
- способы оказания психологической помощи пожилым людям.
- синдром эмоционального выгорания как профессиональный риск социальной работы, его симптомы.

6.2. Содержание учебного модуля «Социально-психологический аспект».

1. Психологические и социальные особенности лиц пожилого и старческого возраста.
2. Психологические особенности работы с лицами зрелого возраста.
3. Помощь пожилым людям, утратившим семейные связи.
4. Социально-психологическая помощь гражданам, пережившим потерю близких.
5. Синдром эмоционального выгорания у социальных работников: личная деформация под влиянием профессиональных стрессов.
6. Основные группы симптомов синдрома эмоционального выгорания.

6.3.Календарный тематический план учебного модуля «Социально-психологический аспект».

2018 год

Занятие.	Тема занятия.	Дата по плану.		Дата по факту.	
1 занятие	Психологические и социальные особенности лиц пожилого и старческого возраста.	13.02.	28.09.	13.02.	28.09.
		29.03.	12.10.	29.03.	12.10.
		12.04.	17.10.	12.04.	17.10.
		26.04.	26.10.	26.04.	26.10.
		04.05.	02.11.	04.05.	02.11.
		11.05.	08.11.	11.05.	08.11.
		15.05.	07.12.	15.05.	07.12.
		18.05.	14.12.	18.05.	14.12.
		25.05.		25.05.	
		01.06.		01.06.	
		07.06.		07.06.	
		07.09.		07.09.	
		13.02.	28.09.	13.02.	28.09.
		29.03.	12.10.	29.03.	12.10.
12.04.	17.10.	12.04.	17.10.		
26.04.	26.10.	26.04.	26.10.		
04.05.	02.11.	04.05.	02.11.		
11.05.	08.11.	11.05.	08.11.		
15.05.	07.12.	15.05.	07.12.		
18.05.	14.12.	18.05.	14.12.		
25.05.		25.05.			
01.06.		01.06.			
07.06.		07.06.			
07.09.		07.09.			
3 занятие	Помощь пожилым людям, утратившим семейные связи.	13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
		12.04.	12.10.	12.04.	12.10.
		26.04.	17.10.	26.04.	17.10.
		04.05.	26.10.	04.05.	26.10.
		11.05.	02.11.	11.05.	02.11.
		15.05.	08.11.	15.05.	08.11.
		18.05.	07.12.	18.05.	07.12.
		25.05.	14.12.	25.05.	14.12.
		01.06.		01.06.	
		07.06.		07.06.	
		07.09.		07.09.	
		13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
12.04.	12.10.	12.04.	12.10.		
26.04.	17.10.	26.04.	17.10.		
04.05.	26.10.	04.05.	26.10.		
11.05.	02.11.	11.05.	02.11.		
15.05.	08.11.	15.05.	08.11.		
18.05.	07.12.	18.05.	07.12.		
25.05.	14.12.	25.05.	14.12.		
01.06.		01.06.			
07.06.		07.06.			
07.09.		07.09.			
4 занятие	Социально-психологическая помощь гражданам, потерявшим потерю близких.	13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
		12.04.	12.10.	12.04.	12.10.
		26.04.	17.10.	26.04.	17.10.
		04.05.	26.10.	04.05.	26.10.
		11.05.	02.11.	11.05.	02.11.
		15.05.	08.11.	15.05.	08.11.
		18.05.	07.12.	18.05.	07.12.
		25.05.	14.12.	25.05.	14.12.
		01.06.		01.06.	
		07.06.		07.06.	
		07.09.		07.09.	
		13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
12.04.	12.10.	12.04.	12.10.		
26.04.	17.10.	26.04.	17.10.		
04.05.	26.10.	04.05.	26.10.		
11.05.	02.11.	11.05.	02.11.		
15.05.	08.11.	15.05.	08.11.		
18.05.	07.12.	18.05.	07.12.		
25.05.	14.12.	25.05.	14.12.		
01.06.		01.06.			
07.06.		07.06.			
07.09.		07.09.			
5 занятие	Синдром эмоционального выгорания у социальных работников: личная деформация под влиянием профессиональных стрессов.	13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
		12.04.	12.10.	12.04.	12.10.
		26.04.	17.10.	26.04.	17.10.
		04.05.	26.10.	04.05.	26.10.
		11.05.	02.11.	11.05.	02.11.
		15.05.	08.11.	15.05.	08.11.
		18.05.	07.12.	18.05.	07.12.
		25.05.	14.12.	25.05.	14.12.
		01.06.		01.06.	
		07.06.		07.06.	
		07.09.		07.09.	
		13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
12.04.	12.10.	12.04.	12.10.		
26.04.	17.10.	26.04.	17.10.		
04.05.	26.10.	04.05.	26.10.		
11.05.	02.11.	11.05.	02.11.		
15.05.	08.11.	15.05.	08.11.		
18.05.	07.12.	18.05.	07.12.		
25.05.	14.12.	25.05.	14.12.		
01.06.		01.06.			
07.06.		07.06.			
07.09.		07.09.			
6 занятие	Основные группы симптомов эмоционального выгорания.	13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
		12.04.	12.10.	12.04.	12.10.
		26.04.	17.10.	26.04.	17.10.
		04.05.	26.10.	04.05.	26.10.
		11.05.	02.11.	11.05.	02.11.
		15.05.	08.11.	15.05.	08.11.
		18.05.	07.12.	18.05.	07.12.
		25.05.	14.12.	25.05.	14.12.
		01.06.		01.06.	
		07.06.		07.06.	
		07.09.		07.09.	
		13.02.	07.09.	13.02.	07.09.
		29.03.	28.09.	29.03.	28.09.
12.04.	12.10.	12.04.	12.10.		
26.04.	17.10.	26.04.	17.10.		
04.05.	26.10.	04.05.	26.10.		
11.05.	02.11.	11.05.	02.11.		
15.05.	08.11.	15.05.	08.11.		
18.05.	07.12.	18.05.	07.12.		
25.05.	14.12.	25.05.	14.12.		
01.06.		01.06.			
07.06.		07.06.			
07.09.		07.09.			

6.4. Лекционный материал учебного модуля «Социально-психологический аспект».

1. Психологические и социальные особенности лиц пожилого и старческого возраста.

У лиц старшего возраста формируется определенное своеобразие структуры психологического склада за счет ухудшения образного мышления, снижение силы, уравновешенности основных нервных процессов, изменения темпа психомоторных реакций.

Общепринятыми является мнение о заострении черт характера, указывается на консерватизм пожилых, немотивированную обидчивость, эгоцентризм, ипохондричность, ослабление аффективной жизни старых людей, что лишает их красочности и яркости новых впечатлений и составляет основной механизм нарушений психологической адаптации в старческом возрасте.

Изменения в характере пожилого человека объясняется ослабление контроля над своими реакциями. Возможно, что те черты, которые раньше удавалось маскировать, понимая их непривлекательность, вышли на поверхность.

В интеллектуальной сфере появляются трудности в приобретении новых представлений и приспособлении к непредвиденным обстоятельствам. Такими трудностями могут оказаться самые разные обстоятельства, в том числе и те, которые сравнительно легко преодолевались в молодые годы (переезд на новую квартиру, болезнь, собственная или кого-то из близких), и тем более прежде не встречавшиеся (смерть супруга).

В эмоциональной сфере – неконтролируемое усиление аффективных реакций со склонностью к грусти, к слезливости.

В моральной сфере – отказ от адаптации к новым нормам, ценностям, манерам поведения.

Отечественный ученый В.В.Болтенко выделил ряд этапов психологического старения, которые, собственно, не зависят от паспортного возраста.

На первом этапе сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию. Как правило, этот вид деятельности был непосредственно связан с его профессией. Это чаще всего люди интеллектуального труда (ученые, артисты, учителя, врачи). Если же эта связь обрывается сразу после ухода на пенсию, то человек, минуя первый этап, падает на второй.

На втором этапе наблюдается сужение круга интересов за счет выпадения профессиональных привязанностей. В группах таких людей уже трудно различать, кто был инженером, а кто врачом, а кто профессором.

На третьем этапе главным становится забота о личном здоровье, это становится и любимой темой для разговора – о лекарствах, о способах лечения, о травах. Наиболее значимым для человека становится лечащий врач, его профессиональные и личные качества.

На четвертом этапе смыслом жизни становится сохранение самой жизни. Круг общения сужен до предела: лечащий врач, социальный работник, член семьи, соседи-ровесники.

На пятом этапе происходит обнажение потребностей чисто витального порядка (еда, покой, сон). Эмоциональность и общение практически отсутствуют.

Психологические особенности людей в старости весьма неоднозначны и разнообразны. Многие пожилые люди становятся более снисходительными, терпимыми, у них возрастает интерес к философским обобщениям. Разум стариков чаще проникает в глубь явлений, более спокойно, беспристрастно, а значит, и более объективно оценивает суть и взаимосвязь событий и явлений.

Существенные гормональные сдвиги в организме пожилого человека ведут к постепенному затуханию сексуальной потребности и активности в целом. В старости человека не терзают страхи, жажда новых впечатлений, стремление к необдуманному поступкам. Разум старых людей, не страдающих слабоумием, может оставаться таким же светлым, каким он и был в молодости. Опыт, выражающийся в жизненной мудрости, умеренность, рассудительность, осторожность, спокойствие сочетаются с осторожным отношением ко всему новому, неизвестному. Часто стареющий человек понимает, что его интеллектуальные способности, память, внимание слабеют или приобретают специфическую окраску, но, смущаясь, пытается скрыть это. Систематическая умственная деятельность, тренировка интеллекта, устоявшиеся профессиональные навыки способны поддержать мозг в работоспособном состоянии до глубокой старости.

Британский психолог Д.Бромлей выделил пять основных «жизненных позиций» пожилых людей.

1. **«Конструктивная» позиция.** Эти люди в течение всей жизни были и в старости остаются спокойными, довольными, жизнерадостными. Они не делают трагедии из приближающейся старости и недомогания, способны смириться с приближающейся смертью, не страшатся ее. Такие люди обычно благополучно проживают старость.
2. **«Зависимая» позиция** присуща пожилым, которые всю жизнь не доверяли себе, были зависимыми, избыточно уступчивыми, пассивными. Стараясь, они с еще большим усилием ищут поддержки, помощи, признавая, но, не получая их в достаточной мере, чувствуя себя несчастными и обиженными.
3. **«Защитная» позиция** формируется у замкнутых людей, привыкших полагаться только на себя, отгораживающихся от окружающих, скрывающих свои чувства. Они ненавидят старость, не представляют себя вне производственной деятельности.
4. **Позиция «враждебности к миру»** проявляется «гневными стариками», которые обвиняют окружающих и общество за все собственные неудачи. Эти люди подозрительны, агрессивны, никому не верят, не желают ни от кого зависеть, испытывают отвращение к старости, до

последнего цепляются за работу еще и поэтому, что боятся остаться один на один с самим собой.

5. **Позиция «враждебности к себе и своей жизни»** воспроизводится людьми пассивными, безынициативными, не имеющими собственных интересов, склонными к депрессии и фатализму. Они чувствуют себя одинокими и ненужными, к смерти относятся как к избавлению от несчастливого существования.

Отдельные качества приведенных выше позиций пожилых людей могут комбинироваться, сочетаться.

Выход на пенсию многими людьми воспринимается как некоторая социальная деградация, снижение престижа среди товарищей по работе, среди знакомых и в семье. Расставание с работой, занимаемой должностью, сокращение сфера деятельности принято называть социальным старением, а связанное с ним уменьшение доходов и финансовых возможностей – старением экономическим. Эти два вида старения могут сочетаться с биологическим старением, с общим ухудшением состояния здоровья. Очень большую роль в этом играет самовнушение: можно и в 40 лет можно себя чувствовать себя глубококом стариком, но можно и в 70 лет быть достаточно активным. Следует лишь подумать, какие из хорошо освоенных прежде навыков могут быть использованы в данной ситуации, чем ты сегодня можешь быть полезен себе, близким, знакомым, просто окружающим людям.

2. Психологические особенности работы с лицами зрелого возраста.

Зрелость является активным трудовым периодом. Вопреки былым представлениям в зрелые годы развитие человека продолжается. С физической, когнитивной и социальной точки зрения, 50-летний человек отличается от самого себя в возрасте 25 лет.

Зрелые годы для человека обычно омрачаются борьбой за существование, конкуренцией, неудовлетворенными амбициями, конфликтами в семье, несбывшимися надеждами в отношении детей, материальными проблемами.

Но, с другой стороны, в этот самый плодотворный период жизни человек имеет возможность реализовать накопленный личностный потенциал, раскрыть свои способности и потенциальные возможности, претворять в жизнь идеи, мечтания и планы, осуществлять заметные желания, найти себя и сферу применения своих талантов. В свою очередь самореализация сопровождается чувством удовлетворения от процесса и результата ее достижения, удовлетворением собой и тем, что смог сделать, принятием жизни, состоянием гармонии с собой и окружающими, подъемом сил и интересов к жизни.

Но не все могут успешно самореализоваться. Почему так происходит? Психолог Людмила Коростылева отвечает на этот вопрос так: «Затруднения в самореализации возникают, если: человек не нашел себя; неясна цель (в том числе из-за преобладания приспособленческих реакций); не хватает умения, плохо представляются пути своей самореализации; нет соответствия между потребностями и возможностями; наличествует комплекс неполноценности; предпринимается попытка выполнения несвоих планов; человек не задумывается о своем личностном росте; реализуются, согласно родительскому сценарию, не те цели, которые человек в действительности хотел бы достичь; потеряна связь с жизнью; имеет место психологическая незрелость личности». Можно заметить, что большинство указанных причин формируются не в зрелости, а на гораздо более ранних возрастных этапах. Вообще психологи все чаще озвучивают мысль, и, наверное, мы склонны с ней согласиться, что все самое главное происходит с человеком в период младенчества и раннего детства, которые накладывают отпечаток на всю жизнь человека, особенно на зрелость.

Первым периодом зрелости является ранняя взрослость, или молодость (18-25 лет). К концу этого этапа завершается биологическое развитие и значительно замедляется рост, а также наблюдается пик психофизиологических, психических, в том числе этических, эстетических и интеллектуальных функций. Человек покидает родительский дом, создает семью, осваивает профессию. Преобладающими становятся потребности в достижении (в успехе), аффилиации (создании и сохранении положительных отношений с людьми), познании (быть компетентным) и самоутверждении (быть авторитетным).

К концу молодости часто возникает кризисное состояние, связанное с осознанием того, что при сложившихся обстоятельствах жизнь и сама

личность еще несовершенно и много времени потрачено впустую. Так человек переходит на новую ступень зрелости — средняя зрелость, т.е. середина жизненного пути (25-40 лет). В этот период человек, с одной стороны, приобретает относительную экономическую самостоятельность, получает определенный социальный статус, влекущий за собой определенные права и обязанности, а с другой — стремится повлиять на следующее поколение через собственных детей, а также через свой личный теоретический и практический вклад в развитие общества. В этом возрасте человек может переживать три основных кризиса: нереализованности (отсутствие видимых достижений), опустошенности (душевная усталость) и бесперспективности (неопределенность будущего).

Далее период поздней зрелости (40-50), который развивает наметившиеся тенденции предыдущего периода, сменяется предпенсионным возрастом (55-60 лет). С одной стороны, человек достигает пика в продуктивности своей деятельности, а с другой — все больше ощущает начинающиеся проблемы со здоровьем. Самым значительным биологическим изменением у женщин становится менопауза — время естественного прекращения менструаций, связанное со снижением гормона эстрогена и утратой детородной способности. У мужчин ничего подобного не бывает, но уменьшается количество сперматозоидов и уровень гормона тестостерона.

Социальная помощь людям зрелого возраста оказывается в зависимости от характера проблем по различным направлениям практической психологии:

- ✓ клиенту сообщается объективная информация о его расстройствах на основе проведенной психодиагностики (после чего клиент на ее основе вырабатывает собственное отношение к своей проблеме и принимает решение о необходимости дальнейших действий);
- ✓ осуществляется психологическая коррекция (с ее помощью клиент занимается определенным видом деятельности (чтением, письмом, счетом и т.п.) в соответствии со специально разработанной индивидуальной программой);
- ✓ проводится психологическое консультирование (его главная цель — помочь индивиду найти как можно больше вариантов поведения, мыслей, поступков для активного решения проблемы и (или) взаимодействия с людьми);
- ✓ организуется психотерапевтическая работа (осуществляется воздействие социальных работников, психологов, медиков на психику клиента с целью ее восстановления или трансформации);
- ✓ ведется психопрофилактическая работа (она направлена на заблаговременное предупреждение возможных нарушений в развитии человека и создание условий для полноценного развития в условиях зрелости).

Данные виды работ могут сочетаться друг с другом, приобретая комплексный характер.

3. Помощь пожилым людям, утратившим семейные связи.

Клиентами социальных служб, отмечает заместитель начальника отдела организации деятельности домов-интернатов Министерства здравоохранения и социального развития Калужской области М.И. Касаткина, в последнее время все чаще становятся пожилые люди, имеющие трудоспособных детей, но в силу жизненных обстоятельств лишенные их внимания, поддержки и заботы. Разрыв отношений с детьми, родственниками, ограничение трудовой деятельности, трансформация ценностных ориентиров, самого образа жизни и общения:

- ✓ негативно сказываются на моральном и материальном положении пожилого человека;
- ✓ отрицательно влияют на его психическое состояние;
- ✓ снижают его сопротивляемость к заболеваниям;
- ✓ снижают его сопротивляемость к изменившейся окружающей среде;
- ✓ меняют его привычные жизненные стандарты.

Социально-психологическая помощь для данной категории пожилых людей имеет свои особенности:

- ✓ необходима профессиональная помощь по улучшению жизнедеятельности клиента, восстановлению прерванных социальных контактов;
- ✓ меры социальной реабилитации и адаптации пожилых людей, утративших семейные связи, осуществляются далеко не всеми учреждениями социального обслуживания;
- ✓ отсутствуют подготовленные специалисты, которые могли бы помочь пожилому человеку преодолеть данную ситуацию;
- ✓ специалистам необходимы знания об особенностях данной группы пожилых людей, включая гендерную специфику, разнообразных технологиях работы, индивидуальных особенностях личности пожилого человека, диагностических процедурах, формах и методах работы не только с клиентом данной группы, но и с его детьми, родственниками.

Особенно важной составляющей в работе с людьми пожилого возраста, утратившими семейные связи, являются личностные особенности специалиста по социальной работе, способствующие результативности взаимодействия с клиентом и его родственниками. К таким особенностям относятся следующие индивидуально-психологические способности и морально-нравственные качества работников социальных служб:

- ✓ высокий уровень интеллектуального развития;
- ✓ хорошая саморегуляция, самодисциплина, настойчивость;
- ✓ наблюдательность;
- ✓ корректность и тактичность;
- ✓ доброжелательность и толерантность;
- ✓ честность, порядочность;

- ✓ коммуникабельность, умение устанавливать межличностные контакты с клиентами и их родственниками;
- ✓ высокая культура работников и эмоциональная окрашенность речи;
- ✓ знание и соблюдение современного делового этикета;
- ✓ способность улавливать настроение;
- ✓ способность определять ожидания, установки,
- ✓ тревогу;
- ✓ способность сопереживать, располагать к себе и умение оказывать влияние на клиентов;
- ✓ сдержанность и аккуратность в одежде;
- ✓ отсутствие резкости, суетливости в движениях;
- ✓ отсутствие дефектов речи.

В работе специалиста по социальной работе с людьми пожилого возраста, утратившими семейные связи, М.И. Касаткина выделяет следующие основные этапы работы:

1. Осуществление мероприятий по выявлению и учету данной категории населения. Это осуществляется на основании их личного заявления, сообщения соседей, обращения общественных объединений, должностных лиц различных органов и учреждений (здравоохранения, пенсионного обеспечения и т.д.). Следует отметить, что вмешательство социальных служб в жизненную ситуацию пожилого человека, утратившего семейные связи, возможно и в следующих случаях:

- ✓ события представляют угрозу для жизни, способны привести клиента к острым переживаниям эмоционального характера (попытке самоубийства, желанию уйти из дома и т.д.);
- ✓ изменение социальной ситуации, ведущее к разрушению семейных отношений, к которому клиент не может приспособиться (хроническая болезнь, смерть близкого человека, получение инвалидности);
- ✓ криминальная обстановка, алкогольная зависимость членов семьи, поведенческие и личностные изменения членов семьи, опасные для клиента.

2. Организация индивидуальной работы с данной группой обслуживаемых. Данная работа имеет реабилитационный характер. Цель ее — создание условий, стимулирующих пожилого человека вести активный образ жизни, способствующих востребованности его творческого, профессионального потенциала, восстановлению социальных связей с обществом. Индивидуальная работа заключается в проведении мероприятий:

- ✓ по социальной адаптации;
- ✓ по социальной реабилитации;
- ✓ по восстановлению социальных связей с детьми, семьей, родственниками, трудовым коллективом;
- ✓ по проведению диагностических процедур, направленных на измерение психологического состояния личности.

Социальная адаптация включает проведение мероприятий, направленных на побуждение клиента к активной деятельности с учетом состояния здоровья и возможностей; обеспечение вспомогательными техническими средствами и обучение пользования ими; приспособление внешней среды к возможностям клиента и обучение его поведению в новых условиях. Социальная адаптация направлена на решение социальных проблем, возникающих у граждан пожилого возраста, утративших семейные связи, при смене условий, места жизнедеятельности.

Социальная и психологическая реабилитация включает организацию общения специалиста и клиента; формирование навыков социального и компетентного общения; организацию досуга (проведение встреч, экскурсий, организация прогулок, участие или посещение концертов, выставок и т.д.); проведение индивидуального психологического консультирования. Социальная реабилитация направлена на преодоление или решение социальных проблем в связи с изменениями социального статуса.

Восстановление прерванных контактов с детьми и родственниками может быть организовано следующим образом. Специалист по социальной работе знакомится с информацией о семье пожилого человека, утратившего семейные связи, которая имеется в базе данных социальной службы. Следующим шагом является изучение и тщательный анализ имеющихся сведений о семье и, при необходимости, их обновление, установление контакта с семьей и создание условий для восстановления прерванных связей.

Социокультурная реабилитация осуществляется посредством разнообразных технологий, которые можно использовать для вовлечения пожилых граждан к активной жизни в социуме. Социокультурная реабилитация — это комплекс мер по обеспечению общения, посещение мероприятий и учреждений, предназначенных для встреч, развлечений или культурного общения. Основные направления социокультурной реабилитации, по мнению М.И. Касаткиной, следующие:

- ✓ досуговое, целью которого является организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей;
- ✓ коррекционное, целью которого является полное или частичное устранение или компенсация ограничений жизнедеятельности;
- ✓ познавательное воздействие;
- ✓ эмоционально-эстетическое воздействие, ориентированное на эстетическое освоение человеком мира (занятие художественным творчеством).

3. Разработка и реализация мер социально-психологического сопровождения клиента предполагает наличие программы деятельности, представляющей систему последовательных мер для достижения конкретного результата, а также критериев оценки деятельности специалиста.

4. Социально-психологическая помощь гражданам, пережившим потерю близких.

Особенно отчетливо необходимость системной помощи проявляется в работе с переживанием самого тяжелого и длительного действующего стрессора — смертью близкого человека.

Начальная фаза горя — шок и оцепенение. «Не может быть!» — такова первая реакция на вест о смерти.

Характерное состояние может длиться от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем через неделю сменяясь другой картиной. Оцепенение — наиболее заметная особенность этого состояния. Скорбящий скован, напряжен. В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность. Притупляется восприятие реальности, и в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде.

Первым сильным чувством, прорывающим пелену оцепенения и обманчивого равнодушия, нередко оказывается злость. Она неожиданна, непонятна для самого человека, он боится, что не сможет ее сдержать. Уже на этой стадии горяющему приходится порой преодолевать некоторые культурные барьеры, затрудняющие переживание, например представление о том, что длительность и особенности выражения скорби на том или ином этапе являются мерой любви к умершему.

Специалист должен учитывать наличие этих культурных барьеров и значимость принятия той формы выражения переживания происходящего, которая является естественной для клиента, а не для окружающих наблюдателей. Такое принятие существенно облегчает протекание всех процессов, в том числе работу горя как работу памяти. Насильственные попытки «расшевелить» или, наоборот, подавить интенсивные проявления переживаний потерявшего близкого человека, столь распространенные в нашем обществе, только усиливают страдания. Переживание горя утраты, как и переживания, связанные с возможной собственной смертью, как одно из наиболее общечеловеческих переживаний, характеризуется высокой степенью индивидуализированности. Специалисту важно помнить, что речь идет не о схемах и социальных нормах, а о наиболее интимных структурах и процессах человеческого «Я», его взаимоотношений с умершим и другими людьми.

Отношение к смерти верующих качественно отличается от позиций людей, не обретших веру в Бога. Первые уверены, что человек умирает только телесно, но его душа бессмертна и ей уготована встреча с душами тех людей, которые раньше покинули этот мир. Верующие, конечно, горюют, что не смогут прожить до конца свою земную жизнь рядом с дорогим человеком, но не впадают в отчаяние из-за временной разлуки. Многие руководствуются принципом «все в воле Божьей», «Бог его (ее) дал, Бог и взял». Религия запрещает впадать в грех уныния, отчаяния и тем самым помогает человеку собрать все свои душевные силы в горькие минуты жизни.

А что же делать, как помочь страдающему человеку, если ему чужда религия? Распространенные слова утешения, такие как «все люди смертны» или «но ведь и у вас такая же судьба», «что же делать, ничего не поделаешь», никогда еще и никому не приносили утешения. Эти слова скорее усиливают горечь переживаний непоправимости, необратимости случившегося. В скорбных ситуациях человек страстно, хотя, как правило, неосознанно хочет понять или найти смысл своей собственной дальнейшей жизни, смысл случившейся трагедии.

Подняться над своим горем означает осмыслить свою жизнь как продолжение жизни дорогого человека в форме не только образов, но и сохраняющихся ощущений от его прикосновений, чувств, возникавших в его присутствии. Мысленные беседы с ним, рассказы о своих неудачах, обидах и успехах упрочивают переживание непрерывающейся связи с ним.

Страдающие нередко сами находят приемы, облегчающие их переживания и как бы продолжающие жизнь исчезнувших близких. Люди трепетно заботятся о местах их последнего упокоения, при посещении могил рассказывают о происходящем. Многие превращают комнату или уголок любимых в своеобразный мемориал, даже музей, представляющий этапы жизни ушедшего. Иногда помогают советы подготовить жизнеописание любимого человека, припомнить не только важные события, но и мелкие эпизоды из его жизни и рассказывать о них другим. Но каждый трагический случай уникален и соответственно попытки помощи должны отвечать его своеобразию.

Комплекс шоковых реакций обычно истолковывается как защитное отрицание факта или значения смерти, предохраняющее горюющего от столкновения с утратой сразу во всем объеме. Будь это объяснение верным, сознание, стремясь отвлечься, отвернуться от случившегося, было бы полностью поглощено текущими внешними событиями, вовлечено в настоящее, по крайней мере, в те его стороны, которые прямо не напоминают о потере. Однако мы видим противоположную картину: человек психологически отсутствует в настоящем, он не слышит, не чувствует, не включается в настоящее, оно как бы проходит мимо него, в то время как он сам пребывает где-то в другом пространстве и времени. Мы имеем дело не с отрицанием факта, что «его (умершего) нет здесь», а с отрицанием факта, что «я (горюющий) здесь». Трагическое событие, не став психологически настоящим, рвет связь времен, делит жизнь на несвязанные «до» и «после». Шок оставляет человека в «до», где умерший был еще жив, еще был рядом. Чувство реальности, чувство «здесь-и-теперь» застревает в объективном прошлом, а настоящее со всеми его событиями не получает признания его реальности.

Это объясняет механизм и смысл возникновения душевной анестезии: ужасные события субъективно не наступили; послешоковую амнезию — «я не могу помнить то, в чем не участвовал»; снижение либидо — этой витальной формы интереса к внешнему миру; злость. Злость —

специфическая эмоциональная реакция на преграду, помеху в удовлетворении потребности. Такой помехой бессознательному стремлению души остаться с любимым оказывается вся реальность: любой человек, телефонный звонок, бытовая обязанность требуют сосредоточения на себе, заставляют душу отвернуться от любимого, выйти хоть на минуту из состояния иллюзорной соединенности с ним.

Следующий шаг на этом пути — фаза поиска — отличается, по мнению С. Паркеса, нереалистическим стремлением вернуть утраченное отрицанием не столько факта смерти, сколько постоянства утраты. Трудно указать на временные границы этого периода, поскольку он довольно постепенно сменяет предшествующую фазу шока и затем характерные для него феномены еще долго встречаются в последующей фазе острого горя, но в среднем пик фазы поиска приходится на 5-12-й день после известия о смерти. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, реальность как бы покрыта прозрачной кисеей, вуалью, сквозь которую сплошь и рядом пробивается ощущение присутствия умершего: звонок в дверь — мелькнет мысль: это он; его голос — оборачиваешься — чужие лица; вдруг на улице: это же он входит в телефонную будку. Такие видения, вплетающиеся в контекст внешних впечатлений, вполне обычны и естественны, но пугают, как признаки надвигающегося безумия. Иногда такое появление умершего в текущем настоящем происходит в менее резких формах.

Существование ушедшего в сознании скорбящего отличается в этот период от того, которое нам открывают патологически заостренные случаи шока: шок внереалистичен, поиск нереалистичен: там есть одно бытие — до смерти, в котором душой безраздельно правит гедонистический принцип, здесь — «как бы двойное бытие» («Я живу как бы в двух плоскостях», — говорит скорбящий), где за тканью яви все время ощущается подспудно идущее другое существование, прорывающееся островками «встреч» с умершим. Надежда, постоянно рождающая веру в чудо, странным образом сосуществует с реалистической установкой, привычно руководящей всем внешним поведением горящего.

Ослабленная чувствительность к противоречию позволяет сознанию какое-то время жить по двум, не вмещающимся в дела друг друга законам — по отношению к внешней действительности по принципу реальности, а по отношению к утрате — по принципу «удовольствия». Они уживаются на одной территории: в ряд реалистических восприятий, мыслей, намерений («сейчас позвоню ей по телефону») становятся образы объективно утраченного, но субъективно живого бытия, становятся так, как будто они из этого ряда, и на секунду им удается обмануть реалистическую установку, принимающую их за «своих». Эти моменты и этот механизм и составляют специфику фазы «поиска».

Затем наступает третья фаза — острого горя, длящаяся до 6-7 недель с момента трагического события. Иначе ее именуют периодом отчаяния, страдания и дезорганизации периодом реактивной депрессии. Сохраняются, и первое время могут даже усиливаться, различные телесные реакции — затрудненное укороченное дыхание, астения: мышечная слабость, утрата энергии, ощущение тяжести любого действия; психофизиологические дисфункции. В этот период наибольших страданий, острой душевной боли появляется:

- ✓ множество тяжелых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей;
- ✓ ощущения пустоты, бессмысленности существования;
- ✓ чувство брошенности, одиночества;
- ✓ злость, вина, страх и тревога;
- ✓ отчаяние, беспомощность.

Самое важное в исполненном акте острого горя, считает Ф.Е. Василюк , — не сам факт этого болезненного отрыва, а его продукт. В этот момент не просто происходит отделение, разрыв и уничтожение старой связи, как полагают все современные теории, но рождается новая связь. Боль острого горя — это боль не только распада, разрушения и отмирания, но и боль рождения нового.

Прежнее «я» разделилось на наблюдателя и действующего двойника, на автора и героя. В этот момент впервые за время переживания утраты появляется частичка настоящей памяти об умершем, о жизни с ним как о прошлом.

Когда в акте острого горя человеку удастся сначала полностью погрузиться в частичку его прежней жизни с ушедшим, а затем выйти из нее, отделив в себе «героя», остающегося в прошлом, и «автора», эстетически наблюдающего из настоящего за жизнью героя, то эта частичка оказывается отвоєванной у боли, цели, долга и времени для памяти. В фазе острого горя скорбящий обнаруживает, что тысячи и тысячи мелочей связаны в его жизни с умершим («он купил эту книгу», «ему нравился этот вид из окна», «мы вместе смотрели этот фильм») и каждая из них увлекает его сознание в «там-и-тогда», в глубину потока минувшего, и ему приходится пройти через боль, чтобы вернуться на поверхность. Боль уходит, если ему удастся вынести из глубины воспоминание и рассмотреть его на свету настоящего, в «здесь-и-теперь», преобразовать «настоящее в прошедшем» в «прошедшее в настоящем».

Переживание становится ведущей деятельностью, занимающей доминирующее положение в жизни человека, через которую осуществляется личностное развитие. Консультирование людей, перенесших утрату, — это нелегкое испытание духовных сил и профессиональной компетентности. Утраты, как и многие события нашей жизни, не только болезненны, они предоставляют и возможность личностного роста. Консультант может способствовать реализации этой возможности, если он понимает природу утраты, ее связь с другими переживаниями и интенциями, роль в

становлении человека. Фазу острого горя можно считать критической в отношении дальнейшего переживания горя и всего жизненного пути.

Фаза «остаточных толчков и реорганизации» — жизнь входит в свою колею, умерший перестает быть главным средоточием жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе, на фоне нормального существования субъективно восприниматься как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-либо даты, традиционные события или события повседневной жизни. Эта фаза длится в течение года: за это время происходят практически все обычные жизненные события, которые в дальнейшем начинают повторяться. Утрата постепенно входит в жизнь. Практические задачи переплетаются с самим переживанием. Человек часто сверяет свои поступки с нравственными нормами умершего, с его ожиданиями, с тем, «что бы он сказал». Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли.

Через год переживание горя вступает в последнюю фазу — «завершения». Смысл и задача работы горя состоит в том, чтобы образ умершего занял свое постоянное место в продолжающемся смысловом целом жизни человека и был закреплён во вневременном, ценностном измерении бытия.

Помощь в переживании острого горя предполагает обратные процессы: человек учится сохранять и помнить, не отталкивая, близкого человека. Любовь «освобождается» от «практического интереса» обыденной жизни, понимание другого становится более целостным и сложным. Таким образом, трагическое или экстремальное событие инициирует развитие новой системы отношений, нового понимания другого человека и нового самопонимания и идентичности; происходит процесс развития личности. Еще раз, более ярко подтверждается сказанное выше — переживание катастрофического события становится шагом на пути личностного развития человека.

Однако фраза: «То, что вас не убивает, делает вас сильнее», — имеет два истолкования. Существует возможность не справиться со свалившимся на человека горем, даже с помощью психосоциального работника. Вместе с тем отказ от дальнейшей жизни, по мнению психологов, специализирующихся в суицидологии, — результат осознанного решения уже у шестилетних детей. Поэтому ни близкие, ни психосоциальные работники не несут объективной ответственности за такой выбор. Для того чтобы избежать психологического сгорания в работе с клиентами, вызывающими связанное с их желанием уйти из жизни чувство беспомощности, важно понимать, что окружающие такого человека могут создавать условия, помогать преодолеть потери и переработать новый опыт, но шаг в сторону жизни или смерти делает сам человек.

Примирение с утратой — болезненный процесс, в котором от умершего человека «отказываются» постепенно и с трудом. Его не надо форсировать или искусственно затягивать. Никто не должен вселять искусственный оптимизм в скорбящего, пытаться его чем-либо заинтересовать, или,

наоборот, побуждать к «проявлению» переживаний и/или пытаться грубо вмешиваться в то, чем человек решил себя занять. Желание «помочь выплакаться» может стать просто попыткой давления на другого человека, реакции которого не соответствуют нашим «стандартам». К сожалению, такие ситуации встречаются весьма часто.

Душевные терзания как ярчайший компонент траура представляются скорее процессом, нежели состоянием. Перед человеком заново встает вопрос об идентичности, ответ на который приходит не как мгновенный акт, а через определенное время в контексте человеческих отношений. Профессиональная помощь включает в себя сопровождение клиента и содействие ему в выражении тех переживаний и мыслей, которые он хочет выразить.

Процесс траура представляет собой медленное «ослабление» связи с умершим, при котором умерший человек «интериоризируется» во внутренний мир — чувство идентичности успешно модифицируется.

В период утраты страдание облегчается присутствием и легкой доступностью родственников, друзей. Понесшего утрату не надо оставлять одного, однако его не следует «перегружать» опекой — большое горе преодолевается только со временем. Горюющему нужны постоянные, но не навязчивые посещения и хорошие слушатели. Роль слушателя может выполнять и консультант. Чем больше консультант сопереживает скорби и чем адекватнее воспринимает собственные эмоциональные реакции, связанные с помощью, тем эффективнее целебное воздействие.

Ярким примером являются психотравмирующие моменты, являющиеся причиной развития депрессивных реакций. Особенно они характерны для пожилых людей.

При первом типе реакций состояние характеризуется мучительным ощущением тяжести и утраты, неотвязными воспоминаниями об умершем, безудержной слезливостью, нарушениями сна и соматическими функциональными расстройствами, в связи с чем пациенты обращаются в поликлинику. Проведение рациональной психотерапии и кратковременное назначение транквилизаторов облегчают эти состояния, наиболее точно отвечающие понятию пограничных между нормой и патологией.

Второй тип реакций — депрессивный невроз с устойчивым снижением фона настроения, упорными расстройствами сна, утратой аппетита, снижением активности, склонностью к самоупрекам, с одной стороны, и тенденцией сетовать на обстоятельства и винить окружающих, с другой

Эти состояния длятся до нескольких месяцев и имеют отчетливую тенденцию к ослаблению со временем, но легко усугубляются при «оживлении» переживаний в памяти. Подобные состояния требуют наряду с проведением психотерапии назначения антидепрессантов в минимальных дозах и транквилизаторов. Реакции второго типа обнаруживаются обычно у старых людей без патологического склада характера.

Третий тип реакций наблюдается у пациентов с чертами психопатического склада, чаще всего истерического характера с отчетливыми проявлениями эгоцентризма. При этом возникают более сложные депрессивные состояния. Сначала кратковременная аффективно-шоковая реакция, в последующие дни отмечаются истероподобные расстройства с налетом демонстративности переживания, которые затем утрачивают остроту. Формируется сверхценный комплекс с элементами «культы» близкого человека и его памяти, которому подчиняется весь уклад жизни. Наряду с эгоцентрическими переживаниями исключительности своих страданий имеют место обвинительно-разоблачительные проявления.

Лечение таких затяжных состояний длительное время оказывалось безуспешным. При проведении рациональной психотерапии осуществлялись попытки изменения стиля жизни с установкой на занятость и заботу о других.

5. Синдром эмоционального выгорания у социальных работников: личностная деформация под влиянием профессиональных стрессов.

Научный и практический интерес к синдрому выгорания обусловлен тем, что этот синдром — непосредственное проявление всевозрастающих проблем, связанных с самочувствием работников, эффективностью их труда и стабильностью деловой жизни организации.

Профессиональный стресс — это многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию. Развитие стресс-реакций возможно даже в прогрессивных, хорошо управляемых организациях, что обусловлено характером работы, личностными отношениями сотрудников, их взаимодействием.

Среди производственных стресс-факторов можно выделить:

- ✓ физические (вибрация, шум, загрязненная атмосфера);
- ✓ физиологические (сменный график, отсутствие режима питания);
- ✓ социально-психологические (конфликт ролей и ролевая неопределенность, перегрузка или недогрузка работников, неотлаженность информационных потоков, межличностные конфликты, высокая ответственность, дефицит времени);
- ✓ структурно-организационные («организационный стресс»).

Синдром эмоционального выгорания рассматривается в основном как следствие производственных стрессов, как процесс дезадаптации к рабочему месту или профессиональным обязанностям, и основным предрасполагающим фактором выгорания являются продолжительность и чрезмерная нагрузка в ситуациях напряженных межличностных отношений. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности.

В зарубежной литературе синдром выгорания обозначают термином «burnout» (англ.) — сгорание, выгорание, затухание горения. Впервые этот термин предложил Г.Фроуденбергер для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений.

Интерес к исследованию синдрома выгорания возрос после того, как американские ученые К.Маслач и С. Джексон систематизировали описательные характеристики данного синдрома и разработали опросник для его количественной оценки. Согласно авторам опросника, синдром выгорания проявляется в трех группах переживаний:

- ✓ эмоциональное истощение — переживание опустошенности и бессилия;
- ✓ деперсонализация — дегуманизация отношений с другими людьми (проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости);
- ✓ редукция личных достижений — занижение собственных достижений, потеря смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте.

В более поздних исследованиях был выявлен широкий спектр негативных последствий выгорания. Так, межличностные последствия проявляются в социальных (общественных), семейных отношениях, а также в рабочих конфликтах или деструктивном напряжении при общении с коллегами, деловыми партнерами, клиентами и т.д. В связи с этим синдром выгорания рассматривается рядом авторов как «профессиональное выгорание», что позволяет изучать данный феномен в аспекте профессиональной деятельности. Считается, что такой синдром наиболее характерен для представителей социальных или коммуникативных профессий — системы «человек—человек» (это социальные и медицинские работники, учителя, менеджеры всех уровней, консультирующие психологи, психотерапевты, психиатры, представители различных сервисных профессий).

В настоящее время ведется широкая полемика по вопросу соотношения таких понятий, как «стресс» и «выгорание». В литературе, к сожалению, до сих пор отсутствует четкое разделение между двумя этими понятиями. Хотя большинство исследователей определяют стресс как несоответствие в системе «личность—среда» или как результат дисфункциональных ролевых взаимодействий, традиционно не наблюдается полного согласия относительно концептуализации профессионального стресса. Исходя из этого, ряд авторов рассматривает стресс как общее понятие, которое может стать основой для изучения ряда проблем.

Многие исследователи считают, что выгорание выступает отдельным аспектом стресса, потому оно определяется и исследуется в основном как модель ответных реакций на хронические рабочие стрессоры. Реакция выгорания начинается в большей степени как результат (следствие) требований, включающих стрессоры межличностного характера. Таким образом, оно представляет собой следствие профессионального стресса, в котором модель эмоционального выгорания есть результат действия разнообразных рабочих требований (стрессоров), особенно межличностной природы.

Выгорание как следствие профессиональных стрессов возникает в тех случаях, когда адаптационные возможности (ресурсы) человека по преодолению стрессовой ситуации превышены. Многочисленные зарубежные исследования подтверждают, что выгорание вытекает из профессиональных стрессов.

СЭВ — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. Выгорание — отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Первоначально под СЭВ подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента. Исследователи все больше связывали синдром с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-10) СЭВ отнесен к рубрике Z73 — «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Выгорание развивается, как правило, у тех, кто по роду своей деятельности должен много общаться с другими людьми, причем от качества коммуникации зависит результат деятельности (моральный и материальный). Установлено, что особенно часто синдром выгорания развивается у специалистов «помогающих» профессий, особенно у работающих в некоммерческом секторе: воспитателей и учителей, медицинских сестер и врачей, социальных работников и консультантов телефона доверия. Выгоранию подвержены и те, кто работает в сфере услуг и управления в коммерческой сфере: агенты по продаже, риэлторы, менеджеры, особенно среднего и высшего звена. Все ситуации рабочего (делового) общения, отягощенные высокой ответственностью за людей (клиентов, пациентов, учеников, подчиненных), сопровождающиеся высокой эмоциональной и интеллектуальной напряженностью (когнитивной сложностью), становятся фактором риска выгорания работников. Выгорание — ответная реакция на продолжительные стрессы межличностных коммуникаций, не просто результат, а следствие неуправляемого стресса.

Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Профессиональная деятельность социального работника, вне зависимости от вида исполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Она требует большой эмоциональной нагрузки, ответственности и имеет весьма неопределенные критерии успеха. Негативное влияние на здоровье оказывают постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает этот работник в процессе социального взаимодействия с клиентом, постоянного проникновения в суть его проблем, а также по причине личной незащищенности и других морально-психологических факторов.

Формирование СЭВ в профессиональной деятельности социального работника может быть связано с такими факторами, как риск, экстремальные условия, неопределенные ситуации. Вероятность возникновения СЭВ увеличивается в следующих условиях: вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточном признании; работа с «немотивированными» клиентами, постоянно противодействующими усилиям помочь им; недостаточность условий для самовыражения на работе;

напряженность и конфликтность в профессиональной среде; неудовлетворенность своей профессией.

Риск развития СЭВ оказывается более высоким для молодых специалистов, и объясняется это тем, что в зрелом возрасте уже пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, сформированы профессиональные интересы, выработаны механизмы профессионального самосохранения. Но результатам исследований 85% социальных работников имеют те или иные симптомы выгорания. Сложившийся синдром отмечается у 19% респондентов, в фазе формирования — у 66%.

Таким образом, СЭВ представляет собой комплекс психических переживаний и поведения, которые сказываются на работоспособности, физическом и психологическом самочувствии, а также на интерперсональных отношениях социального работника. Синдром «профессионального выгорания» — ответная реакция на длительные рабочие стрессы межличностного общения.

6. Основные группы симптомов синдрома эмоционального выгорания.

Важно помнить о том, что выгорание — это синдром (группа симптомов, появляющихся вместе). Однако все вместе они ни у кого не проявляются одновременно, поэтому что выгорание — процесс сугубо индивидуальный.

Какие же симптомы помогают определить начинающееся выгорание у социальных работников? В настоящее время таковых исследователями выделено свыше 100.

Выделяют пять основных групп симптомов синдрома эмоционального выгорания:

- ✓ *физические симптомы* (усталость и физическое утомление на протяжении всего рабочего дня; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; снижение самочувствия; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; психосоматические проявления (головокружение, тошнота, повышенная потливость, дрожь в теле, затрудненное дыхание, одышка, повышение артериального давления, дерматозы и др.);
- ✓ *эмоциональные симптомы* («эмоциональная тупость»; черствость в профессиональных и личных отношениях, семейной жизни; безразличие, усталость, пессимизм, ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, подозрительность, недоверчивость; усиление иррационального беспокойства; депрессия, чувство неудачи, вины, самообвинения; повышенная раздражительность, проявляемая в семье и на работе; потеря идеалов и надежд; преобладание чувства одиночества, апатия, падение интереса к жизни);
- ✓ *интеллектуальные симптомы* (ригидное мышление; уменьшение концентрации внимания; снижение интереса к внедрению в практику результатов инновационной деятельности, к альтернативным подходам в решении проблем; малое участие или отказ от развивающих тренингов, экспериментов, повышения квалификации; продолжительность и интенсивность работы могут увеличиваться, а результаты уменьшаются);
- ✓ *поведенческие симптомы* (усиливается сопротивление выходу на работу; учащаются опоздания на работу или поздний приход и поздний уход с работы; во время работы быстро развиваются усталость и желание отдохнуть; отмечается малая физическая активность; откладываются встречи; отмечается негуманность и циничность по отношению к субъектам и объектам деятельности; уединение и избегание коллег; безразличие к еде или, наоборот, булимия; оправдание курения, приема алкоголя или психоактивных веществ; выражены озабоченность собственными потребностями и личным выживанием, рассеянность, невнимательность, подверженность несчастным случаям);
- ✓ *социальные симптомы* (низкая социальная активность; ограничение социальных контактов; скудные отношения на работе и дома;

утрачиваются способности удовлетворять свои потребности в развлечениях, хобби и восстановлении здоровья; возникают непонимание других и другими, ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег, скука, апатия).

Исходя из факторов риска формирования СЭВ и бионсихосоциальной парадигмы психического здоровья, симптомы проявления СЭВ условно разделяют на три группы психофизиологические, социально-психологические и поведенческие.

К психофизиологическим симптомам проявления СЭВ относятся:

- ✓ чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости); ощущение эмоционального и физического истощения; снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды (отсутствие реакции любопытства на факт новизны или реакции страха на опасную ситуацию);
- ✓ общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимических показателей крови и гормональных показателей); частые беспричинные головные боли, постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- ✓ резкая потеря или увеличение веса; полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром, начиная с 4 часов утра, или, наоборот, неспособность заснуть до 2-3 часов ночи и тяжелое пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);
- ✓ постоянное заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня; одышка или нарушение дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- ✓ заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности (ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних телесных ощущений).

К социально-психологическим симптомам проявления СЭВ относятся:

- ✓ безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности); повышенная раздражительность на незначительные мелкие события; частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказа от общения, уход в себя);
- ✓ постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней ситуации причин нет (чувство вины, обиды, подозрительности, стыда, скованности);
- ✓ чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);
- ✓ чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получится» или человек «не справится»; общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, все равно ничего не получится»).

К поведенческим симптомам проявления СЭВ относятся:

- ✓ ощущение, что работа становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять ее все труднее и труднее; человек заметно меняет свой режим дня (рано приходит на работу и поздно уходит либо, наоборот, поздно приходит и рано уходит); вне зависимости от объективной необходимости работник постоянно берет работу домой, но дома ее не делает;
- ✓ руководитель отказывается от принятия решений, формулируя различные причины для объяснений себе и другим;
- ✓ чувство бесполезности, неверие в улучшение, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам; дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;
- ✓ невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях; не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или неосознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;
- ✓ злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных в день сигарет, применение психоактивных веществ.

«Выгорающие» на работе люди часто возвращаются домой раздражительными и эмоционально истощенными. Они полностью поглощены рабочими проблемами, от которых не могут освободиться даже в кругу семьи или друзей. Установочные последствия выгорания заключаются в развитии негативных установок по отношению к клиентам, работе, организации или к себе, в отчуждении от работы и, как следствие, в снижении лояльности и привлекательности работы в данной организации. Поведенческие последствия проявляются как на уровне отдельного работника, так и на уровне организации. «Выгоревшие» работники прибегают к неконструктивным или неэффективным моделям поведения, чем усугубляют собственное переживание дистресса и повышают напряженность вокруг себя, что сказывается на снижении качества работы и коммуникаций. В организации ухудшается психологическая атмосфера, возрастают текучесть кадров, конфликтность, снижаются количественные и качественные показатели работы. Выгорание — основной фактор профессиональной деморализации, отлынивания от работы, низкой производительности, конфликтности в семье и на работе, физической болезни и дистресса. Выгорание может провоцировать злоупотребление алкоголем или различными медикаментозными средствами, например снотворным. Психофизиологические последствия отражаются в психосоматических расстройствах, таких как бессонница, головные боли и др.

Интегрирование в единое целое всех подструктур выгорания и специфическая комбинация их проявлений и составляют сущность СЭВ, являясь своеобразным системным качеством данного феномена. Его влияние на физическое и психическое здоровье изучают медицинская психология и

неврология, на профессиональные отношения субъекта — психология труда,
на межличностные отношения — социальная психология и т.д.

