форум

Долгосрочной Опеки

2 (22) июнь 2019

Реабилитация на дому – комфорт и эффективность

тема номера

Роль сиделки в профессиональном уходе за тяжелобольными и пожилыми людьми

Сестра милосердия – кто она?

ISSN 2312-5713

16+

Когда кожа нуждается в защите...

DERMATOLOGICALLY TESTED hypoallergenic

seni care

Специальная линия косметических средств для комплексного ухода за кожей:

- при недержании мочи
- при профилактике пролежней
- при очень сухой коже UREA

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ

уход за волосами и кожей головы

уход за телом

РЕГЕНЕРАЦИЯ

уход за интимной зоной

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА

Больше информации о продукции seni care Вы можете получить на сайте **www.seni.ru** или по телефону горячей линии seni **8-800-200-800-3** (06.00 - 22.00 ч.ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные.)

Реклама. ООО "БЕЛЛА Восток", 140300, Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

форум

Учредитель:
Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:
140300, Российская Федерация, Московская область, г. Егорьевск ул. Промышленная, дом 9

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:
142712, Московская область, Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские, зона придорожного сервиса автодороги «МКАД-аэропорт Домодедово», владение 7, стр.1
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:
115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru
Свидетельство о регистрации средства массовой информации № ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО «ПОЛИГРАФИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС», 125315, г. Москва, Часовая ул, дом № 28, корпус 4, эт. 3, комната 42В

Издание подготовлено при участии:
ООО «РЭДИ-МЕДИА»
129327, г. Москва, ул. Коминтерна, дом 20/2, этаж 1, помещение 1, комната 3, офис 6
Тел.: 8 (495) 643-00-73,
info@ready-media.ru
Генеральный директор – Татьяна Ефремова

форум

№ 2 (22) июнь 2019 г.
Подписано в печать: 30.04.2019 г.
Выход в свет: 13.05.2019 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

Перепечатка, копирование или размножение в любой форме осуществляются только с разрешения ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото авторов статей, shutterstock.com

Специализация: рекламное СМИ

Дорогие друзья!

В настоящее время в нашей стране активно идет построение системы долговременного ухода. Одним из важнейших элементов этой системы являются профессиональные кадры. Ведь именно от навыков людей, занятых в уходе, во многом зависит качество жизни пациентов. Забота о людях с дефицитом самообслуживания, к сожалению, становится все более востребованной. И вместе с тем до недавнего времени у нас официально не существовало профессии «сиделка». Сотрудники, занятые в уходе за пожилыми и тяжелобольными, не имели специального образования, осуществляли уход по наитию или основываясь на собственном жизненном опыте.

В 2018 году был принят Профессиональный стандарт «Сиделка (помощник по уходу)». В этом номере журнала мы предложили участникам профессионального сообщества обсудить значимость принятого стандарта, образовательные программы, необходимые для обучения специалистов по уходу, и место, которое должны занять сиделки в строящейся системе долговременного и паллиативного ухода.

Если у вас есть о чем рассказать, вы хотите поделиться опытом с нашими читателями, то будем рады сотрудничеству. Пишите нам по адресу: fdo@bella-tzmo.ru

содержание

ГЛАВНАЯ ТЕМА

3 **Мировой опыт заботы о пожилых**

4 *Ю. Г. Шулус*
Во имя «качества жизни» сиделки должны учиться уходу!

6 *А. В. Сабадаш*
Сиделка – это профессия

8 *И. О. Полубоярцев*
Подготовка специалистов по уходу

10 *Е. В. Власова*
Сестра милосердия – кто она?

13 *Н. С. Позняк*
Роль сиделки в реабилитации, абилитации и социализации пожилых людей в стационаре

16 *А. В. Бобылева*
Патронаж – от термина к реальной заботе

19 *А. А. Кан*
Психологическая подготовка специалистов по уходу. Навыки, которые помогают заботиться

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

20 *А. В. Чикинева*
Профессионализм и современные технологии в отделениях милосердия

24 *И. А. Смилянец*
Реабилитация на дому – комфорт и эффективность

ВАЖНО ЗНАТЬ

26 *М. Малешевска*
Женские вопросы

ПРАКТИКА УХОДА

28 *Е. М. Погодина*
Уход за пациентами после операций по поводу рака молочной железы

31 *И. А. Вальчак*
Диета при диабете – рекомендации для пожилых людей

34 *И. Куберка*
Лечение и уход за ранами в медицинской практике

МИРОВОЙ ОПЫТ ЗАБОТЫ О ПОЖИЛЫХ

27 февраля в офисе компании «БЕЛЛА-Восток» прошла международная конференция, организованная совместно с Благотворительным фондом Российского Красного Креста, посвященная вопросам оказания медико-социальной помощи пожилым людям.

На конференции обсуждались современные аспекты функционирования системы заботы о представителях старшего поколения. Гостями мероприятия стали сотрудники и руководители учреждений социальной защиты и здравоохранения, которые с интересом слушали докладчиков из Чехии, Польши, Румынии, Словении и России.

«Это отличная площадка для получения знаний и коммуникации, а также для планирования дальнейших действий и обучения, – отметила Диана Владимировна Невзорова, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы.

Иржи Хорецки, председатель Чешской ассоциации услугодателей в области социальной защиты, рассказал об изменениях, которые претерпевает долговременный уход по всей Европе. Там, как и в России, сталкиваются с проблемами старения населения, нехватки персонала и финансовых ресурсов. Во всех государствах Европейского Союза перед правительством стоит сложная задача: определить уровень участия получателя помощи, семьи, органов власти и найти дополнительные источники финансирования. В нашей стране только начинается построение системы долговременного ухода. И, как отметила Ольга Борисовна Незамаева, начальник департамента по социальной политике мэрии Новосибирска: «Подобные мероприятия должны играть консолидирующую роль, – на них вырабатываются подходы к построению системы долговременного ухода, поднимаются сложные вопросы и происходит выработка стратегических решений».

В прошлом году резиденция для пожилых Dom Danice Vogrinec (Марибор, Словения) стала обладателем награды «Лучшее учреждение для пожилых людей в Европе» (EAN ECREAS Award 2018). Директор резиденции Марко Славич рассказал на конференции, как добиться подобного результата и, главное, как обеспечить качество жизни в домах престарелых.

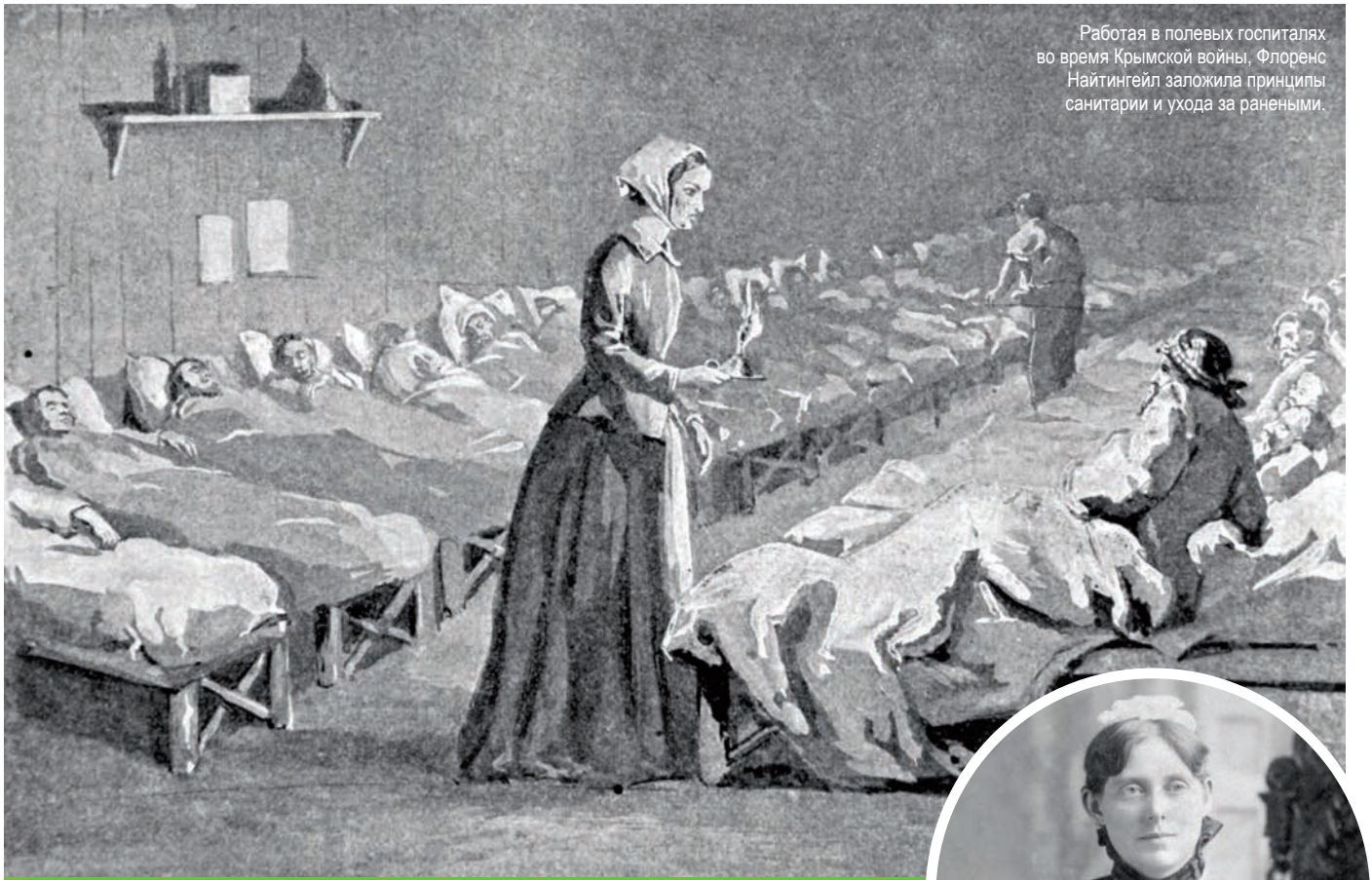
Долгосрочной опеке в системе здравоохранения и социального обеспечения в Польше был посвящен доклад Гражины Шмяровской, председателя Польского общества долгосрочной опеки: «В последние десятилетия изменения, направленные на рационализацию затрат в различных сферах, коснулись и здравоохранения. Произошло разделение здравоохранения на комплекс услуг, и была создана отдельная система долгосрочной опеки».

Филипп Игоревич Воронин, советник Министра труда и социальной защиты РФ, отметил очень высокий профессиональный уровень и спикеров, и участников мероприятия: «Это очень важно, потому что проблемы в уходе за пожилыми и ослабленными людьми, которые обсуждаются сегодня, очень важны для нашего общества».

Население всего мира, в том числе и России, стареет, и тематика, связанная с качеством жизни пожилых людей, актуальна. По мнению Рамаза Отаровича Ахметели, руководителя Благотворительного фонда Российского Красного Креста, профессиональное сообщество мало занимается обсуждением этой проблематики, поэтому конференция особенно важна для профессионалов, занятых в уходе. ■

ВО ИМЯ «КАЧЕСТВА ЖИЗНИ» СИДЕЛКИ ДОЛЖНЫ УЧИТЬСЯ УХОДУ!

Юлия Геннадьевна ШУЛУС,
национальный координатор программы «Патронажная служба» Каритас в России



Работая в полевых госпиталях во время Крымской войны, Флоренс Найтингейл заложила принципы санитарии и ухода за ранеными.

В чем отличие ценности жизни в ее начале, когда человек появляется на свет, от ее ценности на закате? Очевидно, что жизнь человека ценна от начала и до конца, независимо от возраста, статуса и положения.

Флоренс Найтингейл, фотография 1880 года.

Парадоксально, но факт, что и младенец, и пожилой (тяжелобольной) нуждаются в посторонней помощи, заботе и уходе. Во многом эта посторонняя помощь и определяет «качество жизни» нуждающегося в уходе. Если уход за младенцем берет на себя мама, то с уходом за пожилыми людьми дело обстоит иначе. Состарившиеся мать или отец часто остаются в одиночестве, а уход за ними берут на себя посторонние люди, сотрудники социальных служб или частные сиделки. До недавнего времени эти сотрудники не имели специального образования и подготовки, осуществляя уход по наитию или используя свой приобретенный жизненный опыт.

Люди, помогающие тяжелобольным, существовали с давних времен. Сиделка, как профессия, возникла только в середине XIX века. Основала профессию «сиделки» общественный деятель и сестра милосердия – англичанка Флоренс Найтингейл. Она заложила принципы санитарии и ухода за больными и ранеными, снизив за короткий период смертность в лазаретах. Флоренс поняла, что для полноценного ухода за больными сестра милосердия должна обладать профессиональными навыками и знаниями. В 1860 году в свет вышла ее книга «Как нужно ухаживать за больными». Еще при жизни Флоренс создала многочисленные школы по подготовке сестер милосердия. Свой вклад в формирование и развитие

деятельности сестер милосердия, а, следовательно, и ухода также внесли княгиня Елена Павловна, Николай Пирогов, доктор Гааз и другие.

Почему же в XX веке сектору ухода стали уделять так мало внимания, и сиделки, работающие сами на себя, осуществляли уход за тяжелобольными без специальной подготовки? В толковом словаре русского языка С. И. Ожегова (1949 г.) определение сиделки звучит, как «женщина, дежурящая у постели тяжелобольного». Данный стереотип в России по отношению к сиделкам сохранялся достаточно долго, воспринимали их, как лиц без специальной подготовки, но готовых присмотреть и помочь в питании и гигиене.

И вот новейшая история. 30 июля 2018 года приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 507н был утвержден Профессиональный стандарт 1097 «Сиделка (помощник по уходу)». Согласно стандарту, медицинское образование для сиделок необязательно, но им необходимо пройти обучение по программе профессиональной подготовки.

Работа над созданием профессионального стандарта шла в течение девяти лет. Его обсуждение прошло во всех регионах Российской Федерации, в состав экспертного совета вошли более 50 человек, в том числе профессора, главные врачи лечебных учреждений и главные медицинские сестры.

Результат принятия стандарта:

– узаконена деятельность сиделок, четко отделены услуги по уходу от медицинских услуг, что позволит сделать их деятельность более прозрачной;

– определена цель деятельности сиделок, как предоставление услуг по уходу за лицами, нуждающимися в постороннем уходе – обеспечение максимально возможной бытовой или социальной самостоятельности в повседневной жизнедеятельности граждан в случае полной или частичной утраты способности осуществлять самообслуживание в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности (в том числе у детей);

– требования к опыту работы не предъявляются, не установлены и особые условия допуска к работе. Необходимо освоить программы профессионального обучения – программы профессиональной подготовки по должностям служащих. Еще одно требование – соблюдение морально-этических норм и правил в рамках профессиональной деятельности. Нужно пройти обучение по оказанию первой помощи;

– детально прописаны трудовые функции сиделки.

В функциональные обязанности сиделки (помощника по уходу), согласно новому профессиональному стандарту, включаются: проведение гигиенических мероприятий, организация питания и кормления, выполнение рекомендаций врача, оказание первой помощи, организация досуга больного, выполнение поручений по ведению домашнего хозяйства. Особое внимание при разработке нового профессионального стандарта уделено этическим нормам и правилам поведения сиделок: они должны быть вежливыми, внимательными и уметь находить общий язык с больными и пожилыми людьми.

Исходя из вышеперечисленных обязанностей, следует, что сиделка должна быть немного домохозяйкой, немного поваром, немного психологом и немного медсестрой. Полноценное совмещение в себе всех функций, дает право называться сиделкой.

Принцип «не навреди» по праву должен распространяться на деятельность сиделок, которые несут ответственность за состояние больного или пожилого человека.

Так новый профессиональный стандарт встал на защиту прав потребителей – теперь при найме сиделки есть на что ориентироваться, и можно потребовать исполнения всех перечисленных в стандарте функций.

Уход за больными и пожилыми людьми – это не просто вид деятельности. Это выбор, основанный на призвании, и он в обязательном порядке предусматривает наличие профессиональной подготовки, практических навыков ухода и опыта в данной сфере.

Специалисты «Патронажной службы» Каритас с 2005 года обучают родственников и социальных работников правильному уходу за тяжелобольными на дому: «Делаем мы это не теоретически – к каждой семье обязательно выходим на дом. Очень часто мы видим последствия некачественного ухода в виде запущенного состояния, появления пролежней, контрактур, упущенных возможностей по восстановлению и эмоционально уставших ухаживающих людей. Многих негативных последствий можно избежать, если вовремя обучать ухаживающий персонал и родственников навыкам ухода, сопровождать их в этом процессе. Ведь, осуществляя уход, они выполняют сложную задачу и должны уметь позаботиться не только о самочувствии больного, но и о своем здоровье. Актуальность данной темы в настоящее время очень велика, поэтому открываются «Школы для родственников по уходу за пожилыми людьми и инвалидами», где учат справляться с осуществлением ухода самостоятельно.

Возвращаясь к принятому профессиональному стандарту, – это безусловный прорыв в области по уходу и большой шаг вперед по наведению порядка на рынке патронажных услуг в России. Однако пока не ясно, как стандарт будет работать в реальности. Однозначно его должны взять на вооружение специализированные агентства и позаботиться о соответствии своих сиделок требованиям стандарта.

С другой стороны, в сфере ухода за больными работают сотни и тысячи частных сиделок, и осуществлять контроль за их действиями и соответствием требованиям стандарта будет очень сложно. Также пока не ясно, какая структура берет на себя подобный контроль и какую ответственность понесут сиделки, не соответствующие требованиям стандарта. В стандарте не указан срок обучения, что не дает конкретного понимания, какой минимум знаний и часов является обязательным.

Начало на этом пути положено, но оно требует следующих шагов, например, создания системной подготовки сиделок (помощников по уходу), чтобы, получив базовую, основную подготовку, они имели возможность регулярно обновлять свои знания и развивать профессиональные навыки.

Ждем положительных результатов! Будьте здоровы! ■

СИДЕЛКА – ЭТО ПРОФЕССИЯ

Алексей Викторович САБАДАШ,
председатель правления Ассоциации специалистов сферы социально-медицинского ухода «Патронаж»

История России знает немало деяний людей, обеспечивающих уход за больными, немощными и пожилыми людьми. В разное время и в разных обстоятельствах их называли по-разному: сестры милосердия, сиделки. И, несмотря на споры по поводу самого слова «сиделка», образовано оно от слова «сидеть» или нет, сиделка – это профессия. Профессия людей умеющих оказывать помощь в уходе, умеющих кормить, поить, одевать, выводить гулять, выполнять предписания врача, психологически поддерживать человека и оказывать ему первую помощь в случае необходимости.

С 2018 года правительство РФ запускает в ряде регионов страны пилотный проект по созданию системы долговременного ухода, которая затронет все формы и виды предприятий ухода: государственные, благотворительные и коммерческие. Одной из важнейших составляющих системы долговременного ухода являются профессиональные кадры, непосредственно выполняющие трудовые функции ухода – сиделки, которые, как оказалось, существовали в объявлениях, но отсутствовали в перечне профессий рабочих и служащих.

В 2018 году на рынке ухода, в связи с работой над системой долговременного ухода, состоялось знаменательное событие – утверждение новой профессии «Сиделка (помощник по уходу)». Профессиональный стандарт, а именно он описывает все данные о профессии, был подготовлен специалистами РАМС (президент – В. А. Саркисова), утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 507н от 30.07.2018 и вступил в силу 25 августа 2018 года.

Рассматривая более детально профессиональный стандарт «Сиделка (помощник по уходу)», можно выделить главные его положения, особенности и правила, то, как они скажутся на рынке ухода, работни-

ках, предприятиях и потребителях услуг. Ведь профессиональный стандарт дает исчерпывающие ответы на все вопросы.

И главный вопрос здесь – для чего (кого) эта профессия? В профессиональном стандарте есть четкая формулировка: «Предоставление услуг по уходу за лицами, нуждающимися в постороннем уходе», в документе закреплены положения обязательных требований к специалистам профессии. Их всего два:

– соблюдение морально-этических норм и правил в профессиональной деятельности;

– прохождение обучения оказания первой помощи.

Медицинское образование и опыт работы не требуются. Образовательные программы, по которым будут проходить обучение сиделки – «Программы профессиональной подготовки по должностям служащих».

Основу содержания любого профессионального стандарта составляет описание трудовых функций, которые включают: трудовые действия, необходимые умения, необходимые знания и навыки. Трудовых функций в профессиональном стандарте «Сиделка (помощник по уходу) пять:

– оказание услуг общего ухода и помощи при осуществлении повседневной деятельности лицам, нуждающимся в постороннем уходе;

– организация приема пищи и проведение кормления лиц, нуждающихся в постороннем уходе;

– повседневное наблюдение за самочувствием и состоянием здоровья лиц, нуждающихся в постороннем уходе;

– обеспечение досуга лиц, нуждающихся в постороннем уходе;

– поддержание санитарных норм жизнедеятельности лиц, нуждающихся в постороннем уходе.

Для выполнения каждой из этих подфункций определены свои необходимые трудовые действия, знания и умения. Так, например, для поддержания санитарных норм жизнедеятельности лиц, нуждающихся в постороннем уходе, нужно стирать нательное и постельное белье в домашних условиях, а также менять постельное белье и одежду лица, нуждающегося в уходе. А для обеспечения досуга таких лиц, сиделкам необходимо умение преодолевать в отношениях с людьми агрессию и враждебность.

Дальнейшее внедрение профессионального стандарта подразумевает выработку и утверждение образовательными предприятиями программ обучения, которые лягут в основу курсов обучения сиделок. По мнению профессионального сообщества, образовательные программы должны включать более ста часов занятий и разделение на два блока: теория и практические занятия. Теоретические знания должны включать в себя знания анатомии и физиологии человека, основы гигиены и питания в пожилом возрасте, психологию общения с пожилыми и больными людьми. Возможные формы обучения: очная, заочная и дистанционная. Процесс образования еще не начат, в настоящее время только незначительное количество образовательных учреждений предлагают свои услуги по обучению профессии сиделки с выдачей диплома государственного образца.

Уже сейчас многие участники рынка долговременного ухода используют основные разделы и обязательные требования профессионального стандарта для выработки основных положений документации компаний: договоров с заказчиками и договоров с сиделками. Ведь четко определенный круг функциональных обязанностей – залог качественного исполнения всеми сторонами условий договора об уходе. Также многими предприятиями рынка ухода были организованы курсы психологической подготовки сиделок и курсы оказания первой помощи, как обязательные элементы профессиональной подготовки сиделок. Ведь знание правил оказания первой помощи, кроме этого, может спасти жизнь опекаемому лицу.

Для всех предприятий рынка долговременного ухода внедрение в работу профессионального стандарта закономерно. Стандартизация услуг, квалификационные требования к работникам и систематизация предприятий ухода – залог создания и поддержания высокого профессионального уровня на рынке оказания услуг ухода. И для Ассоциации «Патронаж», одного из разработчиков профессионального стандарта и профессионального объединения предприятий отрасли, в которое входят патронажные службы и агентства, пансионаты, службы специальных перевозок, школы ухода и магазины, предлагающие товары для ухода, работа «по стандартам» – это возможность предоставлять качественные и доступные услуги по уходу всем нуждающимся, а в дальнейшем создать единый реестр сиделок РФ. ■

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УХОДУ

Игорь Олегович ПОЛУБОЯРЦЕВ,
заместитель управляющей Гериатрического центра по медицинской части, главный медицинский брат, клинический тренер, Senior Group Гериатрический центр «Жуковка»

В последние годы в России активно идет реформа долговременного ухода, предусматривающая модернизацию существующей модели помощи тем людям, у которых значительный дефицит самообслуживания и которые в той или иной степени нуждаются в постоянной помощи.

С чем связано проведение этой реформы? Причин много, главная из них – увеличение количества лиц пожилого возраста, нуждающихся в постоянном ассистировании, наблюдении и зачастую в уходе. Но реформа затрагивает не только пожилое население, но и лиц детского возраста, лиц трудоспособного возраста, поскольку эти две категории так же потенциальные потребители услуг долговременного ухода в случае инвалидизации, потери трудоспособности, травматизациии и ряда других медицинских и социальных причин.

КТО ТАКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ПО УХОДУ?

Главной боевой единицей в уходе за любым пациентом становится специалист по уходу. Для нашей страны данная специальность достаточно новая и поле деятельности специалистов по уходу, а так же правовое поле работы и объем выполняемых услуг в настоящее время обсуждается на уровне федеральных органов исполнительной власти.

Кто же такой специалист по уходу? Это специалист, работающий с людьми, у которых выявлен дефицит самообслуживания. Специалист по уходу помогает выполнять те функции, которые человек сам выполнить не может, либо содействует в выполнении следующих функций:

– осуществление гигиенических мероприятий (включая переодевание);

– помощь в принятии пищи либо кормление;

– помощь в перемещении в пространстве (в пределах квартиры, дома и за пределами территории проживания);

– помощь в реализации социальных потребностей: общение, организация досуга;

– помощь в быту: приготовление пищи, уборка, запись к врачу и так далее.

В сферу деятельности специалиста по уходу так же входит функция наблюдения за состоянием здоровья, помощь в раскладывании лекарственных препаратов, оказание первой доврачебной помощи в случае необходимости.

Как видно, функций более чем достаточно, все они направлены на одно: помощь нуждающемуся. И эта помощь должна быть грамотная, профессиональная и своевременная.

ПОЧЕМУ ВАЖНО ГОТОВИТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УХОДУ?

Требования времени и новой системы долговременного ухода предполагают наличие подготовленного специалиста, владеющего всеми необходимыми методиками и манипуляциями.

Не секрет, что ранее в сферу ухода шли люди, которые не смогли найти свое место на рынке труда, либо без образования, потому что требований к уровню подготовки данного рода специалистов не было. В условиях сегодняшнего времени все иначе. Грамотный уход – это не просто гигиенические мероприятия, это сложный многоступенчатый подход. Специалист по уходу должен обладать следующими компетенциями: оценить степень зависимости, определить степень собственных вмешательств. Так же необходимо ориентироваться в объеме помощи по уходу. Маломобильный человек должен быть правильно перемещен, с учетом его состояния, веса, имеющихся патологий, ограничивающих мобильность. К людям с разными степенями зависимости применяются разные методики кормления и разные способы помощи в осуществлении гигиены. Эти способы тоже нужно знать и понимать, когда и каким из них пользоваться.

Все эти знания невозможно получить самостоятельно. Слишком много нюансов, которые должны быть разобраны и отработаны до того, как специалист по уходу выйдет на работу с живыми людьми.

Отсюда вытекает потребность в обучении специалистов по уходу. Обучение должно включать не просто манипуляционные навыки, но

и методы осмотра, первичной доврачебной диагностики состояния здоровья и диагностику функционального состояния. В образовательную программу для помощников по уходу должен обязательно быть включен блок по психологии общения с пожилыми людьми, должны быть рассмотрены ситуационные задачи с разбором наиболее часто встречающихся ошибок.

СУЩЕСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УХОДУ И ИХ ПРАВОВОЙ СТАТУС

В настоящее время федерального государственного образовательного стандарта по подготовке специалистов по уходу не существует. То есть формально на уровне государства не определен перечень дисциплин, навыков и умений, которым специалист по уходу должен обучаться.

Но с другой стороны, Приказом Минтруда России от 30.07.2018 № 507н «Об утверждении профессионального стандарта «Сиделка (помощник по уходу)»» определен перечень функциональных обязанностей и компетенций, которые специалист по уходу должен выполнять. То есть получается своего рода замкнутый круг – перечень обязанностей есть, а вот образовательных стандартов нет.

Но отрасль не стоит на месте, строительство системы долговременного ухода идет полным ходом и, несмотря на пробелы в законодательной базе, потребность в специалистах растет с каждым днем. Многие организации, работающие в сфере долговременного ухода, пошли своим путем и разработали собственные программы обучения, отвечающие их требованиям. Именно по ним и ведется обучение будущих специалистов по уходу. Насколько качественные и актуальные такие программы подготовки, сказать сложно – комплексный анализ данных программ никто не проводил.

Формально любой желающий может пойти на обучение и, закончив, получить документ, но вот насколько качественным будет обучение сказать сложно.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УХОДУ

Не стоит забывать, что обучение в сфере ухода является специфичным, до этого в России не практиковавшимся феноменом. В целом можно выделить следующие особенности в обучении специалистов по уходу:

– возрастная категория обучающихся старше 50 лет;

– низкая мотивация к обучению;

– недостаток качественно подготовленных преподавателей в области ухода;

– отсутствие у образовательных учреждений клинической базы для практической части обучения.

МОДЕЛИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УХОДУ И ОБЪЕМ ЗНАНИЙ

В настоящее время наиболее популярная модель обучения специалистов по уходу – это так называемые фронтальные лекции. То есть слушателей собирают в общей аудитории и начитывают лекционный материал, одновременно демонстрируя часть лекции на экране в виде презентаций. Данная модель является морально устаревшей, поскольку не выполняет главной функции образования – подготовки будущего специалиста к реальным условиям труда.

Другая модель подготовки специалистов встречается реже, но является наиболее приемлемой в условиях динамичного развития системы долговременного ухода. Это модульное обучение с симуляциями. В этой модели обучения весь курс помощника по уходу разбит на модули. Каждый модуль – отдельная тема (или несколько тем). Теоретический материал пересекается с практическими занятиями с использованием симуляционных технологий: манекены для отработки практических навыков, воссоздание условий пребывания пациента (дом, стационарное учреждение). Данная модель обучения готовит слушателей к реалиям, в которых им предстоит работать, раскрывает уже имеющиеся навыки работы и выявляет лиц, которые в силу тех или иных причин не смогут полноценно оказывать услуги специалиста по уходу.

В любом случае подготовка специалистов по уходу – процесс многоступенчатый и для нашей страны новый. Существует много аспектов и нюансов, на которые нужно обратить внимание: образовательные программы, учебные базы, преподавательский состав. Поле деятельности в данном направлении очень большое и его значение очень важно для развития всей отрасли долговременного ухода. ■

СЕСТРА МИЛОСЕР

Евгения Вячеславовна ВЛАСОВА,
служба «Милосердие»

Это не только девушка в белом платке с крестом на фотографии времен Первой мировой войны. Институт сестер милосердия существует и в наше время. Что это за профессия? Чем сестра милосердия отличается от сиделки или медсестры? Попробуем разобраться.

ДИЯ – КТО ОНА?

ДОЛЖНОСТЬ ЕСТЬ, ШТАТНОЙ ЕДИНИЦЫ НЕТ

Начнем с того, что у этой профессии есть официальный статус. В общероссийском классификаторе вы найдете должности «медицинская сестра милосердия» и «младшая сестра милосердия». Правда, отдельных стандартов для этих профессий пока нет, и в штатных расписаниях государственных учреждений такие должности тоже отсутствуют. Тем не менее, на сестру милосердия можно выучиться.

В Москве с 1992 года существует Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Департамента здравоохранения города Москвы «Свято-Димитриевское училище сестер милосердия». Программа училища соответствует образовательным стандартам. Срок обучения 3 года 10 месяцев. Выпускники получают квалификацию медсестер/медбратьев и диплом государственного образца.

И все-таки это не совсем обычное училище. Идея его создания принадлежала настоятелю православного храма во имя святого благоверного царевича Димитрия, священнику Аркадию Шатову. Храм находится при Первой Градской больнице. Отец Аркадий вместе с прихожанами часто навещал пациентов и видел, что в отделениях остро не хватает помощников – людей, которые бы не просто выполняли медицинские предписания, но и давали людям нечто большее. Отец Аркадий и стал инициатором создания Свято-Димитриевского сестричества и училища, главная цель которого – возрождение института сестер милосердия.

На базе сестричества проводятся пятимесячные курсы патронажных сестер. Выпускники курсов также могут стать сестрами милосердия и помогать медперсоналу в качестве младших медицинских сестер.

Татьяна Павловна Филиппова, старшая сестра Свято-Димитриевского сестричества, преподаватель училища:

«В больнице сестра милосердия чаще всего в штат не оформлена, ее труд оплачивают благотворители. Считается, что мы помогаем медперсоналу, но в действительности функции сестры милосердия намного шире. Это и требная сестра, и соцработник. Что такое требная сестра? Это человек, который может говорить с пациентом на духовные темы, если он выражает такое желание. Требная сестра может принести больному духовную литературу, помочь подготовиться к исповеди, пригласить священника.

Разумеется, для этого сама сестра должна быть верующей и разделять православные ценности. В училище есть такой предмет «Духовные основы милосердия», сокращенно – ДОМ. Его читают священники с большим опытом окормления больных. На мой взгляд, это очень важная дисциплина – сестра милосердия должна быть человеком воцерковленным. Бывает, конечно, что к нам приходят сестры, не имеющие духовного опыта, но, работая с нами, они, как правило, воцерковляются.

Сестры милосердия могут брать на себя и функции соцработника. Потребность в социальной помощи после выписки из больницы есть у многих. Например, человек не помнит, где он живет, как попал в больницу. Сестра милосердия берет на себя поиск родственников, организует отправку пациента домой, иногда занимается восстановлением утерянных документов.

Вообще, труд сестер очень тяжелый, требует огромного терпения, внимания. У тех, кто ухаживает за больными, обычно страдает спина, ведь лежачего человека надо переворачивать, пересаживать. Конечно, все сестры обучены технике безопасности, но нагрузка все равно очень большая. И сил душевных тоже требуется много. Тяжелые больные и психологически часто бывают тяжелые. Вот почему я считаю, что сестра милосердия должна иметь духовную опору. Верующий человек по-другому относится к больному, он понимает, что несет ответственность не только перед людьми, но и перед Богом, и это дает ему силы.

Когда сестры только пришли в больницу, отношение медперсонала к ним было крайне настороженным. Их воспринимали как конкурентов. Постепенно ситуация изменилась. Ведь сестры не претендуют на чье-то место, их работа оплачивается не из средств больницы. При этом они выполняют ту работу, до которой у персонала просто не доходят руки. Больничные медсестры завалены работой – процедуры, уколы, лекарства, ведение документации. Им не до общения. А больному необходимо теплое, сердечное внимание. Сейчас помощь сестер милосердия всем в радость. Мне кажется, в отделениях, где они работают, даже климат меняется. Люди становятся спокойнее, приветливее, милосерднее».

ОДИН ДЕНЬ В БОГАДЕЛЬНЕ

В Свято-Спиридоньевской богадельне весь персонал – сестры милосердия. Нет ни медсестер, ни сиделок, ни санитарок. Функции не делятся, все делают все – ухаживают за подопечными, кормят, собирают грязную посуду, перестилают кровати, убираются в комнатах... Из 18 жителей богадельни 16 – лежачие, нуждающиеся в постоянном уходе.

Свято-Спиридоньевская богадельня существует с 1999 года. Это проект православной службы «Милосердие». Все сотрудники, в том числе сестры, поступая на работу, обязательно проходят собеседование со священником.

Ольга Иорданская, старшая сестра Свято-Спиридоньевской богадельни:

«День у нас начинается с проведения утренних процедур – сестры собирают жителей богадельни к завтраку. На одну сестру приходится три человека, каждого надо отвезти в душ, переодеть, умыть лицо, вымыть руки, почистить зубы, сменить постельное белье по необходимости. Тем, у кого есть раны и стомы, делают перевязки, с другими проводят ежедневную зарядку, чтобы не атрофировались мышцы и работали суставы. Все это требует определенного времени, в результате утро может растянуться, а время завтрака отодвинуться. Но наши сестры научились выходить из положения, ведь кто-то просыпается раньше, а кто-то позже. Например, один наш подопечный посыпается в шесть утра. К тому времени, когда просыпаются остальные, он уже умыт и накормлен. Из двадцати человек самостоятельно поесть могут только восемь, остальных кормят сестры.

После завтрака все отдыхают: смотрят телевизор, читают, спят, есть и любители посидеть за компьютером. Если погода позволяет, сестры везут подопечных гулять. Вообще, мы стараемся, чтобы жизнь в богадельне не была однообразной. Приглашаем музыкантов и артистов, а иногда сами что-то придумываем. Сестры даже спектакли ставят. Ну а на праздники, конечно, всем дарим подарки.

Меня часто спрашивают, тяжело ли работать в богадельне? Да, тяжело: смены по 12 часов, большая физическая и моральная нагрузка... Но самое тяжелое, на мой взгляд, – ответственность, ведь именно мы отвечаем за жизнь наших подопечных. Я работала в больнице и, когда пришла сюда, сразу почувствовала этот груз. В больнице такой ответственности на сестре нет. Плохо человеку – зовешь врача. А мы в богадельне должны сами принимать важные решения, например, отвозить человека в больницу или нет, если ему стало плохо. Бывали случаи, когда наши подопечные очень тяжело переживали переезд в больницу, приходили в сильное нервное возбуждение, им становилось хуже. Поэтому вопрос с больницей всегда решается индивидуально, а ответственность за принятое решение лежит на нас. Это непросто.

Ну а самое радостное в нашей работе – это теплые отношения с подопечными и общая атмосфера домашнего уюта. В богадельне люди живут годами, и за это время мы успеваем сродниться. Сестры иногда уходят от нас по разным причинам, а связь все равно не теряют – звонят, навещают, иногда приходят помочь, а с некоторыми жителями богадельни даже переписываются по электронной почте.

Самый активный пользователь Интернета и соцсетей у нас Евгений. Почти 40 лет назад он получил травму позвоночника и остался полностью парализован. В богадельне с помощью специальных приспособлений Женя научился печатать на компьютере и теперь со многими общается в Интернете. С одной из сестер даже переписывается стихами. В этом для него вдохновение и радость жизни.

Главное для нас – вдохнуть в человека желание жить, чтобы он не замыкался в состоянии своей беспомощности. Эти люди, с виду слабые и зависимые, на самом деле обладают мощной внутренней силой. Они не жалуются, а бывает, что и утешают наших сестер. Есть у нас Вера Ильинична, очень скромная и молчаливая бабушка, бывшая учительница. Как бы ей не было плохо, на вопрос «Как вы себя чувствуете?» всегда отвечает: «Хорошо!» И мы действительно стараемся сделать все возможное, чтобы нашим подопечным было хорошо». ■

РОЛЬ СИДЕЛКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ,

АБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СТАЦИОНАРЕ

Нина Сергеевна ПОЗНЯК,
психолог Центра для пожилых людей «Союз»

Всемирная организация здравоохранения определяет пожилой возраст рамками 60–74 лет, старческий – 75–90 годами. Людей, которым посчастливилось жить больше 90 лет, определяет как долгожителей. Пожилой и старческий возраст сопровождается ухудшением физического и психического здоровья, что отягощает повседневную жизнь человека и жизнь его близких.

Стоит отметить, что даже при нормальном (физиологическом) старении, происходят возрастные изменения. Это и недуги, связанные со здоровьем и возрастные кризисы, смысложизненные вопросы.

Приведу примеры основных возрастных изменений:

– снижение физической и умственной работоспособности;

– трудности с выработкой новых условных рефлексов, угасание старых;

– замедление движений и их неточность, изменения в походке;

– пожилые люди вынуждены тратить больше времени на подготовку и больше контролировать собственные действия.

При патологических формах старения, сопряженных с заболеваниями, зависимостью и утратой самостоятельности, эти изменения, как правило, выражены сильнее. Все эти факторы влияют на восприятие человеком окружающего мира, его самооценку, психоэмоциональное состояние и поведение. При этом с возрастом, пожилые люди все чаще оказываются в стационарных условиях проживания (больницы, пансионаты, хосписы), вдалеке от родных и вынуждены формировать новые связи, привязанности, заводить новых друзей. Зачастую самыми близкими в такой ситуации оказываются сиделки или помощники по уходу, которые проводят большую часть времени рядом с подопечными. Они же способны оказывать влияние на реабилитацию и социализацию пожилого подопечного. Но прежде чем рассуждать о важности роли сиделки в жизни пожилого человека, пребывающего в условиях стационарного обслуживания, предлагаю разобраться в основных понятиях, указанных в названии статьи.

Реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление и компенсацию нарушенных или полностью утраченных в результате болезни или травмы нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности. Например, всем известна

реабилитация человека после инсульта, когда он постепенно заново учится ходить, говорить, возвращает себе способность самообслуживания. Или это может быть реабилитация, направленная на восстановление утраченных психических функций: памяти, мышления, речи и других.

Абилитация – это комплекс мероприятий, направленных на адаптацию индивида к самостоятельной жизни, освоение нового рода деятельности. Здесь уже речь идет не только о функциях, необходимых для жизни и самообслуживания, а о развитии самостоятельности и/или освоении новых видов деятельности. Для пожилых людей такой деятельностью часто становится творческая (художественное творчество), физическая (упражнения лечебной физкультуры) или интеллектуальная (освоение ПК или иностранного языка), для которой так и не нашлось времени в молодости.

Социализация – процесс усвоения индивидом социальных норм, культурных ценностей и образцов поведения общества, к которому он принадлежит. Когда говорят о пожилых, то под социализацией понимают освоение ими новых стереотипов поведения, выстраивание новой системы ценностей, которые позволяют взаимодействовать с социумом и чувствовать себя его частью.

Попадая в больницу, пансионат или другое учреждение со стационарными условиями пребывания, пожилой человек оказывается в новом для себя обществе, состоящем из его сверстников (проживающих рядом) и медицинского персонала, который занимается их обслуживанием и уходом. Последние часто становятся самыми близкими. Это люди, которые кормят, следят за гигиеной, помогают в любых трудных ситуациях, проводят рядом много времени. Очень быстро между помощником по уходу и подопечным устанавливаются доверительные отношения, что несет за собой немалое влияние на настроение и поведение пожилого человека. И каждый помощник по уходу, не являясь врачом или психологом, тоже оказывает влияние на процесс реабилитации, абилитации и социализации пожилого подопечного. Предлагаю по пунктам разобрать, каким образом.

МАНИПУЛЯЦИИ И УХОД

Как правило, в стационар попадают люди, нуждающиеся в физической помощи. Качество оказания этой помощи – основа скорейшей и благополучной реабилитации пожилого человека. Это первый пункт и то, с чего все начинается. Если процедуры выполняются своевременно и максимально безболезненно, это основа хорошего настроения для пожилого подопечного. Только будучи сытым, чистым, оставаясь в комфортных условиях, человек способен стремиться к чему-то еще. Физиологический комфорт и качественный уход – фундамент реабилитации.

ОТНОШЕНИЕ

В пожилом возрасте человек, утрачивая здоровье, самостоятельность, былой статус, также утрачивает уверенность в себе и самоценность. Окружающие часто поддерживают обесценивание личности пожилого: дети и внуки перестают учитывать мнение, в его профессиональных знаниях больше нет нужды, они устаревают. Утрачивая физическую

силу, теряя способность справляться самостоятельно с процедурами личной гигиены, человек перестает ощущать себя полноценным, достойным, испытывает чувство стыда и вины перед окружающими. Помощник по уходу, как самый физически близкий человек, демонстрируя уважительное отношение может поддержать высокий уровень самоценности подопечного. Простые действия, такие как войти в комнату, предварительно постучав или предоставление выбора в простых ежедневных ритуалах. Например: «вы хотите искупаться в два или в пять часов сегодня?». Сиделке при этом не нужно двигать свои рабочие планы. Достаточно просто предложить выбрать из двух подходящих ей вариантов. Само предоставление выбора помогает человеку ощутить собственную значимость и возможность влиять на свою жизнь. Обращаться на «вы», по имени и отчеству, стараться не повышать голос. Ну и конечно, грубость, обвинения, выражение злости – недопустимы. Они лишь усиливают возникшее чувство собственной неполноценности и нежелание жить. Таким образом, мы видим, как много решает отношение в паре подопечный-помощник по уходу.

ОБЩЕНИЕ

Человеку нужен человек – это не пустые слова. Мы, люди, – существа социальные и нуждаемся в общении: в поступлении новой информации, в обмене эмоциями и чувствами, в возможности совместной деятельности. Для пожилого человека общение играет не менее важную роль, чем лекарства или питание. В стационарных условиях у проживающих есть возможность общаться друг с другом, со сверстниками, обсуждать прошлое, вспоминать старые фильмы, песни, способы времяпрепровождения и так далее. Общаясь с младшим поколением, у пожилых людей появляется возможность узнать больше новой информации о современной жизни, о том, какие изменения произошли вокруг. В результате такого общения пожилой человек чувствует себя включенным в социум, в современную жизнь. Есть польза в подобном общении и для помощника по уходу: опыт, накопленный у пожилых подопечных может стать ценным и важным для более молодого человека. Старики охотно дают советы и делятся историями из жизни, которые могут обогатить и расширить кругозор помощника по уходу. Поэтому, выполняя свои ежедневные функции, не стоит пренебрегать общением с подопечным. В случае если времени для этого нет, сиделке стоит спокойно объяснить, что она с радостью выслушала бы такую интересную историю, но здесь она на работе и ей нужно еще многое успеть.

ПРОГУЛКИ, ЗАНЯТИЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Важным элементом в социализации и реабилитации является деятельность и активность человека. Прогулки, зарядка, анимационные и коррекционные занятия, развлекательные мероприятия – все это организовывается для пожилых людей, проживающих в стационарных условиях. При этом часто сами подопечные по разным причинам предпочитают остаться в комнате перед телевизором. Сиделка может предложить, порекомендовать и даже убедить подопечного в пользе активного времяпрепровождения, тем самым стимулировать его к активности вовне. А, как известно, пока человек остается активным, он остается молодым.

Подводя итог, хочу отметить, что часто роль сиделок в глазах окружающих, сводится к нехитрым манипуляциям по уходу за подопечными. На самом деле, помощник по уходу оказывает значительное влияние на качество пребывания пожилого человека в стационаре, являясь не менее важным звеном в реабилитационном процессе, чем врачи, психологи и другие специалисты. ■

ПАТРОНАЖ – ОТ ТЕРМИНА К РЕАЛЬНОЙ ЗАБОТЕ

Алла Викторовна БОБЫЛЕВА,
руководитель патронажной службы «Милосердие», г. Новосибирск

Существует несколько определений понятия «патронаж»: от французского patronage – «покровительство», «поддержка»; в юридической практике России – особый вид опеки и попечительства; в медицине – проведение медицинскими работниками профилактических и санитарно-просветительных мероприятий на дому. Как видно из определений, это забота человека о другом человеке, нуждающемся в помощи в данный момент. И не важно, по какому поводу. Патронаж может быть социальным, медицинским, детским и так далее, в зависимости от решаемой проблемы.

Наша патронажная служба занимается только ситуацией, когда дома на руках у семьи или в полном одиночестве оказывается больной, лежачий или маломобильный человек, требующий постоянной или периодической посторонней помощи. Задача службы обеспечить поддержку не только самому пациенту, но и создать максимально комфортные условия всем окружающим его людям, обеспечивая как психологическую поддержку, так и организационную. Ведь чем больше услуг, связанных с подобной проблемой, люди смогут получить в одном месте, без суеты и лишних поисков в Интернете, тем проще и комфортнее жить всей семье. Сейчас часть похожих услуг от государства вы можете получить в социальном комплексном центре, часть – в поликлинике, часть – в аптеке, а какие-то – нигде.

Все патронажные службы – это коммерческие организации, поэтому рассмотреть выживаемость патронажных служб я хочу именно с точки зрения развития и выживаемости их как коммерческого проекта. И если провести анализ патронажных служб в городе Новосибирске, начиная с 2007 года, когда была создана наша патронажная служба «Милосердие», то особенно радостной картины мы не увидим.

На тот момент на рынке уже существовало несколько служб, которые с большей или меньшей степенью успешности пытались работать в данном направлении. Одной из наиболее известных была служба под названием «Новосибирский хоспис», существующая и ныне, но переименованная сейчас в «Благодея-профи». Кроме нее работали еще 3–4 службы, которых на данный момент на рынке уже нет, и несколько кадровых агентств, дублирующих в какой-то степени функционал патронажной службы в части предоставления услуг сиделок. Если посмотреть на раздел «Патронажные услуги» в «2ГИС», то и сейчас очень большого списка игроков рынка вы не найдете. Уж точно никакого сравнения с количеством установщиков окон или натяжных потолков! Получается, прошло 12 лет, а существенного скачка в развитии направления не произошло. Почему?

С моей точки зрения, причин медленного развития и низкой выживаемости несколько.

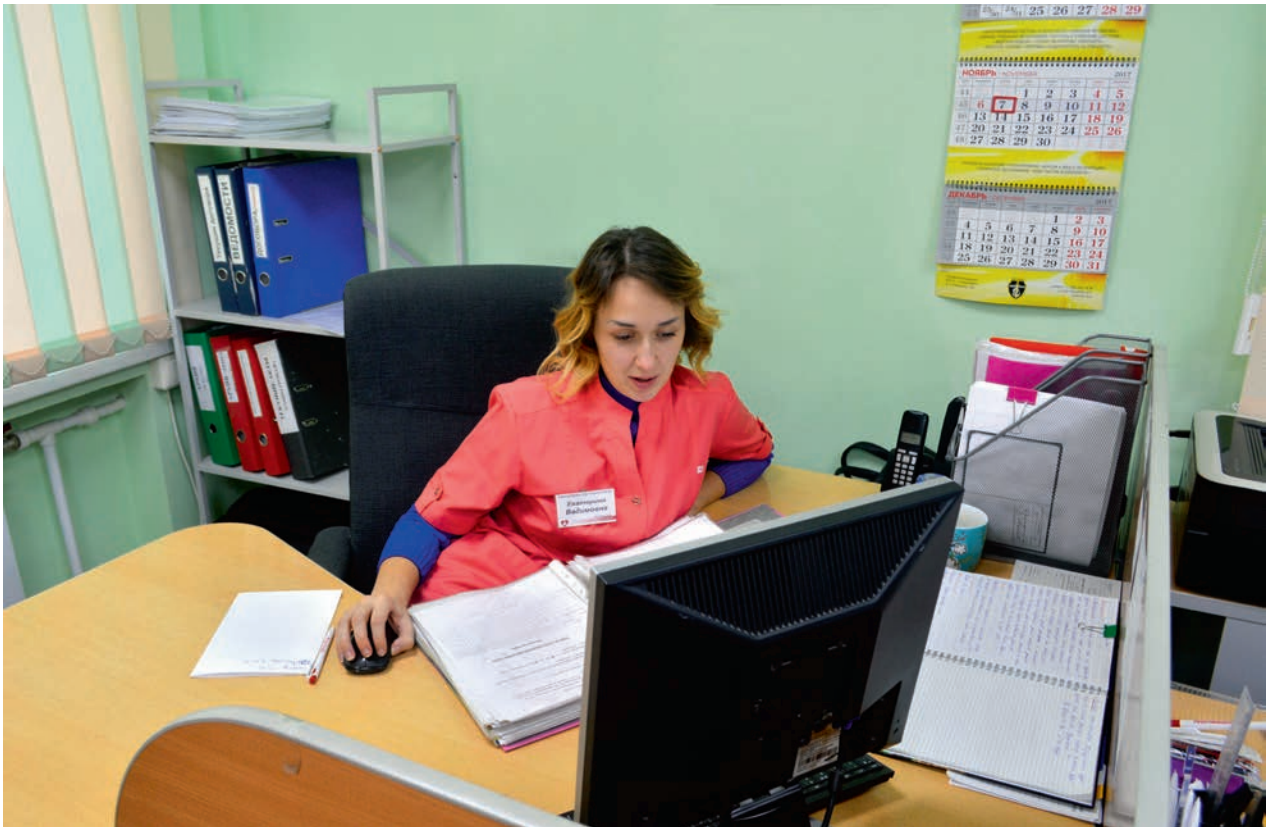
1 Низкая привлекательность бизнеса, как такового. Это очень тяжелый, с психологической точки зрения, бизнес. Далеко не каждый руководитель, начинающий подобный проект, предвидит, что ожидает его на этом пути. А ждет его боль и страх чужих людей, зачастую уже уставших от ситуации, в которой оказались, и, как следствие, обозленных на весь мир. И вы не будете являться исключением. Регулярные ситуации умирания и невозможность оставаться равнодушным к чужому горю. Гораздо проще и выгоднее торговать чем-либо или вести любой другой более веселый бизнес.

2 Низкая платежеспособность населения. К сожалению, наше общество не может похвастаться высоким уровнем доходов, а подобные услуги часто нужны не однократно, а длительно. Далеко не каждая семья способна выдержать подобную финансовую нагрузку.

3 Низкая доходность бизнеса (вытекает из второго пункта). Если ваша цель – много и сразу, это не ваш путь.

4 Тяжелый кадровый голод. До прошлого года такой профессии, как «сиделка» в принципе не существовало. Соответственно, не было учебных заведений, где бы готовили кадры. Нет качественных кадров – нет развития! Наша служба выходила из положения, разрабатывая свой, внутренний стандарт профессии и обучая в соответствии с эти стандартом. Сейчас все сдвинулось с мертвой точки. Профессия официально принята, стандарт профессии разработан и внедрен государством к обязательному использованию в учебных заведениях, появились лицензированные учебные центры, готовые обучать этой непростой профессии.

5 Синдром эмоционального выгорания (вытекает из первого пункта). Мы все живые люди,



Патронажная служба «Милосердие» оказывает консультативную поддержку пациентам и их родственникам по всем вопросам, связанным с уходом за пациентом.

не роботы, и люди «помогающих профессий» подвержены этому синдрому как никто другой. Вовремя понять, что мы тоже нуждаемся в помощи и обратиться за ней к профессионалам, также поможет удержать бизнес.

6 Отсутствие государственной помощи. Она могла бы быть двух видов: это или помощь патронажным службам в виде субсидий на развитие, рекламу, льгот на налоги и аренду помещений, на покупку оборудования; или эта адресная финансовая помощь самим людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, чтобы они могли позволить себе пользоваться услугами патронажа. К счастью, и здесь государство, пусть и медленно, но верно, поворачивается лицом: разрабатываются и внедряются программы социальной поддержки населения, для участия в которых привлекаются коммерческие организации. Пусть это пока активно развивается в Москве и Санкт-Петербурге, но и в Новосибирске тоже появились первенцы государственно-частного партнерства. Коме того, внедряются меры поддержки малого и среднего бизнеса, пусть пока сложно бывает их получить, но, как говорится, дорогу осилит идущий.

Очень приятно осознавать, что и в государстве возникло понимание, что подобные службы – это не акулы капитализма, пытающиеся вырвать последний кусок у народа, а помощники, которыми надо умело пользоваться. Они более гибкие, активные, готовые быстро отреагировать и прийти на помощь другим. И люди, ведущие подобный бизнес и работающие в нем – социально ответственные, понимающие для чего и зачем они затеяли и продолжают вести это дело. Случайные люди здесь не задерживаются.

Понимая, куда движется общество (а движется оно в сторону увеличения количества пожилых и старых людей), понимая политику государства, я думаю, что количество вновь создаваемых служб будет только увеличиваться.

Но хотелось бы коротко рассказать и о том, как выстроена работа в нашей службе и поделиться своими секретами, которые, возможно, помогут кому-то остаться на рынке. В нашей службе «Милосердие» работа построена так, чтобы обеспечить пациента и его семью основным комплексом услуг для решения ключевых проблем, которые могут встретиться на их пути.

– Консультативная поддержка пациента и его родственников по всем вопросам, связанным с уходом за пациентом, его поведением, психологическая поддержка. Причем эта услуга возможна как удаленно по телефону +7 (383) 347-67-00, так и с выездом специалиста на дом.

– Транспортировка маломобильных пациентов. Услуга предоставляется комплексно, как мы называем, «от кровати до кровати», то есть предоставляется не только машина, оборудованная под перевозку лежачего пациента или инвалида-колясочника, но и бригада санитаров с полным набором средств для перемещения подобных пациентов, а также необходимое в этот

В стационаре можно получить полный комплекс лечебных и реабилитационных услуг в одном месте.

момент белье, одеяла, пеленки и так далее.

– Предоставление услуг сиделок на дому от трех часов в день до круглосуточного ухода. Время пребывания у подопечного зависит от сложности ситуации и подбирается индивидуально для каждого случая.

– Продажа различных средств для ухода за лежачими больными в соответствии с самыми современными достижениями и тенденциями. Причем эти средства можно приобрести лично в офисе-магазине службы, а можно заказать с доставкой на дом в нашем интернет-магазине, который легко найти на нашем сайте www.3476700.ru.

– Прокат дорогостоящих средств технической реабилитации, которые очень часто нужны пациентам лишь на время (кресла-коляски, ходунки, костыли и так далее).

Оказывая такой широкий спектр услуг, нам удалось не только сохранить свою службу, но и пойти дальше. На данный момент совместно с Новосибирским протезно-ортопедическим предприятием запущен новый проект – стационар для ухода, лечения и реабилитации пациентов с различными патологиями (оперированные и неоперированные переломы шейки бедренной кости, инсульты, пациенты со старческой деменцией и болезнью Альцгеймера и так далее). Вы можете спокойно уехать в отпуск, разместив своего родного, но пожилого уже человека в прекрасном отделении или получить полный комплекс лечебных и реабилитационных услуг в одном месте, не нанимая на дом отдельно массажиста, медсестру и так далее.

Теперь, как и обещала, несколько маленьких секретов успеха, которые помогут вам двигаться вперед:

– желание и готовность быть полезными другим людям;

– наличие команды единомышленников;

– серьезная кадровая работа;

– наличие ассортимента услуг;

– знание и применение всех мер поддержки государства, применимых к этому бизнесу;

– знание всех мер государственной поддержки людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

– умение понимать и пользоваться помощью других профессионалов;

– желание быть самостоятельным хозяином своего дела и зарабатывать больше.

Мы не зря расставили эти пункты подобным образом по приоритетам. С нашей точки зрения, только в такой последовательности возможен успех в этом бизнесе!

Итак, рассмотрев разные стороны, можно сделать вывод, что да, это сложный бизнес, в котором существует множество нюансов, но все же с годами такой бизнес становится более востребованным. Как мы уже выяснили, и государство не остается в стороне, постепенно реализуя социальные проекты в рамках государственно-частного партнерства. Но все же в развитии патронажных служб принять участие сможет не каждый, а только тот, кто готов отдать свою заботу и милосердие другим людям. ■

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УХОДУ. НАВЫКИ, КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ ЗАБОТИТЬСЯ

Анна Александровна КАН, ***клинический психолог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина», преподаватель Учебного центра ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки»***

В современном обществе все чаще и чаще возникает потребность в привлечении различных специалистов для помощи людям. Востребованы няни и гувернантки для детей, помощники по ведению домашнего хозяйства, сиделки для тяжелобольных и пожилых и прочие. Это создает потребность в обучении специалистов необходимым навыкам.

Специалист сферы ухода за тяжелобольным человеком должен обладать определенным набором навыков гигиены тела и обработки ран, безопасного перемещения подопечного, уметь вовремя определять ухудшение состояния. Не менее важно иметь определенный набор навыков психологической поддержки, научиться правильно относиться к тяжелым заболеваниям.

Давайте разбираться, какие психологические навыки пригодятся специалисту по уходу для адекватного взаимодействия с подопечным и его семьей.

Вы специалист и это важно осознавать. Специалисты обладают определенным профессионализмом. Профессионально:

– постоянно повышать квалификацию. Очень полезно посещать конференции, лекции. Не противиться новым знаниям;

– стать частью команды. Понимать, что мнение врачей и родственников очень важно для качественного процесса сопровождения подопечного. Не спорить, договариваться, помогать, обучать уходу за близкими. Не дискриминировать медицинских работников, не применять народные средства, не обсудив их со специалистами. Помните: вы коллеги, вы в одной команде;

– понимать свои функциональные обязанности и степень ответственности. Не выполнять работу, о которой не договаривались и не принимать самостоятельных несогласованных решений. Контролировать проявление собственной инициативы;

– не вовлекаться в конфликты. Понимать, что родственникам тяжело и морально, и материально, это может провоцировать негативные эмоциональные реакции. Терпеливо давать высказаться и спокойно обсуждать все вопросы;

– поддерживать самостоятельность подопечного, стимулировать его активность, уважать его автономию и потребность в признании как личности. Помнить, что у каждого человека есть история, уважать опыт.

Вы человек, у вас есть личностные границы и потребности. Важно не забывать:

– достаточно отдыхать, регулярно и правильно питаться. Это позволит быть активным и меньше раздражаться;

– грамотно отстаивать свои личностные границы, если окружение подопечного начинает эти границы агрессивно нарушать. Спокойно дать понять, что вас оскорбляет такое отношение, выдержать паузу после конфликта и попросить более спокойно изложить претензии. Если договориться не получается, отказаться от работы с этой семьей;

– психологически теплые отношения с подопечным – разговоры о жизни, совместные развивающие занятия обязательно вернутся к вам ресурсной энергией. Даже самый вредный больной становится более спокойным и открытым от терпеливой и внимательной заботы;

– тяжелая болезнь или немощность часто сопровождаются депрессией. Если вы понимаете, что продуктивному и адекватному контакту подопечный недоступен, это обязательно надо озвучить врачу или родственникам. Консультация психиатра и своевременное назначение психотропных препаратов облегчит депрессию, подопечному и вам станет легче и комфортнее.

Каждый из нас периодически болеет, и мы понимаем, как важно, чтобы рядом находился психологически сильный и добрый человек, который заряжал бы нас бодростью. Человек, который поддерживая, уважает личностные границы, чтобы помощь не стала раздражающе навязчивой. Того же самого хотят тяжелобольные и пожилые люди. При адекватном обезболивании и купировании других тягостных симптомов, при регулярном использовании профессиональных средств по уходу подопечному будет комфортно. Важно понимать, что практически любой дискомфорт можно облегчить, научиться объяснять то, что терпеть ничего не нужно, нужно все ощущения обсуждать с врачом. При соблюдении этих правил, фон настроения будет нормальным, контакт с окружающими адекватным.

Помните, что когда «качество жизни» становится важнее ее количества на первый план выходит чуткая, внимательная забота: приятные разговоры, любимые фильмы, еда, которой хочется, даже если она не очень полезная, книги вслух, возможность пригласить старых друзей или тихонечко поплакать с вами наедине.

Большая честь – стать опорой и помощью для слабого человека, ведь каждый из нас это целая вселенная. Большая честь и большая ответственность. Подготовка к такой работе должна быть основательной и серьезной.

Более подробно эту тему мы разбираем в день, который посвящен психологии на курсе повышения квалификации в УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». ■

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОТДЕЛЕНИЯХ МИЛОСЕРДИЯ

Алла Владимировна ЧИКИНЕВА,
главная медицинская сестра, к. м. н. ГАСУСО НСО «Обской психоневрологический интернат»

Эффективная и безопасная работа учреждения, оказывающего медико-социальную помощь и уход за тяжелобольными и пожилыми людьми, пациентами с хроническими психическими заболеваниями, предполагает целый комплекс организационных мероприятий в области инфекционного контроля, подготовки персонала и внедрения современных технологий гигиены и ухода.

Деятельность персонала учреждения социального обслуживания, в частности психоневрологических интернатов, должна быть направлена как на поддержание физического здоровья, активности, создание комфортного пребывания, так и на обеспечение инфекционной безопасности. Инфекционная безопасность состоит из двух составляющих:

– эпидемиологическая безопасность пациентов,

– эпидемиологическая безопасность персонала.

Инфекционная безопасность в любом учреждении определяется системой дезинфекционных мероприятий, которая включает в себя дезинфекцию поверхностей (санитарное содержание помещений), дезинфекцию изделий медицинского назначения, кожных покровов персонала (руки) и пациентов (профилактика пролежней), а также дезинфекцию воздуха помещений и отходов. Обеспечение эпидемиологической безопасности всегда входило в сферу ответственности среднего и младшего медицинского персонала, поэтому особое внимание при организации работы этой категории персонала должно уделяться вопросам безопасности медицинских технологий и ухода.

ВАЖНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

Среди среднего медицинского персонала Обского ПНИ – 65% сотрудников имеют высшую и первую квалификационные категории. Помимо традиционных форм профессионального обучения, в медицинских образовательных учреждениях реализуется программа непрерывного повышения профессионального уровня среднего и младшего медицинского персонала на базе учебно-методического кабинета, организованного в интернате. Обучение проводится по разработанным тематическим планам, которые включают вопросы организации работы, санитарно-противоэпидемического режима, фармакологии, неотложной медицинской помощи, ухода и другие. Все средние и младшие медицинские работники в течение календарного года обязаны пройти тематические циклы обучения. Занятия проводят заместитель директора по медицинской части, главная и старшие медицинские сестры отделений, а также заведующие отделениями, врачи и методисты Учебного центра дополнительного профессионального образования «Европейский центр долгосрочной опеки в Новосибирске».

Для поиска новых возможностей взаимодействия между медицинскими, социальными и образовательными учреждениями по вопросам современного ухода, повышения профессиональных компетенций среднего и младшего медицинского персонала проводятся научно-практические конференции, семинары и круглые столы.

НА ПОМОЩЬ ПРИХОДЯТ СТАНДАРТЫ

Внедрению системы обеспечения безопасности и улучшению качества медико-социальной помощи способствует стандартизация всех рабочих процессов. Министерством здравоохранения РФ и Росздравнадзором указана необходимость разработки стандартных операционных процедур

ОБСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ

Был создан в результате реорганизации Обского пансионата для престарелых и инвалидов и Обского детского дома-интерната для умственно отсталых детей. Пациентами являются граждане пожилого возраста (мужчины старше 60 лет, женщины старше 55 лет) и инвалиды (старше 18 лет), страдающие психическими хроническими заболеваниями и нуждающиеся в постоянном постороннем уходе. Средний возраст проживающих составляет 47 лет. Основной целью учреждения является оказание медицинской, социальной, бытовой, психолого-педагогической, правовой помощи, реализация мероприятий по уходу. Важное место занимает лечебно-оздоровительная и профилактическая, социально-трудовая и культурная реабилитация на основе индивидуальных программ.

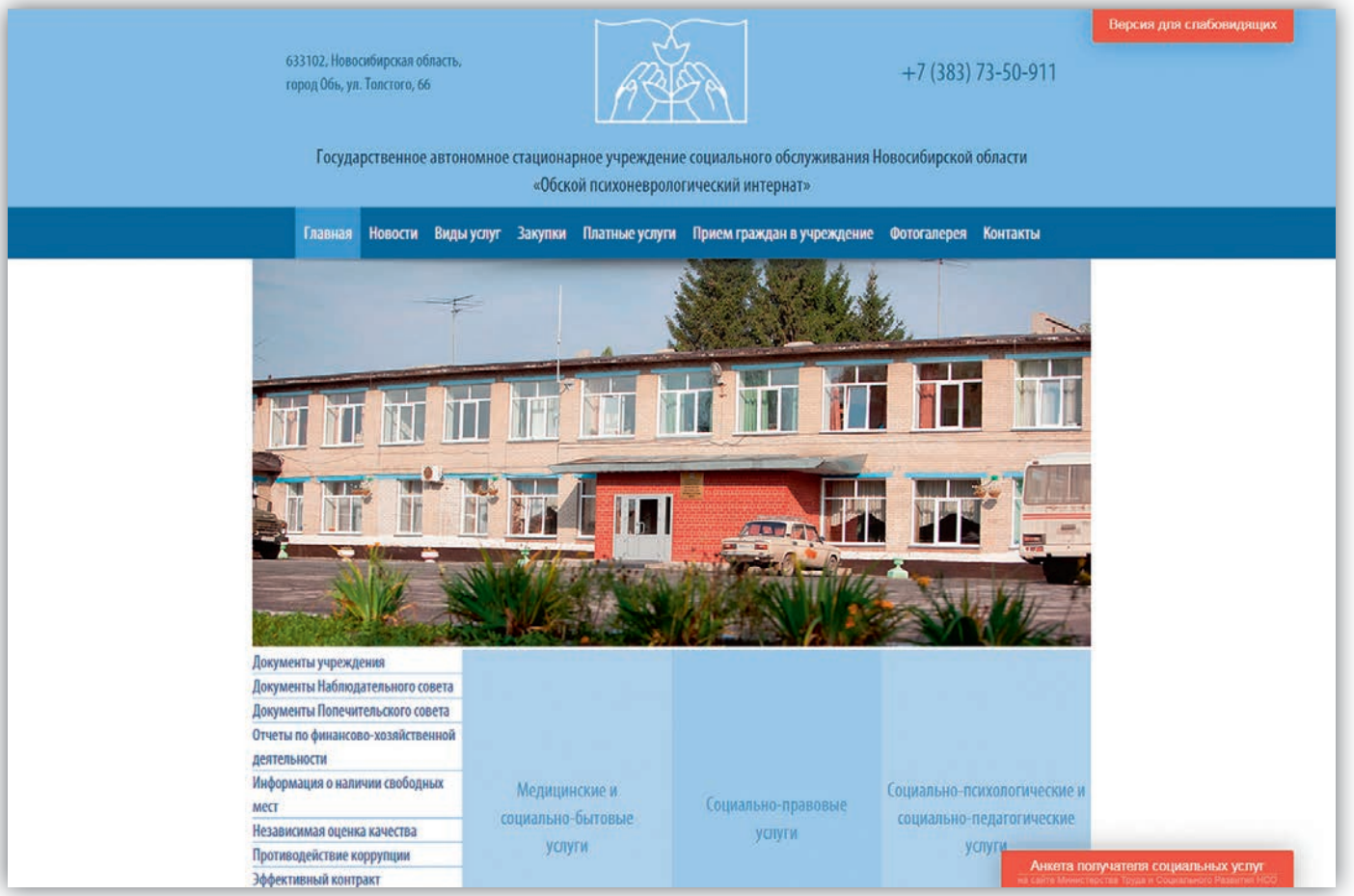
Общая коечная мощность учреждения рассчитана на 700 пациентов – 240 коек для пациентов полностью утративших способность к самообслуживанию и 460 коек для пациентов частично утративших эту способность.

Структура интерната:

– главный корпус на 500 коек, из которых 160 – отделение милосердия, 340 – психоневрологическое отделение и отделение социально-медицинской помощи;

– Филиал № 1 – 160 коек, в том числе отделение милосердия (80 коек) и отделение медико-социальной реабилитации для инвалидов;

– Филиал № 2 – 40 человек. Предназначен для подготовки инвалидов до 35 лет к самостоятельной жизни.



и внедрение их на рабочих местах среднего медицинского персонала.

Стандартные операционные (рабочие) процедуры (СОП) – Standard Operation Procedures (SOP) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, опирающихся на нормативные документы, ГОСТы, ИСО и методические рекомендации, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу. СОП делают процесс работы и его результаты последовательными, согласованными и предсказуемыми.

На сегодняшний день в Обском психоневрологическом интернате такая работа проведена, и деятельность среднего и младшего медицинского персонала регламентируется следующими СОП:

– программа гигиены рук;

– СОП-2-1-ИВ (инвазивные вмешательства) – это СОП при проведении п/к, в/м, в/в инъекций, СОП при проведении взятия крови из периферической вены, промывании желудка и так далее;

– СОП-2-6-ДИПП (профилактика пролежней, десмургия, иммобилизация) – стандарты по перевязке при нарушении целостности кожных покровов, при гнойных заболеваниях кожи, иммобилизация при переломах;

– СОП-2-4-МСУ (манипуляции сестринского ухода) – в этом разделе весь уход (27 шт.);

– СОП-2-3-ФО (функциональные обследования);

– СОП-2-5-ЛС (обращение с лекарственными средствами).

Внедрение стандартных операционных процедур в деятельность интерната позволяет неотступно соблюдать все требования санитарно-эпидемиологических правил и норм а, следовательно, безопасно и качественно выполнять любые манипуляции и вмешательства.

ЧИСТОТА И УХОД

Меры по обеспечению инфекционной безопасности включают в себя меро-приятия по дезинфекции кожных покровов (к ним относятся обработка рук персонала и профилактика пролежней у пациентов). Снизить процент воз-никновения инфекций можно благодаря гигиене рук – бактерии, в том числе мультирезистентные, находящиеся на руках, можно инактивировать путем дезинфекции спиртосодержащим антисептиком. В ПНИ используются только спиртосодержащие антисептические средства с доказанной эффективностью. Эти средства относятся к продуктам экспертного уровня, отвечающим современным требованиям:

– для обработки рук – с увлажняющими компонентами;

– для обработки кожи в области проведения инвазивных процедур – без увлажняющих компонентов.

Часто у людей, утративших способность к самообслуживанию, старше 65 лет, с недержанием мочи развиваются пролежни. Алгоритм гигиенического ухода за кожей у малоподвижных пациентов проводится в соответствии с ГОСТ Р 56819-2015, согласно ему, применяются различные профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия с увлажняющими и защитными свойствами для ухода за кожей, используется абсорбирующее белье, препятствующее увлажнению кожи, уменьшающее ее инфицированность при недержании мочи и кала.

Одним из ключевых звеньев в профилактике распространения возбудителей различных заболеваний среди проживающих является процесс уборки. Поскольку практически весь контингент является людьми ослабленными, следовательно, более уязвимыми.

В ГАСУСО НСО «Обской психоневрологический интернат» санитарно-эпидемиологическое

состояние в отделениях милосердия, кабинетах медицинской части обеспечивает собственная служба профессиональной уборки (система безведерной уборки). Для деятельности данной службы разработан следующий пакет документов:

– приказ по учреждению «О применении профессиональных уборочных систем и расходных материалов при проведении текущей и генеральной уборки помещений»;

– алгоритм уборки и дезинфекции помещений:

– схема цветового кодирования уборочного инвентаря;

– порядок подготовки инвентаря.

Каждый из этих документов утвержден руководителем учреждения.

Данный подход дает ключ к минимизации случаев инфицирования и повышению общего уровня гигиены в учреждении. Установка на улучшение уборки дает множество преимуществ:

– обеспечение высокой гигиеничности за счет принудительной смены моющих насадок. Принцип работы системы позволяет полностью исключить влияние человеческого фактора на дозирование и частоту смены дезинфицирующего средства (дозирующее устройство);

– обеспечение эффективности – укомплектованная тележка является передвижной мини-санитарной комнатой, чем увеличивает скорость уборки на 20 %;

– повышение экономичности – расход моющих и дезинфицирующих средств уменьшается в 8 раз, снижая общие затраты на 30 %;

– снижение нагрузки на персонал за счет исключения из процесса уборки трудоемких процедур, тем самым увеличивая производительность труда;

– отказ от маркировки уборочного инвентаря, поскольку в данной системе предусмотрено цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений (по режимным зонам) и видов уборочных работ, которое снимает еще и массу вопросов у контролирующих органов при проверке;

– улучшение имиджа учреждения за счет грамотного подхода к процессу обеспечения чистоты помещений.

Очистка и дезинфекция воздуха является одним из составляющих системы противоэпидемических мероприятий. За последние годы появилось много новых технологий по очистке и дезинфекции воздуха. В отделениях мило-сердия Обского ПНИ используется система, которая работает на принципе фотокатализа:

– все молекулярные и микробиологические загрязнители воздуха (вирусы, бактерии, аллергены и токсичные газы) адсорбируются на поверхности фотокатализатора и под действием УФИ разлагаются на безвредные составляющие;

– удаляются все типы микроорганизмов, в том числе устойчивые к жесткому УФ-излучению;

– воздух очищается от всех типов органических и неорганических загрязнителей (неприятные запахи, хлорсодержащие соединения и так далее) в результате окисления низкомолекулярных пептидов;

– все реакции очистки происходят внутри установки;

– фильтрующие элементы в системе очистки обеззараживаются в процессе работы и не требуют специальной утилизации, что значительно экономит денежные средства учреждения на поверку эффективности работы облучателей и на утилизацию отработанных бактерицидных ламп, относящихся к отходам класса «Г»;

– полная безопасность использования данной системы в присутствии людей неограниченно долгое время;

– не предусматривается ведение документации на режим работы установки, что также позволяет использовать время медицинского персонала более эффективно и исключает дополнительные вопросы при проверке исполнительных органов санитарно-эпидемиологического надзора.

К современным технологиям в области ухода относится и используемые в отделениях милосердия тележки, предназначенные для санитарной обработки, приема гигиенической ванны и для транспортировки лежачих пациентов. Тележка состоит из каталки и съемных носилок, на которых закреплена ванна из ткани ПВХ с откидными бортами, что позволяет эргономично переложить пациента с кровати в ванну и назад. Внутри ванны имеется подголовник. Помещения душевых комнат спроектированы так, что тележка свободно въезжает и встает под душ, лежачий пациент получает полноценный гигиенический душ. Слив воды тоже очень эргономичен, поскольку каталка обеспечена изменением уровня и наклона и в ней расположен сифон для слива воды.

Для нетранспортабельных пациентов применяются надувные ванны. В спущенном состоянии ванна раскатывается под человеком, как простынь, после чего надувается компрессором. Из мягкой емкости на штативе вода подается через лейку-душ. Слив воды размещен в нижней части ванны.

Одной из важных задач является обеспечение эпидемиологической безопасности персонала. Это комплекс мероприятий, включающий организацию специфической профилактики инфекционных заболеваний (гепатит, корь, дифтерия, грипп и так далее), предупреждение артифициальных заражений при инвазивных процедурах и обработке медицинского инструментария и экстренную профилактику при аварийных ситуациях. Эффективная система охраны профессионального здоровья сотрудников включает в себя:

– организацию регулярных медицинских осмотров,

– профилактические мероприятия (вакцинация сотрудников),

– создание безопасных условий труда.

Современные системы охраны здоровья концентрируются на деятельности, ведущей к полному восстановлению здоровья. В финансовых планах выделяется недостаточно средств на лечение и содержание тяжелобольных или неизлечимых пациентов. В связи с этим в учреждениях, деятельность которых направлена на поддержание физического здоровья, активности, создание комфортного пребывания людей с хроническими заболеваниями, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, как нигде актуально внедрение новейших современных технологий в вопросах организации обеспечения ком-фортного пребывания, санитарного состояния помещений, проведения гигиенических мероприятий и мероприятий по уходу. ■

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

УЦ проводит подготовку высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов, способных обеспечивать качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми. Для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов, хосписов, благотворительных организаций, а также сиделок и опекунов).

Программа повышения квалификации «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком», 72 часа включает в себя учебные модули:

- «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ И ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ»
- «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАБОТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАНАМИ»
- «ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»
- «БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ»
- «ОСНОВЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ИЛИ ПОЖИЛЫМ ЧЕЛОВЕКОМ»

По окончании обучения лицам, успешно освоившим Программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдаем удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Реклама.

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки»
МО, Ленинский район, гп «Горки Ленинские», ЗПС автодороги "МКАД-аэропорт Домодедово", вл. 7, стр. 1
тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: ecdo@bella-tzmo.ru
www.ecdo-russia.ru

РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ДОМУ – КОМФОРТ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Ия Александровна СМИЛЯНЕЦ,
заведующая отделением социально-медицинского обслуживания на дому Ступинского комплексного центра социального обслуживания населения

Каждый неизбежно стареет. В силу заболевания, возраста или инвалидности может оказаться прикованным к постели. Для лежачих пациентов особую значимость приобретает правильно организованный и квалифицированный уход.

В структуру Ступинского комплексного центра социального обслуживания населения входят два специализированных отделения социально-медицинского обслуживания, призванные осуществлять уход за пациентами, прикованными к постели в силу заболевания, возраста или инвалидности. Всего на обслуживании в этих отделениях находится 98 человек. Получатели услуг специализированных отделений находятся в вегетативном состоянии, с нарушениями двигательных функций, речи, с различного рода трубками и катетерами после хирургических вмешательств и нуждаются в реабилитации после перенесенных заболеваний. Одной из задач работы специализированных отделений является осуществление комплекса реабилитационных мероприятий для маломобильных граждан по устранению или компенсации имеющихся у них ограничений, по улучшению нарушенных ментальных и двигательных функций, по повышению бытовой и социальной независимости – максимально возможная интеграция в социум и улучшение качества их жизни.

С января 2016 года запущен новый проект «Стационарзамещающие технологии в СРОСМО. Домашняя реабилитация». Реализация данного проекта позволяет отчасти разгрузить медицинские учреждения, ведь пожилые люди могут самостоятельно получить физиопроцедуры дома и не сидеть в очередях в поликлинике.

Реабилитация на дому – наиболее доступный и эффективный метод. При применении этого способа реабилитации, пациент адаптируется к условиям проживания, обучается способности самообслуживания в условиях места жительства. Такой подход позволяет эффективно использовать человеческий и экономический потенциал родственников пациента, создает новые формы организации жизни больных. Получатель услуг во время реабилитации находится в привычных домашних условиях, что создает больший психологический комфорт. Адаптация больного происходит непосредственно в той среде, где ему предстоит в дальнейшем жить. Это, наряду с активным привлечением родственников к реабилитационному процессу, значительно ускоряет социальную реинтеграцию больного, объединяя семью для противостояния болезни. Все реабилитационные мероприятия проводит медицинская сестра отделения при участии социального работника, по назначениям лечащего врача. Предусмотрено также привлечение других специалистов учреждения: психологов, врачей реабилитологов, терапевтов, дефектологов, инструкторов ЛФК.

Работа по реабилитации ведется по нескольким направлениям.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Специально подобранные для пациента физические упражнения, применяемые в соответствии с задачами лечения, с учетом этиологии, патогенеза, клинических особенностей, функционального состояния организма, общей физической работоспособности. Лечебная физкультура проводится под бдительным контролем врача и только по схеме, одобренной им. Вначале назначаются легкие оценочные процедуры с постепенным повышением нагрузки, интенсивности и продолжительности.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА

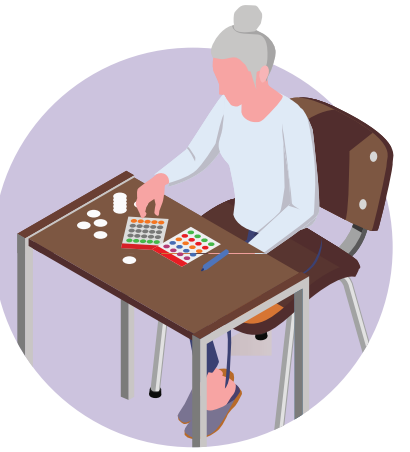
Комплекс упражнений, позволяющий контролировать свое дыхание. Дыхательные упражнения благотворно влияют на функции всех внутренних органов пожилого человека, оказывают тонизирующее воздействие на обмен веществ и способны улучшить нервную регуляцию различных функций. Дыхательная гимнастика необходима при постельном и полупостельном режиме, соблюдающемся при любом заболевании, в том числе после любого вида операции.

МАССАЖ И САМОМАССАЖ

Профессиональный массаж после инсульта и перелома шейки бедра. Обучение приемам самомассажа, который также незаменим как оздоровительный метод.

ЭРГОТЕРАПИЯ

Исцеление через деятельность. Восстановление двигательной активности верхних конечностей при помощи различных тренажеров и игровых заданий. Задачи эрготерапии – адаптировать человека к нормальной жизни, помочь ему до-



стичь максимальной самостоятельности и независимости в быту.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Проведение курса упражнений по восстановлению утерянных речевых функций. Необходимо начинать курс на протяжении первых шести месяцев после инсульта.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПАТРОНАЖ

Формирование позитивного образа старости, как времени внутреннего покоя, осознания важности прожитой жизни.

Реабилитационные мероприятия: массаж, лечебная физкультура, логопедические занятия, медицинские процедуры оказываются в рамках перечня дополнительных услуг.

В Ступинском комплексном центре социального обслуживания населения есть опыт и положительная динамика в работе с пациентами, нуждающимися в реабилитации. Реабилитация пожилых граждан в домашних условиях очень перспективное и востребованное направление в работе социальных служб с людьми, перенесшими различные заболевания с последующими стойкими нарушениями здоровья.

В Ступинском муниципальном районе социальные и медицинские работники комплексного центра социального обслуживания населения при применении данной технологии наблюдают:

– повышение степени самообслуживания;

– увеличение количества пациентов адаптированных к условиям проживания;

– повышение степени самообслуживания пациентов в условиях места жительства;

– повышение уровня знаний родственников лежачих пациентов в вопросах проведения реабилитационных мероприятий для лежачих больных;

– повышение стрессоустойчивости у граждан пожилого возраста и членов их семей.

А это значит, что реабилитация на дому – значительный шаг в повышении качества жизни граждан серебряного возраста.

Для оценки эффективности проекта и результатов работы будут проводиться осмотры получателей услуг, прошедших курс реабилитационных мероприятий. Полученные результаты будут рассматриваться в динамике, анализироваться и вноситься необходимые изменения в работу по данному направлению.

Критерии оценки эффективности проекта – увеличение количества получателей услуг, способных осуществлять самообслуживание, улучшение их самочувствия и психоэмоционального состояния. ■

ЖЕНСКИЕ ВОПРОСЫ

Марта МАЛЕШЕВСКА,
специалист по продукции, Отдел по развитию бренда Seni

Практически каждая женщина когда-либо испытывала проблемы с контролем своего мочевого пузыря. Это могла быть всего одна или две капли. Казалось бы, ничего страшного, но вызывает дискомфорт и беспокойство. Обычно в этом нет ничего опасного – небольшая инфекция мочевыделительной системы или давление мышц живота (например, во время физических упражнений, чихания или смеха) на переполненный мочевой пузырь.

Беспокоиться следует тогда, когда неконтролируемое вытекание мочи повторяется. Вопреки видимости, это касается многих женщин.

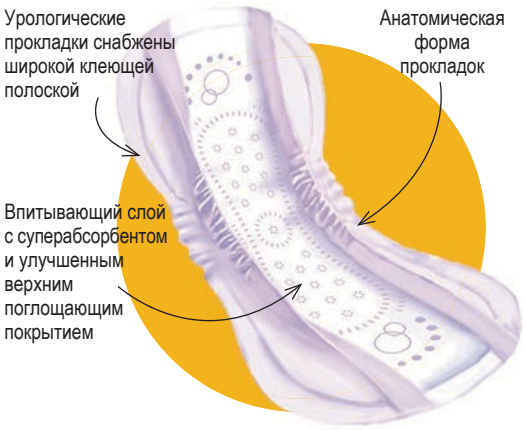
КАЖДАЯ ЧЕТВЕРТАЯ ЖЕНЩИНА

Каждая четвертая женщина в разном возрасте сталкивается с проблемой недержания мочи. С мужчинами это случается реже, что обусловлено их физиологией. Женщины больше подвержены ослаблению мышц тазового дна, которые выступают в качестве одного из сфинктеров мочевого пузыря. У рожавших женщин эти мышцы могли быть ослаблены или даже повреждены во время родов. Мышцы тазового дна также работают хуже у людей со значительным избыточным весом. Чаще всего проблемы с мочевым пузырем начинают усиливаться в преддверии менопаузы. Происходящие в этот период гормональные изменения способствуют потере эластичности мышц и сфинктеров. Тем не менее, это обычно не означает полного недержания мочи. Часто проблемы появляются только в определенных ситуациях (например, во время физических упражнений или интенсивных нагрузок). Изменения могут происходить постепенно и с ними можно справиться.

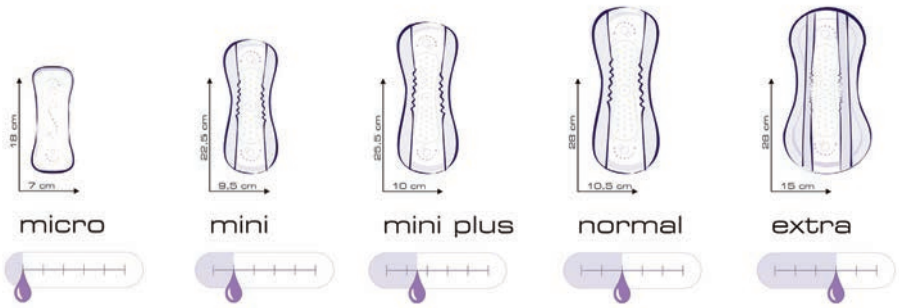
Одним из способов решения проблемы недержания мочи являются упражнения Кегеля, которые могут восстановить функции мышц тазового дна и уменьшить или устранить проблему. Они могут выполняться в любом месте и в любое время. Для выполнения упражнений Кегеля могут быть полезны специальные шарики, но их приобретение не является необходимостью. Для того чтобы научиться выполнять эти упражнения правильно, лучше всего проконсультироваться с физиотерапевтом. Такие упражнения также следует выполнять в качестве профилактики еще до возникновения проблемы. В настоящее время на рынке представлено много препаратов, обещающих улучшить состояние мышц тазового дна, но сами по себе таблетки не решат проблему – мышцы тазового дна нуждаются в регулярных упражнениях для их укрепления.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ИЛИ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОКЛАДКИ?

Независимо от укрепления мышц с помощью упражнений, следует использовать надлежащую защиту от протеканий. Многим женщинам сразу приходят на ум прокладки. И хотя в случае небольших эпизодов недержания мочи гигиенические прокладки могут быть эффективны, в большинстве случаев они не смогут обеспечить надежную защиту. Функция гигиенических прокладок заключается во впитывании отделяемых слизи и крови, более густых и имеющих структуру, от-



Классификация урологических прокладок



УРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОКЛАДКИ SENI LADY ТЕПЕРЬ ПРОИЗВОДЯТ В РОССИИ

Стремясь соответствовать потребностям современного рынка и улучшить качество жизни людей, страдающих недержанием, Группа компаний TZMO SA расширяет ассортимент продукции, выпускаемой в России, и начинает производство урологических прокладок для женщин под маркой Seni Lady ООО «Белла» в г. Егорьевск (Московская область).

Все женские урологические прокладки классифицируются по степени недержания и делятся на легкую и среднюю степень. На предприятии планируется производство прокладок легкой степени недержания и прокладок средней степени недержания различных размеров.

Хотя урологические средства гигиены внешне похожи на прокладки для критических дней, по своим техническим характеристикам изделие кардинально отличается.

Во-первых, впитываемость урологических прокладок должна быть значительно выше впитываемости прокладок для критических дней, так как они должны поглощать жидкость другой плотности и большего объема.

Во-вторых, жидкость в урологических прокладках должна быстро и равномерно распределяться по всей площади изделия.

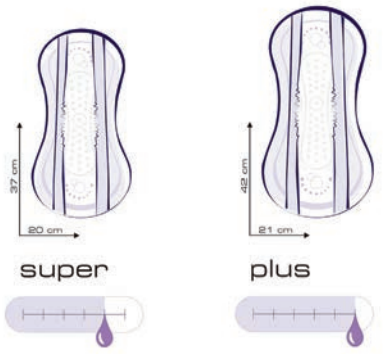
В третьих, обязательное наличие дополнительных защитных элементов: барьерные бортики – это гидрофобные бортики с эластомерной пряжей, скрепленные с верхним покровным слоем ультразвуковой спайкой для дополнительной защиты от протекания по бокам. Эластичная лента, применяемая в урологических прокладках больших размеров служит для лучшего прилегания изделия к телу и обеспечивает сохранение анатомической формы.

В четвертых, обеспечение нейтрализации запаха. Решить данную проблему помогает суперабсорбент, который равномерно распределен во впитывающем вкладыше.

Урологические прокладки, планируемые к выпуску ООО «Белла», прошли медицинскую экспертизу в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (Роздравнадзор) Российской Федерации, в рамках которой была подтверждена их безопасность, высокое качество и эффективность для потребителя. Кроме того, дополнительные исследования были проведены в лаборатории Hamilton (Республика Польша), которые подтверждают, что урологические прокладки не вызывают аллергических реакций и раздражений, дерматологически проверены и безопасны для потребителя.

Мы рады, что выпускаемая нашей компанией продукция помогает людям, имеющим проблемы со здоровьем, вернуться к привычной жизни. Надеемся, что и наши новые изделия – урологические прокладки производства ООО «Белла» – будут оказывать помощь в адаптации женщинам, столкнувшимся с проблемами недержания, обеспечат возможность ведения полноценной жизни и повысят ее качество, подарят комфорт и уверенность в себе.

личную от структуры мочи. Объем выделений, которые гигиенические прокладки должны впитать во время менструации, также зачастую составляет меньше среднего количества мочи, теряемого даже при небольшом недержании за одно и то же время. По этой причине в качестве защитных средств при недержании мочи лучше справляются урологические прокладки, которые впитывают в несколько раз лучше, чем гигиенические. Кроме того, урологические прокладки имеют боковые бортики из специального водоотталкивающего нетканого материала, который защищает от боковых протеканий. Они также оснащены системой распределения жидкости по прокладке, благодаря чему обеспечивается более эффективное использование и большее ощущение сухости. Также они лучше предохраняют от неприятного запаха мочи.



РАЗНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ, РАЗНЫЕ РАЗМЕРЫ

Урологические прокладки доступны в разных размерах – от самых маленьких, которые выглядят как ежедневные гигиенические прокладки, до вкладышей длиной вплоть до 40 сантиметров. Их разнообразие служит наиболее эффективному применению в соответствии с индивидуальными потребностями. Некоторые женщины нуждаются в защите, способной впитывать всего несколько капель, а другие в защите от сильных протеканий, позволяющей спокойно спать на протяжении всей ночи. Важным является не только правильный выбор впитывающей способности, но и размера прокладок. Потребности также могут отличаться в зависимости от времени суток – маленькие, незаметные прокладки могут понадобиться в течение дня, а для ночи или особых ситуаций (например, в дороге, во время физических упражнений) – большие, с высокой впитывающей способностью. Некоторые прокладки могут лучше подходить к брюкам, а другие – к юбке или платью.

Seni Lady – это одни из самых популярных урологических прокладок, доступных в аптеках и медицинских магазинах. Всего в линейке существует семь размеров. Недавно была усовершенствована структура прокладки Seni Lady Extra – ее немного удлинили, благодаря чему теперь она также обладает более высокой впитывающей способностью. Прокладки Seni Lady Extra, Seni Lady Super и Seni Lady Plus подойдут людям с недержанием мочи даже средней степени тяжести.

По мнению пользователей, урологические вкладыши Seni Lady эффективно выполняют свою задачу в разных ситуациях у людей всех возрастов. Если это не тяжелое или полное недержание мочи, не всегда нужно прибегать к традиционным подгузникам. Многим людям (даже пожилым) может быть достаточно урологических вкладышей, которые проще использовать, в отличие от подгузников с застежками. На сайте www.seni.ru вы можете заказать бесплатные образцы вкладышей Seni Lady и убедиться в их свойствах. ■

Елена Мирославовна ПОГОДИНА,
доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения хирургического № 5 Научно-исследовательского института онкологии им. академика РАМН и РАН Н. Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время при раке молочной железы выбираются операции: радикальная резекция (лампэктомия, туморэктомия) молочной железы и радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц.

Радикальная резекция молочной железы включает в себя удаление сектора ткани молочной железы вместе с опухолью и клетчаткой с лимфатическими узлами подмышечной, подлопаточной и (при необходимости) подключичной областей.

Радикальная мастэктомия заключается в полном удалении молочной железы вместе с кожей и клетчаткой с лимфатическими узлами подмышечной, подлопаточной и подключичной областей. Психологически подготовиться к такой операции нелегко, но пациентка должна понимать всю степень риска и необходимость решительных мер по борьбе за свое здоровье в целом. Женщины хорошо знают, как развита сейчас пластическая медицина, нормальной практикой является восстановление молочной железы после мастэктомии. Именно поэтому воспринимать операцию необходимо, прежде всего, с учетом важных показаний течения болезни.

Частым осложнением после операции является тугоподвижность в плечевом суставе, которая возникает в результате деформации суставной сумки процессами рубцевания в этой области. Появляются боли при попытках отведения и поднятия руки. Больные стараются ограничить движение в суставе из-за болезненности, подвешивают руку на косынке, в то время как резкое ограничение движений в суставе способствует нарастанию тугоподвижности.

Лучшим методом борьбы с тугоподвижностью сустава и нарастанием отека конечности является лечебная гимнастика. Она должна начаться с первых дней после операции и продолжаться после выписки из стационара сначала в специальных кабинетах под руководством инструктора, а потом самостоятельно. Пациентке и ее родственникам необходимо объяснить значение лечебной гимнастики и осуществлять ее, руководствуясь специальными методическими указаниями.

Вместо покоя руке оперированной стороны необходимы движения: вначале осторожные, до появления болей, а затем все увеличивающиеся в амплитуде. Качательные движения в плечевом и локтевом суставах, отведение и поднятие руки первоначально производятся самой больной с помощью здоровой руки, а затем без поддержки. Надо приучить пациентку к расчесыванию волос больной рукой, растиранию спины полотенцем, выполнению упражнения с гимнастической палкой и так далее. Гимнастику полезней проводить дважды в день – с утра и в полдень.

Другим осложнением операции является отек верхней конечности соответствующей стороны. Нарастающий отек верхней конечности – следствие лимфостаза в ней из-за нарушения сети лимфатических сосудов в зоне операции. Отеки на почве лимфостаза, развивающиеся в ближайшее время после операции (недели, месяц), легко поддаются лечению: применяются продольные массажи и возвышенное положение конечности. Восстановление нарушенного лимфотока наступает за счет новообразованных лимфатических сосудов или появления коллатеральных (обходных) путей.

В отличие от мягких отеков, сопутствующих непосредственно оперативному вмешательству, нередко, спустя 6–12 месяцев после операции, появляются поздние плотные отеки конечности. Они бывают чаще у лиц, подвергшихся комбинированному лечению, когда зоны возможного метастазирования облучались до или после операции. Поздние плотные отеки конечности могут быть следствием процесса рубцевания в этих областях, препятствующего восстановлению путей лимфооттока. Но они могут явиться и первым признаком начинающегося рецидива. Поэтому каждый случай появления позднего отека конечности требует осмотра онколога.

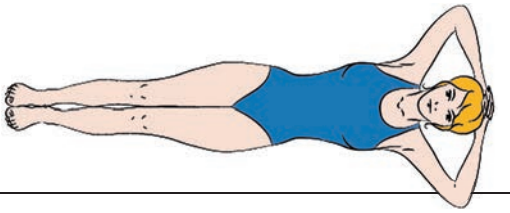


Рис. 1 Лежа на ровной поверхности (на кровати или на полу), сцепить руки в замок и положить на голову (на макушку). Оставаться в таком положении некоторое время.

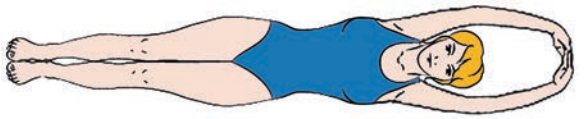


Рис. 2 Руки сцепить в замок и прямые поднять вверх, насколько можно высоко, ладони повернуты к себе. Удерживать руки в таком положении некоторое время.

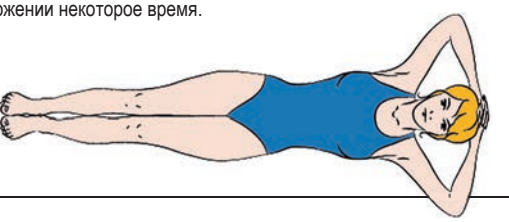


Рис. 3 (а) Руки сцепить в замок, положить на макушку, развести широко локти в стороны.

Рис. 3 (б) Оставляя локти неподвижными, развести предплечья в стороны так, чтобы руки в локтях были согнуты под прямым углом. Держать руки в этом положении некоторое время.

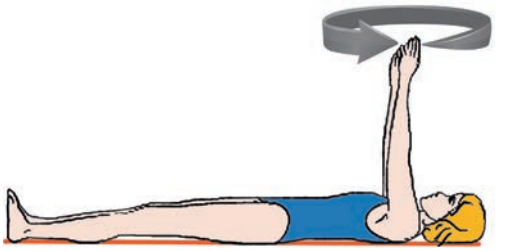


Рис. 4 Руки вытянуть перед собой. Прямыми руками рисовать небольшие круги на потолке.

Постепенно продолжительность упражнений можно увеличивать, начиная с минуты, но так, чтобы руки не уставали и не затекали в таком положении. Выполнять упражнения нужно правильно, но при этом не превозмогать сильную боль. После того, как положили руки, как указано выше, нужно расслабиться и повторять про себя: мои руки расслаблены, плечи расслаблены, локти расслаблены. Выполнять упражнения три раза в день в любое время и продолжать делать их дома 1–2 раза в день.

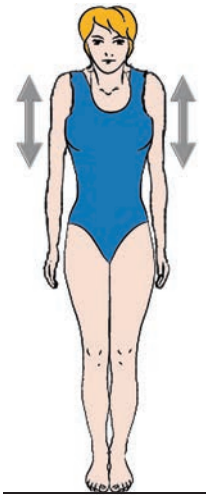


Рис. 5
Исходное положение (ИП) – руки расположить вдоль туловища. Поднять оба плеча вверх, затем опустить и расслабить. Повторить 6–8 раз.

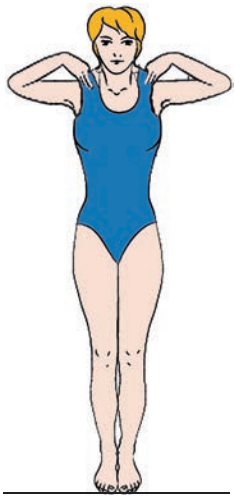


Рис 6 (а)
Кисти к плечам.

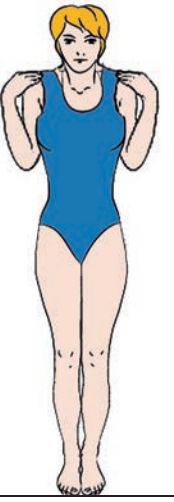


Рис. 6 (б)
Поднять локти через стороны вверх.

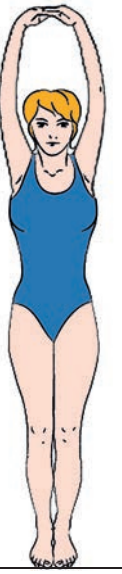


Рис.7
ИП – руки сцепить в замок. Поднять прямые руки вверх максимально высоко, ладони повернуты к себе, затем опустить и расслабить. Повторить 3–4 раза.

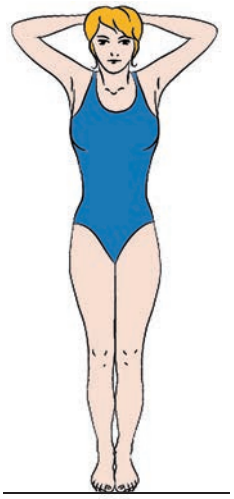


Рис. 8
ИП – руки сцепить в замок и положить на затылок. Отвести локти назад, задержаться в этом положении. Руки расслабить. Повторить 3–4 раза.

При жалобе больной на появление позднего отека конечности, необходимо рекомендовать пациентке, прежде всего, обратиться к онкологу, вне зависимости от срока планового осмотра. Если онкологом будет снято подозрение на рецидив, приступают к мероприятиям по ликвидации или уменьшению отечности. Эти мероприятия требуют времени и терпения больной и близких родственников на выполнение всего комплекса назначений онколога: массаж, самомассаж, эластическое бинтование, комплекс лечебной гимнастики, возвышенное положение на ночь и ряд профилактических мер по предупреждению нагноения, рожистого воспаления, появления трещин на коже пораженной конечности.

Весьма полезны для восстановления двигательных функций больной конечности занятия в бассейне, которые можно начать уже спустя 2–3 месяца после операции.

Ежедневный рацион больных в послеоперационном периоде корректируется в сторону увеличения качественного состава употребляемой пищи, рекомендуется употреблять продукты богатые растительными белками, витаминами и микроэлементами. Пища должна быть сбалансирована по белковому, жировому и углеводному составу. Для нормализации общего состояния организма эффективным средством является низкосолевая, обогащенная клетчаткой диета. Рекомендуется придерживаться здорового образа жизни и полного отказа от вредных привычек.

Психологами разработан метод расслабления и преодоления стресса, вызванного тяжелой болезнью, так называемые «мысленные картинки».

Мы все умеем фантазировать: вспоминаем различные ситуации из прошлого и гадаем, как бы мы поступили в той или иной ситуации. В мыслях мы меняем события в лучшую сторону. Или предаемся приятным воспоминаниям. Нам хочется пережить все заново. Способность фантазировать можно использовать, чтобы помочь пациентке расслабиться перед неприятными процедурами или врачебным осмотром, а также, если ее мучает бессонница или боль.

Начните с расслабления. Попросите принять самую удобную для пациентки позу. Погасите свет, включите ее любимую музыку. Существует и специальная музыка, написанная для максимальной релаксации: в нее включены шум моря, пение птиц. Попросите пациентку закрыть глаза и сосредоточить все внимание на дыхании. Пусть она дышит так глубоко, как только возможно, растягивая вдох и выдох как можно дольше. Обратитесь к пациентке со словами: «Вдохните всю жизненную силу природы, радость жизни и выдохните все, что вас раздражает: боль, гнев, усталость, страх. С каждым вдохом и выдохом вы будете набираться сил и избавляться от того, что вам мешает. Потом переключите внимание на пальцы ног, почувствуйте легкость конечностей, поднимайте это комфортное ощущение выше и выше. Почувствуйте, как отдыхает ваше тело, как разглаживаются морщинки вокруг глаз». На следующем этапе попросите пациентку представить себе самое любимое ею место на земле – лесную лужайку, склон горы, морской берег. Порекомендуйте ей вспомнить мельчайшие детали этого места: цвета, запахи, звуки. Спросите холодно ли вокруг нее или тепло? Может ли она коснуться чего-то, протянув руку? Есть ли кто-то рядом с ней? Пусть она почувствует, как ей хорошо! Обратитесь к ней со словами: «Пусть радость, жизнь, сила природы наполнят вас. Когда придет время покидать созданный вами виртуальный рай, не грустите. Ведь вы всегда сможете туда вернуться!» ■

КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТКЕ? ПРАВИЛА ДЛЯ НЕРВНОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ

1 Соблюдать режим сна: спать не менее восьми часов в хорошо вентилируемом прохладном помещении; теплые душевые процедуры перед сном.

2. При болезненных ощущениях в зоне операции, ограничить руке, над ключицей, перенос и поднятие тяжелых предметов, при возможности ограничить напряжение руки со стороны операции.

3. Нагрузку на руку, со стороны которой была проведена операция, следует увеличивать постепенно: не превышать одного килограмма на продолжении первого года, двух килограммов – на протяжении последующих четырех лет, а затем навсегда остановиться на трех-четырех килограммах.

4 Ограничить по времени работы, где необходимо принимать наклонную позу с опущенными вниз руками (это необходимо для предупреждения застоя лимфы в лимфатических сосудах больной конечности).

5 При домашних занятиях (огород, стирка, мытье посуды), особенно с использованием химических средств, следует надевать защитные перчатки.

6 Шить, надевая наперсток.

7 Предохранять от укусов насекомых, применяя специальные спреи и кремы.

8 Избегать сдачи крови, измерения артериального давления, уколов в руку, со стороны удаленной молочной железы.

9 Беречь больную руку от пережатия, следить за просторностью манжет на кофте или рубашке, бретельки топов и другой одежды не должны врезаться в плечо, наручные украшения и часы не должны плотно обхватывать руку.

10 Не допускать ожогов кожи руки, ванну лучше заменять душем.

11 Оберегать больную руку от разного рода ранений: ссадин, уколов, порезов и так далее, так как в противном случае это может привести к рожистому воспалению, а впоследствии – появлению и увеличению отека руки. Для бритья подмышек лучше использовать электрические бритвы или кремы для депиляции, чтобы избежать порезов. Если травма руки со стороны операции все-таки была допущена, то рану следует очистить проточной водой и дважды обработать антисептическим раствором. Если началось покраснение руки, появилась боль, отек, поднялась температура тела, то следует тут же обратиться к специалисту. Необходимо обеспечивать надлежащий уход за ногтями, соблюдать осторожность при маникюре.

ДИЕТА ПРИ ДИАБЕТЕ – РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Иоанна Анна ВАЛЬЧАК,
эксперт по питанию и диетологии

Главной целью лечения диабета у пожилых людей является стремление к улучшению или поддержанию нынешнего уровня жизни. Сбалансированное питание помогает минимизировать влияние диабета на жизнь пациента и предотвратить возникновение осложнений, связанных с болезнью.

Диабет – это заболевание, при котором организм не вырабатывает достаточного количества инсулина или не может использовать собственный инсулин для метаболизма сахаров, получаемых из потребляемой пищи. В результате глюкоза не может проникать в клетки организма и остается в кровотоке, увеличиваясь до опасного уровня, способствующего повреждению внутренних органов, возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, почечной недостаточности, импотенции и инфекций, приводящих к ампутации конечностей.

Диабет у пожилых людей представляет собой важную клиническую проблему – по оценкам, от этого заболевания страдает 30 % пациентов в возрасте старше 65 лет. Само по себе старение организма способствует развитию нарушений углеводного обмена. Снижение физической активности, лишний вес или ожирение, вредные пищевые привычки – все эти факторы могут способствовать нарушению секреции инсулина и снижению чувствительности тканей к инсулину.

ЕЖЕДНЕВНАЯ ПОРЦИЯ УГЛЕВОДОВ

Нет никаких строгих рекомендаций относительно количества углеводов, которое должно присутствовать в ежедневном рационе человека с диабетом. Не менее важно поддерживать стабильный уровень углеводов в течение дня и тщательно выбирать содержащие их продукты. Основным источником углеводов должны быть цельнозерновые продукты, в том числе каши, коричневый рис, натуральные злаковые хлопья (например, овсяные), макароны из цельнозерновой муки и выпечка. В свою очередь, все сладкие продукты, в особенности, сахар, мед, сладости – следует ограничить до минимума. Это означает, что следует избегать сладких напитков, в том числе фруктовых, и обращать внимание на продукты с добавлением сахара, такие как кондитерские изделия, подслащенные хлопья для завтрака, печенье, конфеты и шоколадные батончики. Ароматизированные йогурты и другие сладкие молочные десерты, мороженое, сорбеты, фрукты в сиропе также содержат добавленный сахар, поэтому должны употребляться редко и в небольших количествах.

При выборе углеводных продуктов, полезно руководствоваться показателями гликемического индекса (ГИ), определяющего способность продуктов увеличивать уровень глюкозы в крови, в сравнении с образцом, которым является глюкоза (ГИ = 100). Людям с диабетом рекомендуется выбирать продукты с низким, реже средним ГИ, и, в свою очередь, избегать или даже исключить из рациона продукты с высоким ГИ. Одним из факторов, определяющих значение ГИ, является наличие пищевых волокон – это благодаря им цельнозерновые продукты характеризуются более низким гликемическим индексом, чем обработанные зерновые продукты (выпечка и макароны из пшеничной муки, каши быстрого приготовления). Имеются также существенные различия в значениях ГИ в зависимости от способа подачи и степени готовности блюда.

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ИНДЕКСА БЛЮД:

- выбор цельнозерновых злаковых продуктов – клетчатка, содержащаяся во внешней части зерен, замедляет усвоение углеводов в пищеварительном тракте;
- добавление овощей – также как зерна злаков, они содержат клетчатку, кроме того являются низкокалорийными и обеспечивают организм многими ценными элементами (витаминами, минералами, полифенольными соединениями);
- приготовление пищи al dente – сокращение до минимума времени варки макарон, риса и овощей способствует тому, что они остаются упругими (немного твердыми, хрустящими), а содержащиеся в них углеводы становятся более труднодоступными;
- соединение углеводных продуктов с белком – белки замедляют усвоение углеводов и скорость опустения желудка, благодаря

ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ПРОДУКТОВ (ОТ БОЛЬШЕГО К МЕНЬШЕМУ ЗНАЧЕНИЮ)

высокий (ГИ > 70)	глюкоза мед газированная вода (сладкие напитки) сладости выпечка из пшеничной муки обработанные злаковые продукты (например, кукурузные хлопья) торты, печенье, сладкие булки	
средний (40 < ГИ < 70)	белый рис сахар (сахароза) сухофрукты вареный картофель вареные сладкие овощи (свекла, морковь) сладкие фрукты (банан, ананас, манго, виноград) отварные макароны хлеб из муки грубого помола или с добавлением отрубей коричневый рис, каши грубого помола	
низкий (ГИ < 40)	молочные продукты сырые овощи семена бобовых (чечевица, горох, фасоль) свежие фрукты (яблоки, цитрусовые, ягоды) грибы	

чему углеводы не всасываются слишком быстро;

• добавление качественных жиров – включение в рацион небольшого количества жира, например, в форме оливкового масла, льняного масла, орехов или семечек, способствует более медленному перевариванию пищи.

ЧЕМ ЗАМЕНИТЬ САХАР?

Искусственные подсластители, такие как аспартам, ацесульфам и сукралоза, позволяют получить сладкий вкус напитков и сладостей, не доставляя при этом углеводов. Они могут быть альтернативой для людей, которые чувствуют дискомфорт из-за ограничения сладостей, тем не менее, подсластители и содержащие их продукты рекомендуется употреблять в ограниченных дозах. Основная проблема заключается в том, что подсластители не удовлетворяют потребность в сладости, а наоборот могут ее усиливать и тем самым поспособствовать возникновению лишнего веса. Кроме того, у людей, использующих искусственные подсластители, могут возникать пищеварительные или неврологические проблемы (например, головная боль).

На протяжении многих лет в качестве заменителя сахара рекомендовалась фруктоза. На сегодняшний день известно, что фруктоза оказывает негативное влияние на печень (особенно в качестве подсластителя), способствует ожирению печени, повышению уровня триглицеридов в крови и повышает риск возникновения атеросклероза. Поэтому также как больным диабетом, так и здоровым людям рекомендуется избегать сахара и использования других подсластителей. Это позволяет повысить чувствительность к естественному сладкому вкусу блюд и в конечном итоге уменьшить тягу к сладкому.

ВАЖНОСТЬ СБАЛАНСИРОВАННОЙ ДИЕТЫ

Диета при диабете главным образом связана с контролем потребления углеводов, однако, не менее важно, чтобы пациенты придерживались общих принципов правильного питания. Количество приемов пищи в течение дня является индивидуальным вопросом, но чаще всего рекомендуется пять-шесть приемов пищи в день – это означает, что они должны быть небольшими по размеру, но более частыми. Регулярное питание помогает поддерживать ровный уровень глюкозы в течение дня и предотвращает приступы голода.

Очень важным элементом диеты являются продукты растительного происхождения – в особенности овощи и фрукты. Они являются ценным источником клетчатки, витаминов, минералов, а также многих других соединений, характерных исключительно для продуктов растительного происхождения. Большинство овощей можно есть без ограничений. Исключением являются только сладкие, термически обработанные овощи, такие как картофель (особенно в виде пюре), свекла, морковь и брюссельская капуста. Из фруктов также лучше выбирать менее сладкие, такие как яблоки, цитрусовые или ягоды (клубника, малина, смородина). В потреблении сладких бананов, винограда, ананасов или дынь следует знать меру. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (WHO, World Health Organization), ежедневный рацион должен включать в себя минимум 400 граммов овощей и фруктов.

Норма белка всегда определяется индивидуально, с учетом состояния здоровья пациента. В случае людей с диабетом чаще всего рекомендуется, чтобы количество белка было таким же или немного больше, чем в случае со здоровыми людьми. Ценным источником белка являются как продукты животного происхождения (нежирное мясо, рыба, молочные продукты с низким содержанием жира и яйца в ограниченном количестве), так и продукты растительного происхождения, особенно бобовые, такие как чечевица, горох, фасоль.

Диабет способствует нарушению липидного обмена, поэтому пациентам рекомендуется тщательно выбирать жиры и ограничивать уровень холестерина в рационе. Следует избегать жаренных и запеченных блюд с добавлением жира, богатых животными жирами, в том числе жирного мяса и мясных продуктов (исключение – говяжья вырезка, постная ветчина), твердых и сливочных сыров, слоеного теста, майонезных и сметанных соусов, десертов на основе сливок. В то же время рекомендуется регулярное употребление в пищу продуктов богатых омега-3 жирными кислотами (льняное масло, семена льна, грецкие орехи, жирная морская рыба, такая как лосось, скумбрия, сардины, сельдь) и богатых мононенасыщенными жирными кислотами (оливковое масло, рапсовое масло, авокадо). Ценным источником полезных жиров являются также орехи и семена – рекомендуется употреблять их в количестве до 30 граммов в день (горсть орехов или три ложки семян).

ЗНАЧЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ

Исследования показывают, что нарушение углеводного обмена связано с патологической микрофлорой кишечника. Введение в меню пробиотических продуктов (например, йогурта, кефира, простокваши) может не только улучшить пищеварение, но также снизить уровень глюкозы натощак. Благотворное воздействие пробиотиков, скорее всего, связано с молочнокислыми бактериями, которые обладают антиоксидантными свойствами. Для достижения оптимальных результатов рекомендуется выпивать 1–2 стакана кефира, йогурта или других кисломолочных ферментированных напитков.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ ЛЮДЕЙ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ

Потребление сладостей – многие пациенты тянутся за сладким, боясь резкого падения уровня глюкозы в крови. Между тем, сладкие печенья, батончики или шоколадные конфеты, кроме простых углеводов, обычно содержат много жиров, которые замедляют всасывание сахара. В случае гипогликемии лучшим способом компенсации гликемии является введение 10–15 граммов глюкозы в форме таблетки или в виде подслащенного глюкозой напитка.

Пропуск приемов пищи так же, как и незапланированные чрезмерные физические нагрузки, может привести к гипогликемии, которая, в свою очередь, может привести к потере сознания.

Недостаточное количества овощей – исследования показывают, что пожилые люди с диабетом употребляют недостаточное количество овощей, в то время как они необходимы для правильно сбалансированного рациона.

Переизбыток соли в рационе – соль не влияет на уровень глюкозы в крови, но может способствовать развитию расстройств, связанных с диабетом, например, гипертонии. Рекомендуется ограничить количество соли в рационе до шести граммов (одна ложка) в день. Также следует учитывать соль как добавляемую в блюда, так и уже содержащуюся в готовых продуктах (ветчина, сыр, выпечка, соленые и копченые продукты и так далее).

Употребление алкоголя – алкоголь препятствует выделению глюкозы из печени, и в связи с этим его употребление может способствовать развитию гипогликемии. Алкоголь не следует употреблять пациентам с дислипидемией, невропатией и панкреатитом. ■

МАКРОНУТРИЕНТЫ В ДИЕТЕ ЛЮДЕЙ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ (% ОТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ДИЕТЫ ИЛИ РЕКОМЕНДУЕМОГО КОЛИЧЕСТВА)

Белок	15–20 % (1–1,5 г/кг м.т./д)
Жиры (всего)	30–35 %
– насыщенные жиры	< 10 %
– мононенасыщенные жиры	10–15 %
– полиненасыщенные жиры	6–10 %
В этом – омега-6 жирные кислоты – омега-3 жирные кислоты	 5–8 % 1–2 %
Холестерин (в случае людей с высоким уровнем холестерина в крови)	< 300 мг/дл < 200 мг/дл
Углеводы (в основном в виде зерновых продуктов с низким гликемическим индексом)	45–55%
Растительная клетчатка	25–40 г/д

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурска-Чебяда М. Пищевые привычки пожилых людей с диабетом / М. Гурска-Чебяда, М. Сарыуш-Вольска, М. Чебяда, М. Барыльски, Е. Лоба // Гериатрия. – 2015. – 9. – С.7–14.
2. Дудзяк К. Значение гликемической нагрузки рациона в развитии онкологических заболеваний / К. Дудзяк, Б. Регуловска-Илов // Достижения гигиены и экспериментальной медицины (онлайн). – 2013. – 67. – С.449–462.
3. Ли М. Потребление фруктов и овощей и риск развития сахарного диабета 2 типа: мета-анализ проспективных когортных исследований / М. Ли, Ю. Фан, Х. Чжан, И. Хоу, З. Тан // BMJ Open. – 2014. – 5. – № 4(11).
4. Мороти С. Влияние потребления нового симбиотического коктейля на гликемию и уровень холестерина у пожилых людей с сахарным диабетом 2 типа / С. Мороти, Л. Ф. Соуза Магри, М. Резенде Коста, Д. С. Каваллини, К. Сивьери // Липиды в здоровье и болезни. – 2012. – 11: 29.
5. Остадрахими А. Влияние пробиотического ферментированного молока (кефира) на гликемический контроль и липидный профиль у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: рандомизированное контролируемое двойное слепое исследование / А. Остадрахими, А. Тагизаде, М. Мобассери, Н. Фаррин, Л. Паяху, З. Бейрамалипур Гешлаги, М. Вахеджаббари // Иранский журнал общественного здравоохранения. – 2015. – № 44(2). – С.228–37.
6. Польская Диабетическая Ассоциация, Клинические рекомендации по ведению пациентов с сахарным диабетом. Позиция Польской Диабетической Ассоциации. Клиническая диабетология // Дополнение А. – 2016. – 5.
7. Стейн Н. П. Диета, питание и профилактика сахарного диабета 2 типа / Н. П. Стейн, Дж. Манн, П. Х. Беннетт, Н. Темпл, П. Зиммет, Дж. Туомилехто, Дж. Линдстрем, А. Лохеранта // Здоровое общественное питание. – 2004. – 7(1А). – С.147–65.
8. Шевалье Л. 51 диетическая рекомендация при разных болезненных состояниях. – Вроцлав: Медицинское издательство Urban & Partner, 2012.

ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА РАНАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Изабелла КУБЕРКА,
Медицинский университет имени Силезских Пястов во Вроцлаве, факультет наук о здоровье

Каждая незаживающая рана не похожа на другие, уникальна. У каждой раны своя история и причина. Поэтому и подход должен основываться на полностью индивидуальном подборе стратегии лечения и ухода, учитывающем причину возникновения раны. Является ли это трудным?

В лечении труднозаживающих ран, а также в уходе за ними и профилактике нам помогают рекомендации Польского общества лечения ран, разработанные польскими экспертами. В Польше все еще мало центров профессионально занимающихся лечением ран. Таким образом, необходимо постоянное обучение персонала, создание специализированных центров, чтобы лечить раны, убирая причину, повысить эффективность нашей работы и также улучшить качество жизни пациентов.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ РАНЫ

Венозные трофические язвы голени

Нарушение цельной толщины кожи, обычно в области голеностопного сустава, которая не способна к самовосстановлению и поддерживается существующими нарушениями венозного оттока.

Причина: хроническая венозная недостаточность, вызванная, например, повреждением венозных клапанов или посттромботическими изменениями.

Лечение венозных язв: компрессионная терапия, влажное заживление ран, защита кожи вокруг раны. Лечение сопутствующих заболеваний, обучение семьи и пациента в области профилактики.

Дифференциация: ишемические или смешанные раны.

Пролежневая рана

Локализованное повреждение кожи и/или глубоких тканей, которое обычно появляется в местах костных выступов в результате сдавливания или комбинации сдавливания и разрыва.

Наиболее распространенные причины: локальные факторы – поверхностное давление на кожу, сила трения, поперечная сила сдвига. Внутренние системные факторы: неврологические факторы, недержание мочи, плохое состояние питания, используемые лекарства, кахексия, ожирение, факторы заболевания и пол. Внешние системные факторы: отсутствие соответствующего ухода за кожей, отсутствие противопролежневого оборудования, гиперпотливость или обезвоживание кожи пациента. В соответствии также с Международным определением Консультативной группы по пролежням (NPUAP-EPUAP), не следует забывать, что с пролежнями связан целый ряд сопутствующих или неясных факторов, значение которых необходимо уточнить.

Лечение пролежней: избегание сдавливания, питательная поддержка, местное лечение – влажное заживление ран, лечение сопутствующих заболеваний, широко понимаемая местная профилактика, например, использование вспомогательного оборудования, изменение положения тела, смягчение кожи с помощью индивидуально подобранных средств по уходу за кожей.

Диабетическая стопа

Согласно источникам, диабетическая стопа – язвенное поражение кожи и/или разрушение глубоких тканей, соединенное с неврологическими расстройствами и заболеваниями периферических сосудов разной степени тяжести. Лечение и уход за пациентом с синдромом диабетической стопы заслуживает нашего пристального внимания, поскольку плохо лечащаяся диабетическая стопа ухудшает качество жизни посредством ампутации, а это в свою очередь значительно сокращает продолжительность жизни пациента.

Наиболее распространенная форма синдрома диабетической стопы – это так называемая нейропатическая стопа (65 % случаев), которая, из-за дисфункции периферических нервов, характеризуется появлением нарушений поверхностной чувствительности – боли, осязания, температуры и глубокой чувствительности – вибрации. Когда стопы пациента становятся сухими, подверженными растрескиванию и образованию мозолей, то это именно по причине автономной нейропатии. Кожа в этом случае теплая и розовая. При этой форме диабетической стопы происходят также изменения в костно-суставной системе, проявляющиеся иногда в виде болезни Шарко. Из-за появления другого независимого фактора, которым является атеросклероз, рождается второй тип диабетической стопы – так называемая ангиопатическая стопа. Кожа в этом случае атрофичная, бледная и холодная. Пульс при исследовании методом пальпации плохо ощущается или отсутствует.

Наиболее частые причины: метаболические нарушения (плохое

выравнивание диабета), травмы у пациентов с сопутствующими нарушениями глубокой и поверхностной чувствительности, нагрузка на стопу в местах деформации, возникающей в результате периферической невропатии, выбор неподходящей обуви, отсутствие надлежащего ухода за стопами, отсутствие знаний, касающихся самоконтроля.

Лечение диабетической стопы: в настоящее время рекомендуется создание так называемых междисциплинарных групп, в которые будут входить опытные специалисты: диабетолог, сосудистый хирург, ортопед, хирург, невролог, кардиолог, нефролог, микробиолог, рентгенолог, офтальмолог, психолог, диабетическая и ортопедическая медсестра, диетолог, реабилитолог, ортопед, обувщик. В соответствии с информацией, содержащейся в рекомендациях, работа междисциплинарных групп способна сократить количество случаев госпитализации, вызванных осложнениями диабетической стопы на 30 %, а также снизить количество ампутаций конечностей вплоть до 85 %. Местное лечение язвенных поражений стоп и уход за кожей могут быть одним из многих, но вместе с тем, очень важным элементом холистического лечения.

Чего нельзя делать и что находится в списке наиболее часто совершаемых ошибок: отпаривание стоп в хозяйственном мыле, которое провоцирует размягчение кожи и увеличение площади инфекции, использование мазей, жидкостей, пластырей на огрубевшие поверхности, например, с салициловой кислотой, вызывающих повреждение кожи, самостоятельное обрезание (не укорачивание) ногтей и удаление мозолей, огрубелостей с помощью пемзы. Пациенты с синдромом нейропатической стопы не чувствуют боли и не контролируют свои стопы, что является важным при выявлении беспокоящих кожных изменений. Другой ошибкой, влияющей на развитие осложнений при синдроме диабетической стопы, является выбор обуви неподходящей измененной форме стопы. К ряду действий, способствующих возникновению раны на стопе, относятся также способы согревания стоп пациентом, например, грелкой с водой, возле электрического обогревателя, батареи или отпаривание ног в горячей воде при отсутствии осведомленности об имеющихся периферических сенсорных нарушениях.

Местные симптомы, указывающие на необходимость консультации врача или медсестры:
– вытекание гнойного содержимого из раны;
– отек стопы или локальное утолщение;
– изменение цвета язвы или кожи вокруг раны, пальцев (синяки, покраснения);
– появление боли и пульсации в области стопы;
– появление температуры и плохого самочувствия.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКИХ РАН

Общие профилактические рекомендации

1. Стопу с раной можно мыть, но только под проточной теплой водой (до трех минут), используя моющие средства с увлажняющими свойствами. Также можно использовать препараты в форме пенки для очищения кожи без использования воды и увлажняющие салфетки для очищения и ухода за кожей. Если вы моете ноги под струей воды, сначала проверьте температуру воды (предпочтительная температура – около 37 °C).

2. После мытья ног важно тщательно высушить межпальцевые пространства. Если мы используем кремы для ухода за кожей, важно не оставлять не впитавшийся слой крема между пальцами. Оставленный на коже, невпитавшийся крем размягчает кожу, которая становится подверженной повреждениям. Следует помнить, что хорошей альтернативой крему является также пенка для ухода за стопами, которая впитывается быстрее. Не рекомендуется использовать согревающие мази из-за возможного появления повышенной чувствительности и возникновения кожного воспаления.

3. Не используйте клеящиеся пластыри, чтобы закрепить повязки, а только бандажи, которые ни в коем случае не должны затягиваться в «петельку», а должны закрепляться пластырем из-за вероятности появления отека и нарушения кровоснабжения конечностей.

4. Не рекомендуется ходить босиком по квартире, траве или пляжу. Существует высокий риск получения травмы из-за наличия диабетической невропатии.

5. Укорачивание ногтей (не обрезание) с помощью маникюрных кусачек предотвращает врастание и механические повреждения. Желательно также делать лечебный педикюр в случае возникновения трудностей в уходе за ногтями.

6. Рекомендуется выбирать подходящую обувь, то есть на размер больше и с широким носком, на плоском каблуке и жесткой подошве. В случае деформации стопы обувь должна быть изготовлена на заказ, как и в случае корректирующих вставок. Перед тем как надеть любую обувь, проверьте рукой, чтобы внутри не было предметов, которые могут привести к травме.

7. Мозоли, образовавшиеся на ступнях, следует удалять в кабинетах диабетической стопы, поскольку в этих местах могут появляться венозные язвы.

8. Каждый вечер необходимо осматривать свои стопы (особенно подошвенную часть), если у вас нет свободного доступа к ступням, используйте зеркало или попросите

кого-нибудь из вашей семьи помочь вам.

9. Носки или колготки должны быть изготовлены из натуральных тканей, например, из хлопка (около 70 %), с добавлением бамбуковых или серебряных волокон. Хорошим выбором для людей с мерзнущими ногами также является ношение носков из шерсти мериноса, шерсть выполняет свою согревающую функцию, даже когда она влажная. Кроме того, лучше всего выбирать несдавливающие и бесшовные носки.

10. Сегодня значение придается также и реабилитационным упражнениям для стоп, которые укрепляют суставы стопы и улучшают ее кровоснабжение.

11. Выбор крема для ухода – абсолютно индивидуальный вопрос, но следует помнить, что у людей с синдромом диабетической стопы чрезмерная сухость кожи встречается чаще, особенно когда для мытья ног используется мыло с агрессивными поверхностно-активными веществами, вызывающими повреждение и вымывание защитных липидов кожи. Использование так называемых окклюзионных средств для ухода за кожей, таких как вазелин, парафин, может со временем вызвать нарушение барьерной функции кожи и при многократном нанесении вызывать повторную сухость кожи. Сейчас рекомендуется использовать кремы восстанавливающие защитный барьер кожи (с липидами, керамидами, жирными кислотами, витаминами). Если вы хотите нанести крем с мочевиной, то здесь, внимание, – препараты с содержанием мочевины до 10 % обладают увлажняющими свойствами, в то время как препараты с > 10 % мочевины обладают сильным отшелушивающим действием и могут применяться только при кератозе кожи (гиперкератозе), в других случаях их следует применять только под наблюдением специалиста.

Рекомендации по уходу за ранами

1. Локальное очищение раны от ороговевших тканей вокруг раны и мозолей.

Внимание: заниматься очищением раны может только специально обученная медсестра.

2. Применение левасепта – очищение и деконтаминация ран с использованием антисептиков (бетадин, октенидин) согласно инструкциям производителя о способах и продолжительности применения. Среди средств, от которых отказались при обработке хронических ран, оказались перекись водорода, борная кислота, риванол, хлоргексидин. Не рекомендуется локальное применение антибиотиков по причине формирования бактериальной резистентности и отсутствия контроля над вводимой дозой и временем действия антибиотиков («Лечение ран, охваченных инфекционным процессом» – руководство польского общества лечения ран).

3. Из-за высокой подверженности пациентов с диабетом инфекциям, рекомендуется «бесконтактная» защита ран, серьезная забота о гигиене и дезинфекция рук до и после смены повязки, соответствующее количество замен перчаток на отдельных этапах, смены повязки в целях устранения риска заражения переносимого руками персонала.

4. Контроль инфекции в ране – сбор бактериологических посевов из раны и, при необходимости, антибактериальная терапия в соответствии с антибиограммой.

5. Применение повязок соответствующих фазе заживления, антибактериальных, очищающих, абсорбирующих, амортизирующих сдавливание, например, гидрофильных, альгинатно-кальциевых, пенообразных, с суперабсорбентом, с коллагеном, с серебром или с ксероформной эмульсией. Перед применением повязки следует ознакомиться с составом, поскольку существует вероятность повышенной чувствительности к компонентам повязки.

6. Следует ограничить передвижения и использовать амортизирующие вкладыши для предотвращения дальнейшего повреждения тканей, что препятствует заживлению ран.

Важным элементом процесса лечения хронических ран является хорошо подготовленный медицинский персонал, занимающийся обучением пациента и его семьи, а также уходом за ранами пациента в соответствии с рекомендациями Польского общества лечения ран. Поскольку большое значение придается также профилактике, уходу за кожей, предотвращению повреждений во время процедур, таких как мытье, укорачивание ногтей, необходима подготовка медицинского работника, готового сотрудничать с другими членами команды. ■

ВЫБОР СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОВЯЗКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСНОВАН НА ПРАВИЛЬНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРОЦЕССОВ, ПРОИСХОДЯЩИХ В РАНЕ.

Подробнее об эффективном лечении ран: na-rany.ru

PREMIUM QUALITY
seni
Одноразовые впитывающие трусы
AIR ДЫШАЩИЕ
позволяют коже «дышать»
мягкий материал
EDS Extra Dry System
слой для быстрого впитывания
odour STOP
нейтрализуют запах
latex FREE
не содержат латекса
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД
4 размера, 2 варианта впитываемости – можно выбрать изделие в зависимости от индивидуальных потребностей.
УДОБСТВО
Боковые швы разрываются, что позволяет легко и быстро сменить использованное изделие.
СВОБОДА ДВИЖЕНИЙ
Оптимальны для тех, кто ведет активный образ жизни, а также для использования на занятиях по двигательной реабилитации.
КОМФОРТ
Надеваются и снимаются, как обычное белье.
SENI ACTIVE
M
SENI ACTIVE NORMAL
S
Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов –
по телефону горячей линии seni: 8-800-200-800-3
(06.00 – 22.00 ч.ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)
www.seni.ru
Реклама. Соответствие подтверждено. ООО "БЕЛЛА Восток", 140300, Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО "БЕЛЛА Восток", 140300, Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9. ОГРН 1047796113485

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА

И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ

AIR ДЫШАЩИЕ

Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.

odour STOP
Одор Стоп

Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.

latex FREE
Латекс Фри

Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.

EDS Extra Dry System
Екстра Драй Систем

Повышенное чувство сухости

Распределяющий слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.

DERMATOLOGICALLY TESTED

Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор в зависимости от индивидуальных потребностей.

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)
www.seni.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.