форум

Долгосрочной Опеки

3 (31) сентябрь 2021

Долговременный уход за пожилыми людьми

План сестринского ухода: гид по составлению

главная тема: Функционирование учреждений долговременного ухода

16+

ISSN 2312-5713

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Учебный центр проводит подготовку высокопрофессиональных и конкурентоспособных специалистов, которые смогут обеспечить качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми.

Обучение проводится для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов), работников хосписов, благотворительных организаций, сиделок, опекунов.

■ Москва

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» Учебный центр ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». Лицензия № 76478 от 14.10.2016 г.

Программа обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»

Тел.: +7 (495) 726-55-25, доб. 1848.
E-mail: ecdo.msk@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-russia.ru.
Адрес: 142712, МО, Ленинский р-н, п. Горки Ленинские, вл. 7, стр. 1

■ Новосибирск

«УЦ «Европейский центр долгосрочной опеки» ООО «БЕЛЛА Сибирь». Лицензия № 10189 от 15.02.2017 г.

Программа обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»

Тел.: +7 (383) 373-18-01; (962) 827-46-63. E-mail: ecdo.nsk@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-nsk.ru.
Адрес: 630088, г. Новосибирск, Северный проезд, д. 2/3

■ Ростов-на-Дону

СП ООО «белла-Дон» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». Лицензия № 6586 от 19.11.2018 г.

Программы обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»; «Организация оказания паллиативной медицинской помощи населению».

Тел.: +7 (863) 203-74-74; (903) 401-44-41. E-mail: ecdo@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-rnd.ru.
Адрес: 344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52.

■ Нижний Новгород

УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки» ООО «БЕЛЛА Волга». Лицензия № 96 от 23.08.2019 г.

Программы обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»; «Практические навыки ухода и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком».

Тел.: +7 (910) 791-05-96. E-mail: olga.kareva@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-nn.ru.
Адрес: 603104, г. Нижний Новгород, Советский район, ул. Краснозвездная, д. 11

Реклама.

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@tzmo-global.com
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 «МЕДИАКОЛОР», 127273, г. Москва, Сигнальный проезд, дом 19, стр. 1, этаж 7

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

№ 3 (31) сентябрь 2021 г.
Подписано в печать: 01.09.2021 г.
Выход в свет: 01.09.2021 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

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

В журнале использованы фото авторов статей, shutterstock.com

Специализация: рекламное СМИ

форум

Дорогие друзья!

Работа учреждений долговременного ухода направлена на комплексную поддержку граждан пожилого возраста и людей с инвалидностью. Цель учреждений – обеспечить поддержку не только людям, нуждающимся в уходе, но и их опекунам, опираясь на мировые стандарты качества оказания услуг. Для исправного функционирования учреждений долговременного ухода необходимо говорить о модернизации и организации работы в таких учреждениях, качественной подготовке и переподготовке персонала, понимании структуры выполнения мероприятий, направленных на реабилитацию и поддержку пожилых людей и инвалидов.

В новом выпуске журнала «Форум долгосрочной опеки» есть подробная информация о направленности, цели и миссии учреждений долговременного ухода, описание организации работы и практические советы по ведению пациентов.

Коллектив редакции благодарит авторов статей.

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

в номере

ГЛАВНАЯ ТЕМА

4 *А. Н. Федотова*
Долговременный уход за пожилыми людьми

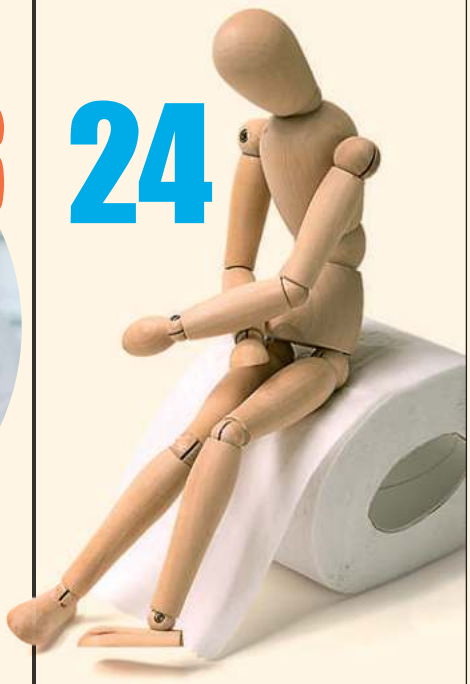
18 *И. О. Полубоярцев*
План сестринского ухода: гид по составлению

22 *А. А. Кан*
Взаимовыгодное сотрудничество

АСПЕКТЫ УХОДА

24 *М. С. Худякова*
Запор: опасность и осложнения. Особенности сестринского процесса

28 *И. Малковска*
Деменция в центре внимания студентов Сестринского дела



ПСИХОЛОГИЯ

30 *М. Гроховска*
Управление неуверенностью жителя учреждения социального обслуживания: вымысел или необходимость?

34 *А. Новак*
Факторы, определяющие межличностные отношения в доме престарелых

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток», 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

Ухаживаете за тяжелобольным на дому?

У лежачих больных, особенно пользующихся впитывающими изделиями, могут возникать раздражения кожи.

seni® care

Специальные средства Seni Care эффективно ухаживают за кожей людей с недержанием мочи.

Для нежного очищения кожи

при каждой смене подгузника

Рукавицы для мытья (с водонепроницаемой пленкой)

Пенка для мытья и ухода за телом

Влажные салфетки (большой размер - 20х30 см)

Для защиты кожи

под подгузником и в местах возникновения раздражений и пролежней

профилактика ПРОЛЕЖНЕЙ

Крем защитный с аргинином

Крем защитный с оксидом цинка

Для мытья волос и головы

Шампунь-пенка не требует смывания водой

Больше информации о продукции seni care Вы можете получить на seni.ru или **senicare.ru**, а также по телефону горячей линии seni: **8-800-200-800-3** (06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).

Учебный центр дополнительного профессионального образования проводит подготовку специалистов по уходу за тяжелобольными и пожилыми людьми на уровне современных европейских стандартов.

ЕЦДО
Европейский центр долгосрочной опеки

ООО «БЕЛЛА Восток» МО, Ленинский район, г.п. «Горки Ленинские», ЗПС автодороги «МКАД - а/п Домодедово», вл.7, стр.1
тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: ecdo.msk@tzmo-global.com
www.ecdo-russia.ru

ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Это новое направление в России. Несмотря на юность этого мероприятия, здесь уже много что сделано. Можно, конечно, согласиться со словами обыкновенного обывателя «ничего не делается, старики никому не нужны, услуги оказываются плохо, никаких мер поддержки» и т. п. Но как руководитель патронажной службы, работающий непосредственно с населением, запрашивающим подобные услуги, могу сказать, что каждый день проводится огромная работа для потребителя этих услуг. И только тот, кто эту работу проделывает, может оценить весь ее объем.

Анастасия Николаевна ФЕДОТОВА,
руководитель Патронажного Направления ООО «Агентство «Патронаж», город Новосибирск

Вопрос ухода становится всё более актуальным. Отмечается рост численности пожилых как в нашей стране, так и во всем мире. Кто-то, возможно, скажет, что «старики» умирают, и информация об их растущей численности кажется невероятной. Согласно отчету Министерства труда, в 2019 году в Российской Федерации из 146,7 млн человек каждый четвертый находился в возрасте старше трудоспособного (36,6 млн человек), что составляет 25 % населения страны. Прогнозируемая численность населения старше трудоспособного возраста к 2024 году увеличится до 40,8 млн человек (27,6 %), а к 2030 году – до 43,7 млн человек. Лица старшего поколения будут составлять более 29 % населения страны. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла для мужчин – с 67,75 лет в 2018 году до 68,23 лет в 2019 году, для женщин – с 77,81 лет до 78,17 лет в 2019 году. Процесс старения населения, выражающийся в возрастании доли граждан старшего поколения в населении страны, вызван снижением суммарного коэффициента рождаемости и ростом продолжительности жизни.

Естественно, государство должно принимать меры поддержки населения. Достойный уровень жизни пожилых людей, пенсии должен обеспечить бюджет РФ с налогов трудоспособного населения. С ростом безработицы и известных проблем с трудоустройством по «белой» заработной плате образовывается дефицит бюджета. Большинство населения пожилых людей, достигших пенсионного возраста, работает. Они стараются обеспечить себя и своих близких.

Приведу примеры работы нашего «Агентства «Патронаж». Подопечными являются люди, достигшие возраста 80–98 лет. Их детям уже 50–70 лет. Они либо достигли сами пенсионного возраста, либо являются гражданами предпенсионного возраста. Все они работают и стараются содержать своих престарелых родителей. Мы всегда интересуемся различными способами поддержки населения от государства и находим для каждого клиента оптимальный выход.

В 2017 году по поручению Президента Российской Федерации был разработан и утвержден «Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами», к началу 2018 года запущен трехлетний пилотный проект по созданию системы долговременного ухода.

Главная цель системы долговременного ухода – обеспечить людям, нуждающимся в уходе, достойный уровень жизни и максимальную реабилитацию, обеспечить поддержку их семьям, а также обеспечить взаимодействие пожилого человека с органами и организациями, включенными в систему долговременного ухода, после его однократного обращения в одну из этих организаций.

Любая организация социальных услуг имеет подобную цель, миссию и свои ценности

Миссия: предоставлять каждому получателю социальных услуг социальные услуги высокого качества, следуя мировым стандартам и принципам социальной работы,

Цель: повышение качества и эффективности социального обслуживания, создание сплоченной команды единомышленников, формирование терапевтической среды для получателей социальных услуг. Образование, обучение соответствующее как для исполнителя услуг, так и потребителя, что, безусловно, положительно скажется на качестве работы подобных организаций.

Ценности: социальная справедливость, гуманизм; уважение достоинства каждого человека; милосердная любовь; соблюдение профессиональной честности; уважение права человека принимать свое решение; соблюдение разумных интересов получателей услуг; служебный этикет.

ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Это комплексная поддержка для пожилых и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию.

Программа включает социальное обслуживание, медицинскую помощь как на дому, так и в полустационарной, стационарной форме, с привлечением сиделок из патронажной службы, а также семейный уход. Наша патронажная служба также взаимодействует со стационарами, пансионатами, оказывая услуги подопечным.

Департамент по социальной политике мэрии города Новосибирска подвел промежуточные итоги реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами.

В рамках системы долговременного ухода развиваются новые социальные направления:

- В шести комплексных центрах города открыты отделения дневного пребывания, направленные на профилактику преждевременного старения, повышение качества жизни и продление активного долголетия граждан пожилого возраста и инвалидов: МБУ «КЦСОН Колыванского района», Новосибирская область, г. Обь, ул. 2-я Северная, 106/7, МБУ Тогучинского района МБУ КЦСОН и расположено по адресу: г. Тогучин, ул. Комсомольская, д. 1, 1-й этаж, МБУ КЦСОН Мошковкого района Новосибирской области, МБУ КЦСОН Татарского района Новосибирской области. Подробную информацию о необходимых документах, условиях для получения социальных услуг можно найти на сайтах специализированных перечисленных центров.
- На базе учреждений социального обслуживания населения созданы «Школы семейного ухода», которые направлены на обучение родственников, специалистов и других лиц, осуществляющих уход за маломобильными гражданами на дому; также наша организация проводит обучение как получателей услуг, так и исполнителей. В наших социальных сетях @ agentstvo_patronage всегда можно найти информацию о курсах.
- Пункты проката технических средств реабилитации оснащены современным специализированным оборудованием и приспособлениями для самообслуживания инвалидов. В настоящее время таких центров около 30, но их станет больше. С 2021 года расширили и круг получателей. Взять напрокат специальные приспособления теперь могут не только люди с инвалидностью.
- Созданы мобильные бригады – специалисты социальной службы и врачи общей практики, при необходимости – врачи узких специальностей.
- Успешно реализуются и действующие проекты: социальное такси, городская пожизненная рента, сопровождаемое жилье, услуга «временное пребывание», социальный патронаж. Информацию о перечисленных проектах найти можно на сайте администрации города, на сайте департамента социальной политики.

Департамент сделал акцент на подготовке кадров и работе с персоналом. 105 сотрудников прошли обучение на семинарах и вебинарах благотворительного фонда «Старость в радость». 350 человек обучились профессии сиделки, 113 специалистов прошли профессиональную переподготовку в «Европейском центре долгосрочной опеки», 237 сотрудников получили дипломы Новосибирского медицинского колледжа.

Продолжается проведение масштабной типизации. В июле 2020 года выявили полторы тысячи новосибирцев первой и четвертой группы ухода, нуждающихся в услугах сиделки, что составило 22 % от общего числа протипизированных граждан. Поэтому было увеличено количество помощников по уходу на 62 человека – со 181 до 243. Это дало возможность включить в систему долговременного ухода дополнительно около 150 новосибирцев, нуждающихся в постоянном постороннем уходе. На сегодня 250 помощников ухаживают за 636 горожанами.

Межведомственное взаимодействие специалистов департамента по социальной политике, министерства труда и социального развития и министерства здравоохранения Новосибирской области, некоммерческих организаций и волонтеров позволило дополнительно выявить 1347 новосибирцев, нуждающихся в помощи. Несмотря на чрезвычайный режим работы учреждений здравоохранения, выстраивается совместная работа в условиях пандемии, разработаны и утверждены протоколы и регламенты обмена информацией, установлены и апробированы цифровые каналы передачи данных. Благодаря этому из органов системы здравоохранения передан для ухода в социальные службы города 641 человек.

Справочная информация: в марте 2020 года между министерством труда и социального развития Новосибирской области и департаментом по социальной политике мэрии города Новосибирска было заключено соглашение о представлении из бюджета Новосибирской области денежных средств на реализацию пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Новосибирске. Соглашением и планом реализации пилотного проекта «Дорожной картой» были установлены задачи по формированию системы.

В апреле департамент приступил к активной фазе реализации проекта. При формировании системы была поставлена задача ликвидировать пробелы в организации ухода за лицами старших возрастных групп, поэтому ключевыми принципами в новой идеологии системы социального обслуживания населения стали:

- активное внедрение выявительного принципа, основанного на межведомственном взаимодействии, работе с общественными организациями и создании современных каналов коммуникаций с жителями города;
- проведение сплошной типизации граждан, находящихся на со-

циальном обслуживании, в соответствии с новой методикой проведения функциональной диагностики;
- создание клиентоориентированной системы, в центре которой – человек, а все социальные сервисы и услуги работают на него.

Преимущества

Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста в России дает возможность позаботиться об одиноких и больных стариках независимо от уровня дохода и семейного положения. Выбор вида социального заведения зависит от медицинских показателей, личных предпочтений, финансовых возможностей и имеющейся поддержки со стороны членов семьи. На 2018–2020 гг. объем финансирования, направленный на строительство и развитие деятельности социальных домов, составит 43,6 млрд рублей, что позволит устранить очередь в подобные заведения. Как я писала выше, востребованность в подобных услугах в специализированных учреждениях только растет. Уход требуется для людей с деменцией и болезнью Альцгеймера. Проживание подопечных с такими диагнозами дома иногда просто невозможно. Не все, но некоторые больные нуждаются в лечении в соответствующем учреждении.

Содержание их дома становится в определенные моменты небезопасным как для самого подопечного, так и для его родных. Очень важно обучение для работников этой сферы и родственников, проживающих с больными.

Долгосрочный уход на дому – более гуманный способ, когда сохраняется состоявшийся уклад жизни в привычной и знакомой среде, что для пожилого человека немаловажно, а порой является главным условием качества его жизни. Престарелым людям не нужно тратить физические и душевные силы на переезд, адаптацию к новым условиям, разрывать социальные связи. Большинство подопечных сопротивляются как переезду, так и наличию сиделки. Они стараются всё делать сами и обслуживать себя максимально, насколько это возможно. По данным Всемирной Организации Здравоохранения человек преклонного возраста, оторванный от привычной среды, в среднем живет на 7–10 лет меньше даже при условии помещения в комфортные и безопасные условия.

Недостатки

Любая система требует корректировок в соответствии с новыми требованиями и потребностями общества. Система долговременного ухода за пожилыми людьми также показала свои слабые стороны, которые отражаются на качестве предоставляемых услуг. Причинами неэффективного функционирования стали следующие факторы:
- отсутствие единой системы управления и финансирования;
- подчинение разным ведомствам – Министерству здравоохранения и Министерству труда;
- различные требования по обслуживанию в учреждениях и по регионам;
- несоответствие квалификации специалистов выполняемым обязанностям;
- отсутствие профессиональных сиделок в штате;
- недостаточный уровень развития услуги «надомный уход».

Система долговременного ухода, наделенная такими недостатками, приводит к тому, что пожилой человек не получает комплексную помощь в стенах социального учреждения, где он проживает или лечится. В больнице нет должности сиделки, а в доме престарелых основные обязанности выполняют санитарки без медицинского образования.

Долговременный уход за гражданами пожилого возраста на дому – особо актуальная проблема. Большинство стариков предпочли бы остаться и получать патронажные услуги дома от социального работника или родственника, готового за ним ухаживать. Трудность заключается в том, что специалисты социальной службы не имеют права оказывать медицинскую помощь, а также не располагают свободным временем, чтобы уделить достаточно внимания одному пациенту.

Что касается членов семьи, которые решили сами оказывать долгосрочный уход недееспособному больному, то здесь возникает другая проблема. Государство готово добавить к пенсии подопечного 1200 рублей для оплаты услуг родственника, соседа или постороннего человека, взявшего на себя обязанности по уходу. Но такой человек не должен получать официальную зарплату, пенсию или пособие по безработице. Столь малой суммы недостаточно, чтобы нанять

Условия для эффективной работы уполномоченных органов и организаций, осуществляющих долговременный уход

Взаимодействие между службами и общие принципы, перечисленные далее, помогут вывести услуги на тот уровень, который обозначила себе каждая участвующая организация:

1. единство общей цели, которая одинаково значима для всех участников межведомственного взаимодействия;
2. разграничение компетенций, которые определяют полномочия участников межведомственного взаимодействия;
3. синхронизация действий, которые согласованы участниками межведомственного взаимодействия, не дублируются и не противоречат друг другу;
4. коллегиальность решений, которые прорабатываются и принимаются участниками межведомственного взаимодействия совместно;
5. коллективная ответственность за результат, который достигается общими усилиями участников межведомственного взаимодействия;
6. конфиденциальность информации, которая получается в процессе межведомственного взаимодействия.

сиделку, в результате весь груз обязанностей ложится на плечи семьи, нередко кому-то из родственников приходится оставлять работу.

Хорошо в некоторых случаях работает система ухода на дому. Сиделка, обученная и опытная, уделяет подопечному столько времени, сколько запрашивается. Чаще всего опыт ухода на дому положительный. Когда люди много и охотно говорят о неуспешных операциях и проектах, то при этом они оставляют в тени бесчисленное количество довольных потребителей услуг.

Долговременный уход за гражданами пожилого возраста на дому – особо актуальная проблема. Большинство стариков предпочли бы остаться и получать патронажные услуги дома от социального работника или родственника, готового за ним ухаживать.

УЧАСТНИКИ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Участниками системы долговременного ухода являются:

- Уполномоченные органы – органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченные на осуществление на территории субъекта Российской Федерации социального обслуживания, социальной защиты, охраны здоровья и образования.
- Уполномоченные организации – находящиеся на территории субъекта Российской Федерации.
- Организации социального обслуживания независимо от организационно-правовой формы, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации, предоставляющие социальные услуги, индивидуальные предприниматели, осуществляющие социальное обслуживание.
- Медицинские организации независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

- Образовательные организации, осуществляющие на основании лицензии образовательную деятельность в качестве основного вида деятельности в соответствии с целями, ради достижения которых такая организация создана.
- Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы.
- Уполномоченные работники – работники уполномоченных организаций, участвующие в предоставлении социальных, медицинских, реабилитационных и иных услуг, предоставляемых в рамках системы долговременного ухода гражданам, нуждающимся в посторонней помощи (уходе).
- Граждане – лица, осуществляющие на основе родственных, соседских или дружеских связей уход за гражданами, нуждающимися в посторонней помощи (уходе), а также граждане, нуждающиеся в посторонней помощи (уходе).

С чего начинается работа?

Первый этап – это выявление. Что это такое? Выявление предполагает получение и передачу информации о потенциальных получателях социальных услуг. То есть важно знать, кому необходим долговременный уход. Система долговременного ухода предполагает заявительный характер, но использует и выявительный принцип работы. Он основан на межведомственном взаимодействии, то есть реализуется с привлечением специалистов здравоохранения, социальной защиты и иных ведомств.

Второй этап в организации долговременного ухода – типизация. В его процессе определяется индивидуальная нуждаемость человека с тем, чтобы предоставить ему определенный набор услуг в рамках установленной группы ухода. Группа ухода зависит от количества набранных в результате оценочных действий баллов.

Кто проводит оценку или типизацию

Работники, которые прошли специальный курс обучения. Они получают информацию в виде интервью в месте проживания получателя социальных услуг. Результаты интервью вносятся в бланк типизации. Эти же работники оценивают социальный и семейный статус и иные критерии, снижающие жизнедеятельность

человека. На основании интервью и иных критериев человек попадает в одну из групп ухода. Их всего шесть: от нуля до пяти. К нулевой группе относятся люди, полностью сохранившие самостоятельность в повседневной жизни. А вот у лиц из пятой группы – полная утрата способности к самообслуживанию и передвижению, они целиком зависят от посторонней помощи.

Результаты типизации – одни из главных источников информации для составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг, а дальше – индивидуального плана ухода.

Перечень оказываемых услуг включает:

- Контроль жизненно важных показателей здоровья (измерение давления, уровня сахара в крови и т. д.).
- Контроль приема и дозировки необходимых лекарственных препаратов.
- Оказание медицинской помощи (если позволяет квалификация).
- Вызов скорой помощи при необходимости.
- Приготовление еды и помощь в приемах пищи.
- Замену и стирку постельного белья.
- Купание, одевание, переодевание.
- Уборку квартиры и мытье посуды.
- Покупку продуктов, лекарств и других необходимых товаров.
- Оплату коммунальных услуг.
- Сопровождение на прогулках и в походах к врачу.
- Гигиенический уход (смена памперсов, мытье, при необходимости противопролежневая профилактика сотрудником, имеющим соответствующую квалификацию)

Индивидуальный план ухода: что он в себя включает

Перечень ресурсов человека – то, что он может выполнять самостоятельно, и то, что для него превращается в проблему, требует посторонней помощи. Исходя из имеющихся ресурсов и выявленных проблем составляется перечень манипуляций по индивидуальному уходу. В плане прописываются такие моменты: кто выполняет проблемную манипуляцию, когда, как и где. То есть план ухода представляет собой некую программу, последовательность действий социального работника. В плане ухода прописывается время выполнения манипуляций, например утренних гигиенических процедур, место их выполнения, например кормление получателя социальных услуг в пределах постели или сопровождение его для приема пищи на кухню и так далее. В плане прописывается всё, вплоть, например, до того, что если получатель социальных услуг плохо слышит или понимает речь, то нужно говорить громко, четко, простыми фразами и убеждаться, что он понял сказанное. Если какие-либо манипуляции выполняются родственниками, то это тоже указывается в плане ухода.

Цель системы долговременного ухода – перевести человека из пятой группы в четвертую, из четвертой – в третью и так далее.

Результатом определения индивидуальной потребности гражданина в посторонней помощи (уходе) является установление в целях подбора гражданину пакета услуг в рамках системы долговременного ухода и оптимальных условий их предоставления параметров нуждаемости в социальном обслуживании в рамках системы долговременного ухода, включающих:

1 **периодичность** (частоту) ухода – периодическая, регулярная, ежедневная или постоянная (круглосуточная) нуждаемость в посторонней помощи (уходе);

2 **характер ухода** – замещающие услуги (делают за человека), ассистирующие услуги (помогают делать человеку: от напоминаний, планирования до физической помощи в совершении действия), их сочетание;

3 **интенсивность ухода** – количество посещений от одного до нескольких раз в день;

4 **продолжительность ухода** – количество часов в неделю и в день;

6 **часы предоставления ухода** – в дневное или ночное время;

7 **необходимость присмотра** – для тех, кого небезопасно оставлять одного;

8 **необходимость сопровождения** – для тех, кто нуждается в посторонней помощи (уходе).

Технологии социального обслуживания, используемые в системе долговременного ухода

В системе долговременного ухода наряду с технологией социального обслуживания «долговременный уход» рекомендуется использовать другие технологии социального обслуживания, позволяющие обеспечивать гражданам, нуждающимся в посторонней помощи (уходе), качество жизни в соответствии с их индивидуальными потребностями, структурой и степенью ограничений жизнедеятельности, состоянием здоровья, психофизическими особенностями, предпочтениями, реабилитационным потенциалом и иными ресурсами:

1 **«родственный уход»** – стационарозамещающая технология социального обслуживания, позволяющая при организованной поддержке и обучении лиц, осуществляющих уход за гражданами, нуждающимися в посторонней помощи (уходе), на основе родственных, соседских или дружеских связей, обеспечивать уход полностью или частично в целях сохранения пребывания данных граждан в привычной благоприятной среде (дома, в семье);

2 **«приемная семья»** – стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность

предоставления гражданам, нуждающимся в посторонней помощи (уходе), необходимого ухода посредством возложенных на приемную семью обязательств;

3 **«сопровождаемое проживание»** – стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность для инвалидов при организованной поддержке и обучении проживать малыми группами в условиях, приближенным к домашним, в собственном или арендованном жилье (дом, квартира) или в специально обустроенных жилых помещениях, принадлежащих в том числе организациям социального обслуживания;

4 **«социальная передышка»** – технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления гражданам, нуждающимся в посторонней помощи (уходе), проживающим в кровных или приемных семьях, временного проживания (пребывания) в стационарных (полустационарных) организациях социального обслуживания в целях краткосрочного освобождения от постоянного ухода за данными гражданами их семей;

5 **«патронажная бригада»** («патронажная служба», «мобильная бригада») – технология социального обслуживания, предусматривающая возможность оперативно реагировать, принимать меры по устранению причин, обусловивших потребность граждан, нуждающихся в посторонней помощи (уходе), в предоставлении срочных социальных услуг, а также оказывать содействие в предоставлении медицинской и иной помощи, осуществлять патронаж получателей долговременного ухода посредством междисциплинарной команды специалистов.

В рамках системы долговременного ухода допускается сочетание и одновременное использование разных форм социального обслуживания (в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме) и технологий социального обслуживания граждан, нуждающихся в посторонней помощи (уходе).

В рамках системы долговременного ухода допускается сочетание и одновременное использование разных форм социального обслуживания (в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме) и технологий социального обслуживания граждан, нуждающихся в посторонней помощи (уходе).

Примерные правила определения индивидуальной потребности гражданина в посторонней помощи (уходе) утверждаются Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации по согласованию Министерством здравоохранения Российской Федерации и включают в себя рекомендуемые анкеты (личные карточки, опросники), позволяющие провести оценку психического статуса, функциональной самостоятельности, когнитивных способностей граждан, являющиеся составной частью заявления гражданина или его законного представителя о предоставлении социального обслуживания.

Правила определения индивидуальной потребности гражданина в посторонней помощи (уходе) рекомендуется утверждать на уровне высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. При определении индивидуальной потребности гражданина в посторонней помощи (уходе) рекомендуется учитывать:

1 **данные анкет** (личных карточек, опросников) о психическом статусе, функциональной самостоятельности, когнитивных способностях граждан;
2 **заключения врачебных комиссий** медицинских организаций, содержащие клинико-функциональные данные о гражданине;
3 **результаты медицинских осмотров,** диспансеризации и диспансерного наблюдения;
4 **результаты дополнительных обследований** гражданина (тестов), проведенных в медицинских организациях;
5 **результаты медико-социальной экспертизы** гражданина по установлению структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала, определению нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре);
6 результаты обследования условий жизнедеятельности гражданина, определения причин, влияющих на ухудшение этих условий;
7 информацию, полученную от лиц, длительно находящихся в постоянном общении с гражданином (членов семьи, родственников, друзей, соседей и других лиц), которые могут наблюдать за ним в повседневной жизни;
8 иную информацию, полученную в том числе от участников системы долговременного ухода в рамках межведомственного взаимодействия посредством информационного обмена сведениями о гражданине, нуждающемся в посторонней помощи (уходе).

Современное состояние системы социального обслуживания клиентов, находящихся на надомном обслуживании

Социальное обслуживание на дому включает в себя специализированное обслуживание. Не секрет, что заболевания, сопутствующие преклонному возрасту, часто приводят к потере пожилыми людьми способности к самообслуживанию, и тогда в помощь социальному работнику, предоставляющему социально-бытовые услуги, приходят

специалисты медико-социальной помощи, которые оказывают доврачебную медицинскую помощь и услуги гигиенического характера.

Отход от традиционных стационарных форм и развитие надомного обслуживания пожилых людей являются свидетельством меняющихся приоритетов в этой сфере. Целью надомного обслуживания является создание условий, при которых любой человек имел бы возможность дольше оставаться в привычном социальном окружении. Данная форма социального обслуживания на сегодняшний момент очень востребована гражданами пожилого возраста и инвалидами. В разных регионах страны форма надомного обслуживания развита неодинаково, что обусловлено многими причинами социально-экономического, природно-климатического, национально-этнического и иного характера.

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

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- организация питания, включая доставку продуктов на дом;
- помощь в приобретении лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские организации;
- поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;
- содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;

- содействие в организации ритуальных услуг;
- другие надомные социальные услуги.

При обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения, в число надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, включается содействие в обеспечении топливом и (или) водой. Кроме надомных социальных услуг, предусмотренных перечнями гарантированных государством социальных услуг, гражданам пожилого возраста и инвалидам могут быть предоставлены дополнительные услуги на условиях полной или частичной оплаты.

Социальное обслуживание на дому предоставляется гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании. Обслуживание получателей социальных услуг осуществляется социальными работниками, состоящими в штате поставщика социальных услуг.

Отделение социального обслуживания граждан на дому создается одно для обслуживания 240 граждан, проживающих в городской местности, и одно для обслуживания 120 граждан, проживающих в сельской местности или городском секторе, не имеющем коммунально-бытового благоустройства.

Предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому осуществляется в рабочие дни (кроме выходных и праздничных дней) на основании дифференцированного подхода к количеству получателей социальных услуг в зависимости от состояния их здоровья. Патронажные службы здесь, конечно, выигрывают в плане возможности предоставления услуг по уходу на дому в любое запрашиваемое время – от часового до круглосуточного наблюдения при любой тяжести заболевания подопечного.

Предоставление социальных услуг осуществляется на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг (индивидуальная программа) и договора о предоставлении социальных услуг (договора) согласно формам, утвержденным федеральным законодательством.

Договор заключается между получателем социальных услуг и поставщиками социальных услуг, определяет виды и объем предоставляемых услуг, сроки, в которые должны быть предоставлены услуги, а также порядок и размер их оплаты, права и обязанности сторон.

Основанием для рассмотрения вопроса о предоставлении социального обслуживания на дому является поданное в письменной или электронной форме заявление гражданина согласно форме, утвержденной законодательством, или его законного представителя, заявление, направленное по почте на имя руководителя органа социальной защиты населения по месту жительства, обращение в рамках межведомственного взаимодействия.

Каким категориям граждан предоставляется социальное обслуживание на дому

Социальные услуги на дому предоставляются гражданам пожилого возраста (женщинам старше 55 лет, мужчинам старше 60 лет) и инвалидам (в том числе детям-инвалидам), нуждающимся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению.

Кто принимает решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании

С 1 января 2015 года решение о признании граждан нуждающимися в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании принимают органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Новосибирской области, наделенные отдельными государственными полномочиями в сфере социального обслуживания. Изменились ли условия предоставления социальных услуг на дому в связи со вступлением в силу Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»? Закон сохраняет все права граждан на социальное обслуживание, которые были предусмотрены ранее, и предполагает индивидуальный подход к установлению гражданину необходимых ему социальных услуг, исходя из потребности в конкретных социальных услугах. В связи с этим с учетом индивидуальной потребности в социальных услугах гражданину разрабатывается индивидуальная программа предоставления социальных услуг.

Взимается ли плата за социальное обслуживание на дому

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются бесплатно и за плату.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются бесплатно в объемах, определенных индивидуальной программой предоставления социальных услуг, следующим категориям граждан:

- несовершеннолетним детям;
- лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов;
- инвалидам Великой Отечественной войны;
- участникам Великой Отечественной войны;
- одиноко проживающим супругам погибших (умерших) инвалидов Великой Отечественной войны, участников Великой Отечественной войны.

Также социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются бесплатно в случае, если на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг ниже или равен полуторной величине прожиточного минимума, установленного в Новосибирской области для основных социально-демографических групп населения.

Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но не может превышать пятьдесят процентов разницы между величиной среднедушевого дохода получателя социальных услуг и полуторной величиной прожиточного минимума, установленного в Новосибирской области для основных социально-демографических групп населения.

Каким документом утверждены тарифы на социальные услуги

Тарифы на социальные услуги определены приказом департамента по тарифам Новосибирской области от 29.12.2014 № 502-тс «Об установлении предельных максимальных тарифов на социальные услуги, предоставляемые поставщиками социальных услуг получателям социальных услуг на территории Новосибирской области».

Социальные услуги предоставляются бесплатно:

- несовершеннолетним детям, признанным нуждающимися в социальном обслуживании;
- лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов;
- участникам и инвалидам Великой Отечественной войны 1941–1945 годов;
- участникам боевых действий и локальных военных конфликтов, которым установлена I группа инвалидности.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются бесплатно, если на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг, рассчитанный в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, установленной законодательством.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляются за плату, если на дату обращения среднедушевой доход получателей социальных услуг превышает предельную величину среднедушевого дохода, установленную законодательством.

Решение об уровне предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому принимается органом, уполномоченным на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании, на основании Карты оценки нуждаемости граждан о предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, составляемой органом, уполномоченным на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании, с учетом дифференцированного подхода к оценке состояния здоровья гражданина и составления Индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ).

Гражданам, находящимся в кризисной ситуации, может быть предложено социальное обслуживание в специализированном медико-социальном отделении (при наличии),

социальном учреждении стационарного типа или могут быть предложены услуги сиделки (при наличии).

В системе долговременного ухода и изменяющихся условиях нужно учитывать специфику организации долговременного ухода на дому.

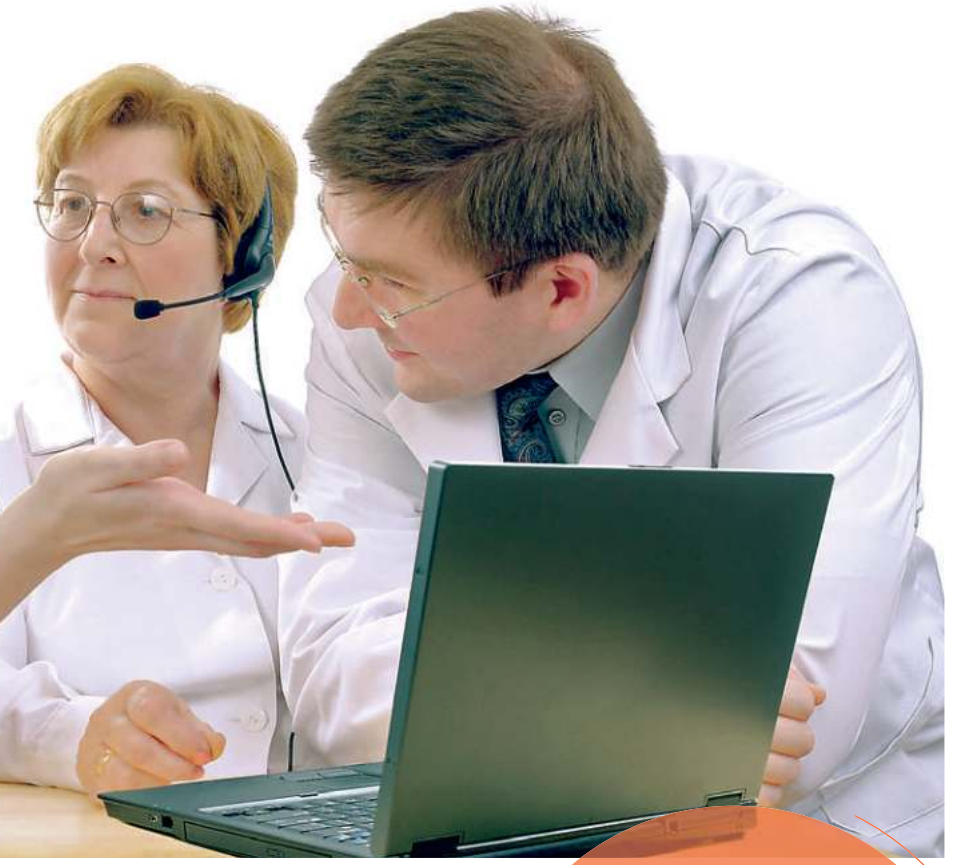
Следует отдельно отметить, что объектами контроля должны стать:

- процесс долговременного ухода;
- результаты долговременного ухода;
- целевое расходование средств, выделяемых на финансирование ухода

Ключевым вопросом я назвала бы отсутствие единой системы ухода за пациентами в хосписах и домах ухода.

Такая система позволяет всем медработникам в учреждении работать по единым правилам, стандартам и регламентам, обозначить рамки должностных обязанностей. Система ухода необходима по нескольким причинам.

Во-первых, система позволяет ограничить зону ответственности каждого работника. Когда коллектив работает в одной системе,



каждый человек понимает, где его работа, в каких вопросах он компетентен, а в каких нет. Во-вторых, когда у работников есть правила, они знают, как вести себя в нестандартных ситуациях – они справятся с ними без тревоги. В-третьих, есть политика качества. Если кто-то подойдет и скажет вам, что вы что-то делаете неправильно, вы можете ссылаться на стандарты, которых вы придерживаетесь. Если к вам придет новый работник, вам будет легче его обучить, если правила прописаны.

Ухаживающие люди должны быть довольны своей работой, понимать, зачем они работают и какие цели преследуют. Не просто выполнять какие-то обязанности потому, что им некуда больше устроиться, и их приняли, потому что это последняя для них инстанция. Каждый сотрудник должен понимать, что он делает, в какое время, зачем и почему именно так, а не иначе. Поэтому в хосписе или доме ухода должны позаботиться об обучении персонала, о том, чтобы из сотрудников сложилась команда, чтобы они знали общую цель и для чего они пришли работать. Не бойтесь делиться опытом с другими организациями и перенимать их опыт, возможно, так вы оградите себя от ошибок.

Все концепции ухода основаны на желаниях и потребностях пациента, которые он может удовлетворить сам или с помощью медицинского персонала. Когда мы планируем уход, мы определяем, что пациент может делать самостоятельно, в каком объеме ему нужна помощь и какие риски существуют.

Все концепции ухода основаны на желаниях и потребностях пациента, которые он может удовлетворить сам или с помощью медицинского персонала. Когда мы планируем уход, мы определяем, что пациент может делать самостоятельно, в каком объеме ему нужна помощь и какие риски существуют. Допустим, врач говорит, что у пациента сердечная недостаточность, и верхняя часть его тела должна находиться чуть выше, чем нижняя. Ночью этот пациент будет часто ходить в туалет, а значит, у него повышаются риски падения. Задача медсестер – оценить все возможные риски по шкалам и минимизировать их. Если у пациента есть риск пролежней, санитарки должны каждые два часа его переворачивать, наблюдать за кожными покровами и в случае изменений обязательно передать информацию медсестре.

Заботясь о потребностях пациента, вы можете обратиться к пирамиде Маслоу.

На первой ступени находятся физиологические потребности человека: пациент должен быть напоен, накормлен, переодет, у него не должно быть проблем со сном. На второй ступени – безопасность. Медперсонал создает безопасное окружение для пациента, не только в физическом смысле, но и в моральном. Пациент должен понимать, что у него обязательно будут медикаменты, их купят и обязательно принесут. Пациент так же, как и любой человек, испытывает потребность в любви и признании, а также в самоактуализации. Пациенту необходимо чувствовать свою принадлежность к социальной группе, семье, дому.

При выборе или составлении любой системы ухода нужно обязательно всё тщательно продумывать. Нельзя описать вот так всю систему ухода. Сколько людей, столько у них индивидуальных особенностей, которые укладываются в индивидуальную программу ухода. Чем дольше подопечный находится дома, тем дольше и качественнее он проживает свою жизнь. Своим клиентам я задаю вопрос: «Каким вы себя видите в старости? Какого ухода, по-вашему, достоин ваш родитель?» Какую бы вы ни выбрали технологию ухода, помните, за этим стоит огромная работа каждого человека в социальной области обслуживания населения. Вы сами, взаимодействуя со службами, можете сделать жизнь своего родственника спокойной и достойной!

Мы готовы учиться, а вы? ■

План сестринского ухода – это формальный процесс, который включает в себя выявление существующих потребностей, прогнозирование потенциальных потребностей и рисков. Любой план сестринского ухода включает в себя информацию о способе коммуникации между медицинскими сестрами, пациентами и другими специалистами, чтобы достичь наилучшие результаты при уходе за пациентами и при организации лечения. Без должного процесса планирования качество и целостность оказываемой помощи будет утрачено.

ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА: ГИД ПО СОСТАВЛЕНИЮ

Игорь Олегович ПОЛУБОЯРЦЕВ,
начальник научно-методического отдела
ГБУ НМГЦ «Переделкино»

Табл. 1. **ОБРАЗЕЦ ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО УХОДА (4 КОЛОННЫ)**

Ф.И.О. КЛИЕНТА (ПАЦИЕНТА):
Ф.И.О. СОТРУДНИКА
ДАТА СОЗДАНИЯ (ИЗМЕРЕНИЯ):

СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ	ЦЕЛИ И ОЖИДАНИЯ	ВМЕШАТЕЛЬСТВО	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАНА
Трудности эвакуации содержимого трахеобронхиального дерева при самостоятельном дыхании	Эффективное очищение трахеобронхиального дерева, нормализация звуков при дыхании	Оценить ЧДД, ритм, звук дыхания, выбрать рациональный метод очищения дыхательных путей	Поддержание самостоятельного дыхания, отсутствие цианоза, эпизодов апноэ, сохранение нормальных показателей дыхания
Кашель	Уменьшение кашля	Теплое питье, постуральный дренаж	
Диспноэ	Нормализация дыхания	Наблюдение за дыханием, помощь в случае нарушения дыхания	

ЧТО ТАКОЕ ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА И ДЛЯ ЧЕГО ОН НУЖЕН?

Процесс планирования сестринской помощи и ухода начинается с момента поступления клиента в учреждение, будь то дом сестринского ухода, пансионат или больница. План постоянно обновляется и меняется по мере изменения показателей здоровья пациента и по мере достижения целей ухода. Одна из функций плана сестринского ухода – это индивидуализация оказываемой помощи.

Планы сестринского ухода могут быть формальными и неформальными.

• Неформальный план ухода – это тот, который существует только у медицинской сестры в голове, не представлен в виде документа.

• Формальный план ухода – это записанный или созданный на компьютере документ, отражающий полностью процесс планирования и реализации.

Для чего же создается план ухода

Он создается, чтобы:

• обеспечить должный уход с применением принципов доказательной медицины и в тоже время создать более домашнюю атмосферу в учреждениях для клиентов;

• сформировать целостный подход к лечению и уходу за пациентом с учетом физических, психологических и духовных потребностей человека. Давно известно, что только целостный подход может помочь управлять заболеванием и добиваться хороших результатов в лечении;

• сформировать цели ухода и (или) лечения;

• оценить работу медицинской сестры.

Компоненты плана сестринского ухода

План сестринского ухода содержит сестринские диагнозы, проблемы клиентов (пациентов), ожидаемые результаты всех видов вмешательств, цели, перечень и частоту необходимых вмешательств, оценку эффективности.

1 Оценка состояния пациента, сбор результатов медицинских исследований – первый шаг в создании релевантного плана ухода. Оценка состояния пациента включает оценку таких аспектов, как физическое состояние, эмоциональное состояние, сексуальность, психосоциологические факторы, культурные, духовные, когнитивное состояние (познавательные процессы), факторы, ассоциированные с возрастом.

2 К ожидаемым результатам ухода и лечения относятся как субъективные, так и объективные факторы.

3 Перечень сестринских вмешательств.

4 Критерии оценки эффективности плана сестринского ухода.

Форматы плана сестринского ухода

Как правило, планы сестринского ухода разделены на несколько колонн: первая – сестринские диагнозы, вторая – ожидания и цели ухода и (или) лечения, третья – сестринские вмешательства, четвертая – оценка эффективности плана сестринского ухода.

Образец плана сестринского ухода с проблемами при дыхании представлен в таблице 1.

Самый первый шаг в создании плана сестринского ухода – это полная оценка (assessment) физического статуса пациента и сбор информации о различных потребностях

Кто составляет план сестринского ухода? Ответ очевиден – медицинские сестры, занимающиеся вопросами организации и планирования ухода, работающие непосредственно с пациентами. План сестринского ухода – это документ, призванный систематизировать сестринскую помощь, спрогнозировать возможные риски и обсудить с пациентом его ожидания от помощи и лечения. План не должен включать те компоненты, выполнение которых подразумевает применение врачебных компетенций. План сестринского ухода – это рабочий инструмент медицинской сестры.

НАПИСАНИЕ ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Как правильно составить план сестринского ухода? Что для этого нужно и в какой последовательности это правильно делать? Существует ряд стандартных правил, в соответствии с международной практикой[1].

Оценка

Самый первый шаг в создании плана сестринского ухода – это полная оценка (assessment) физического статуса пациента и сбор информации о различных потребностях. Для выполнения этого шага применяются как классические методы осмотра и обследования, так и использование различных шкал и оценочных листов (шкала оценки комы Глазго, LAMS, различные шкалы оценки боли, шкала делириозной готовности (DDOS), шкалы оценки риска пролежней Нортон, Ватерлоу, иные шкалы). По результатам шкал выявляются основные проблемы пациента (клиента), например: нарушение дыхания, повышенный риск возникновения делирия, нарушение сознания, риск возникновения пролежней. Выявленные проблемы будут являться также сестринскими диагнозами, т. е. сестринский диагноз – это не клинический диагноз, который ставит врач, это симптом или проблема, снижающие качество жизни пациента (клиента) или замедляющие процесс лечения.

Формирование долгосрочных и краткосрочных целей

Для того чтобы спланировать процесс помощи пациентам, выявить нарушенные потребности недостаточно. Необходимо сформировать цели, которые могут быть краткосрочными и долгосрочными. Формирование целей чрезвычайно важно, поскольку не только медицинским сестрам, но и всей медицинской команде будет понятно, куда и зачем стремиться. Цели должны быть достижимыми и объединены одной чертой – помочь пациенту поддержать необходимое качество жизни.

Выбор инструментов сестринского вмешательства

Следующий этап – это определение видов и объема сестринских вмешательств. Инструменты сестринского вмешательства – это те методы и методики, которые используются медицинскими сестрами: постуральный дренаж для облегчения отделения содержимого трахеобронхиального дерева, т-образное позиционирование для профилактики застойной пневмонии, укладка стоп методом «финской укладки» в целях профилактики и лечения пролежневых ран в области стоп.

---

[1] – *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2674/ – качество и безопасность оказания сестринской помощи, руководство для медицинских сестер.*

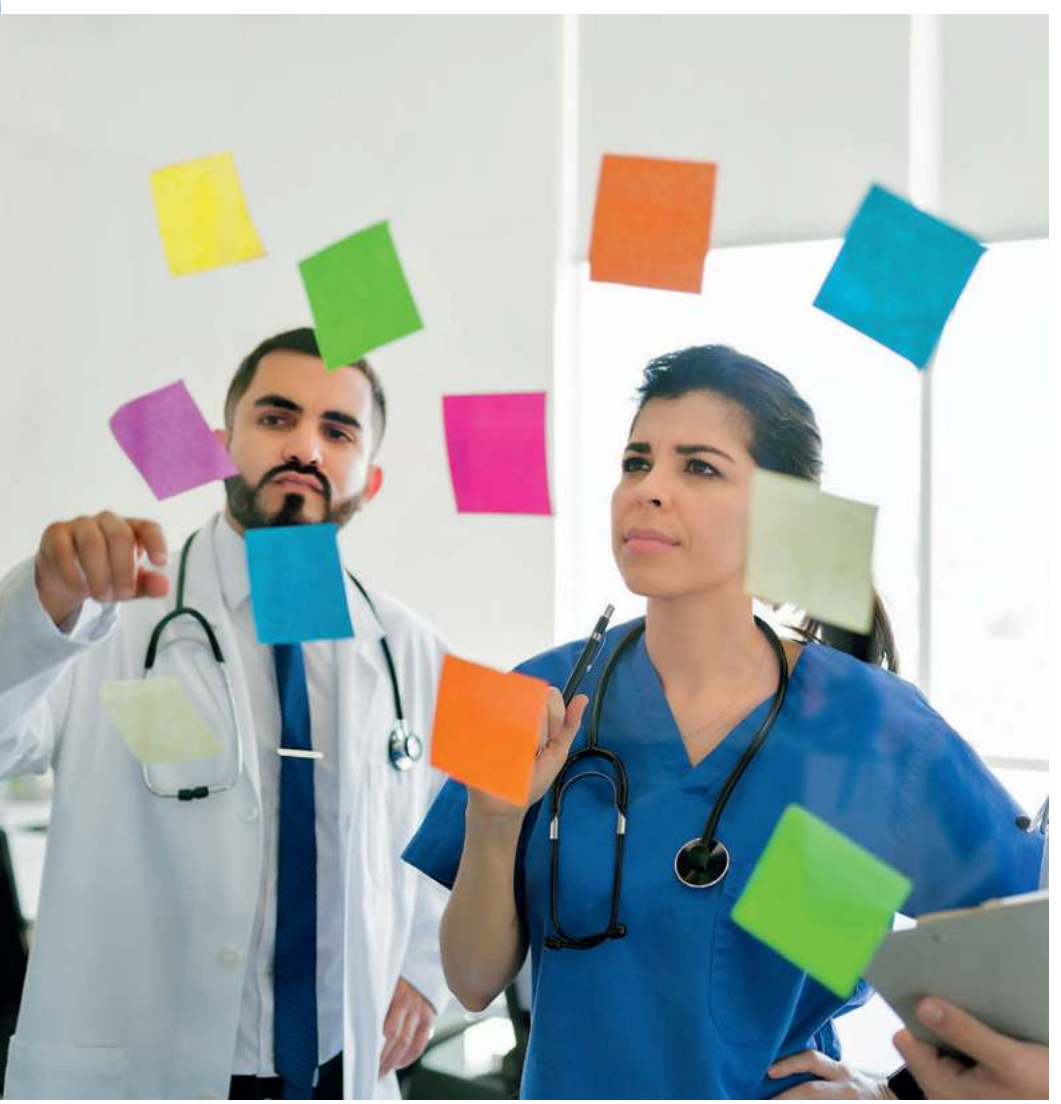
Оценка эффективности плана

Важно в план сестринского ухода включить критерии эффективности плана для того, чтобы сестринский персонал смог сам себя проверить, оценить правильность и эффективность своих действий. Критерии оценки должны быть четкие и понятные. Например: отсутствие цианоза, эпизодов апное или стабилизация артериального давления.

ВНЕДРЕНИЕ ПЛАНОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РАБОТУ

Планы сестринского ухода – это мощные инструменты, помогающие планировать помощь и работать системно для достижения наилучших результатов при организации ухода и лечения. Но на уровне организации перед тем, как начать работать, необходимо пройти несколько этапов, прежде чем планы ухода будут стандартным рабочим инструментом.

Шаг первый – это обучение всего персонала. Важно обучить методике составления плана ухода всех медицинских сотрудников учреждения: врачей, медицинских сестер, младший медицинский персонал, но разбить обучение по профессиям. То есть обучить медицинских сестер методам составления плана, методам сестринской диагностики, определиться со стандартным набором шкал и иных инструментов для оценки состояния и выявления потребностей. Врачам также важно понимать смысл данных планов, поскольку они могут быть сильным диагностическим и вспомогательным инструментарием при составлении и коррекции плана лечения.



Самая распространенная ошибка – это отсутствие информированности младшего медицинского и уходового персонала о планах ухода. Большинство манипуляций по гигиене и фактической помощи в осуществлении ежедневных активностей (мытье, гигиенические процедуры, опорожнение) производятся руками младшего персонала, поэтому важно обучить их работе с планами, пониманию целей помощи, рациональным методам помощи.

Шаг второй – апробационный период. После обучения персонала и определения со стандартным пакетом методик и шкал оценки необходимо провести апробацию на уровне одного структурного подразделения или отделения. Средний срок лучше определить не менее 3 месяцев для того, что был люфт времени для адаптации всего инструментария под операционные процессы учреждения.

Шаг третий – это закрепление пройденного пути, закрепление форм написания плана и методик нормативно-правовой документацией на уровне учреждения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Планы сестринского ухода как рабочий инструмент стали официально применяться с середины прошлого столетия в медицинских учреждениях на Западе. В конце 90-х годов прошлого столетия они стали активно внедряться и в нашей стране в первую очередь потому, что они систематизируют работу персонала и стандартизируют помощь. У персонала появляется четкое понимание, что нужно делать и зачем.

Немаловажная функция плана – это расчет экономической составляющей планируемой помощи. Когда объем помощи (задействованные кадровые ресурсы, расходные материалы) определены, легче просчитать затраты на оказываемую помощь и оптимизировать без потери качества для клиентов (пациентов).

Планирование сестринской помощи и уходовых, лечебных мероприятий – это показатель качества работы любого учреждения, занимающегося лечением и уходом. ■

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

ВЗАИМОВЫГОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

«Если вы не верите в сотрудничество, посмотрите, что происходит с повозкой, потерявшей одно колесо».

Наполеон Хилл, американский журналист, писатель и психолог успеха 1883–1970

Организация работы учреждений долгосрочной опеки подразумевает интеграцию в сопровождение специалистов разных специальностей. Для удовлетворения различных потребностей подопечных часто приходится включать в команду сопровождения специалистов из других учреждений. Благодаря телемедицине это можно осуществлять и сейчас, в период пандемии COVID-19. Для каждого пациента/подопечного необходимо составлять «паспорт» потребностей, иногда им становится опросник уровня качества жизни (SF-36 или EQ-5D). Исходя из того, какие потребности удовлетворены меньше всего (от витальных до духовных), формируется команда сопровождения.

Идеально, чтобы необходимые специалисты присутствовали в учреждении на постоянной основе. Врачи ЛФК, реабилитологи, клинические психологи, массажисты, аниматоры – все эти специалисты очень важны. Однако не всегда учреждение может позволить себе в финансовом плане всех необходимых специалистов и сосредотачивается на удовлетворении витальных потребностей по-

допечных, что уже немало. Но как быть с удовлетворением остальных потребностей? На помощь приходят сторонние организации, государственные или некоммерческие (муниципальные медицинские центры, фонды, ассоциации пациентов или их родственников, волонтеров и пр.). Часто, беседуя с сотрудниками учреждений долгосрочной опеки, я слышу, что они работают с одним единственным фондом или ассоциацией. В этом и есть тактическая ошибка! Каждая организация обладает своим уникальным потенциалом. Поэтому, ориентируясь на нужды пациента, можно формировать мультипрофессиональные команды поддержки из разных специалистов. Например, берем собирательный образ пожилого подопечного, который передвигается самостоятельно, проживает на постоянной основе в учреждении, не имеет родственников. Допустим, что он когнитивно сохранен. Нам, как лицам опекающим, важно как можно дольше сохранять его физическую и ментальную состоятельность, плюс из опросников, мы понимаем, что опекаемый чувствует тревогу и депрессию, из беседы делаем вывод, что причиной тому одиночество. Теперь для каждой функции логично подобрать специалиста и метод коррекции:

Физическое здоровье – врач-геронтолог, врач-невролог, врач-реабилитолог, врач-ЛФК, массажист, врач-психиатр (так как выявили тревогу и депрессию, с него можно смело начинать, иначе реабилитация будет эмоционально тягостна). Всех этих специалистов можно приглашать из того государственного учреждения, с которым заключается соглашение о взаимодействии.

Ментальное здоровье, когнитивная сохранность – врач-психиатр, нейропсихолог, логопед, дефектолог. Состав специалистов определяется в зависимости от тягостных симптомов или от той физиологической функции, которую необходимо сохранить. Специалисты определяют зону ближайшего развития и помогают восстановить функцию, если это возможно, если нет – сохранить.

Одиночество – клинический психолог, аниматоры, волонтеры. Клинического психолога, как и психиатра, реально приглашать из психоневрологических диспансеров, также психологи консультируют на безвозмездной основе в социальных службах и/или в муниципальных центрах психического здоровья. Визиты психолога может оплачивать фонд. Анимация – это практически всегда волонтерская деятельность. В данном примере пациенту важен индивидуальный контакт, чтобы волонтеры приходили лично к нему, беседовали о его жизни, читали книги, собирали пазлы. Групповая работа – инструмент хороший, но не сразу и не с депрессивным пациентом. Приглашать пациента на групповые встречи с тем же психологом следует только тогда, когда пациент к этому готов, то есть сам изъявляет желание.

На данном примере мы поняли, что личность каждого подопечного, как и состояние его здоровья, уникальны, и обобщение поддержки в этом случае не даст необходимого результата. К тому же странно не использовать ресурсы, которые предлагает нам сфера медицины и НКО. Да, это не всегда просто, может занять длительное время само согласование взаимодействия, но оно того непременно стоит.

https://tochno.st – сайт с перечнем всех НКО и о том, чем и кому каждая помогает. На сайте также представлена аналитика по благотворительности и много полезной информации по этой теме.

Только ориентация на потребности человека позволит вывести качество сервиса учреждений долгосрочной опеки на должный уровень, как и качество жизни всех участников процесса (подопечных, их родственников и ухаживающих). Ориентация же на возможности учреждения, без учета потребностей, не даст ни развития учреждению, ни чувства удовлетворенности тем, кто помогает. Коллаборация государственных учреждений с НКО, фондами, пациентскими, волонтерскими организациями и благотворителями позволит сделать всё максимально возможное для комфорта подопечных. Хочется повториться, что не стоит создавать любимчиков среди подобных помощников, изучать и применять возможности максимально всех доступных организаций. ■

ЗАПОР: ОПАСНОСТЬ И ОСЛОЖНЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Дефекация или опорожнение кишечника через задний проход – одна из важнейших функций организма, которую не принято обсуждать вслух. А между тем миллионы людей во всем мире страдают от нарушения дефекации. Как недержание кала, так и запоры не только снижают качество жизни, но и могут приводить к тяжелым последствиям вплоть до летального исхода

Мария Сергеевна ХУДЯКОВА,
медицинская сестра палатная высшей квалификационной категории терапевтического отделения ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

Основными видами нарушения дефекации принято считать констипацию, обстипацию, диарею и недержание кала. Запор – это бытовое название констипации и обстипации. Констипация – задержка кала более чем на 48 часов в связи с нарушением работы кишечника. Выделение твердого кала создает дискомфорт и требует дополнительных усилий и напряжения. Обстипация – более тяжелый вид запора. Самостоятельная дефекация становится невозможной из-за завала каловых масс в кишечнике. В начальный период жидкие каловые массы могут обходить твердые каловые камни, создавая видимость диареи, но после развивается кишечная непроходимость, требующая медицинской помощи. В 1997 году британскими учеными была разработана Бристольская шкала нарушения кала (шкала Мейерса). Она позволяет оценить тяжесть нарушения дефекации и предположить причины и длительность нахождения кала в кишечнике по консистенции, количеству и форме фекалий. Для постановки точного диагноза и причин требуется дальнейшее комплексное обследование.

В клинических рекомендациях Министерства Здравоохранения РФ говорится о наличии симптомов запоров у 12–19 % взрослого населения Америки и Европы, в группе людей старше 60 лет – более чем у 36 %. Данные были получены путем сбора информации о случаях, зафиксированных документально, поэтому легко предположить, что реальные масштабы намного больше.

В 2016 году на IV Римском консенсусе задержку акта дефекации, при котором можно говорить о запоре, охарактеризовали по нескольким признакам: стул реже трех раз в неделю, кал большой плотности, чувство наполненного кишечника даже после дефекации, при потугах ощущается «закупорка» каловых масс в прямой кишке, потребность в усиленных потугах или применение ручного пособия для отделения кала из прямой кишки.

В зависимости от длительности заболевания запоры бывают острые (отсутствие кала в течение нескольких суток) и хронические (отсутствие кала более трех месяцев).

Для правильного лечения и ухода за пациентом необходимо понимать механизм возникновения запора. При нарушении питания, недостаточном питьевом режиме, отсутствии достаточного количества продуктов растительного происхождения, витаминов, легкоусвояемых солей кальция в рационе, а также переходе на строгие диеты без подготовки возникают алиментарные запоры. Неврогенный запор может возникнуть, если человек сам подавляет позывы к дефекации по разным причинам: отсутствие туалета, некомфортные условия, сильные переживания и стресс, нежелание беспокоить близких или персонал, страх болезненной дефекации.

Не всегда пациенты сами сообщают о задержке стула и затруднениях дефекации. Иногда тема неприятностей со стулом старательно избегается по причине интимности проблемы.

Проктогенными причинами могут стать трещины, геморрой и другие дефекты прямой кишки. Запоры, возникающие при малоподвижном образе жизни, называются гиподинамическими. Такие запоры могут возникнуть у пациентов с недостаточной двигательной активностью или вынужденных длительное время соблюдать постельный режим, пожилых людей и беременных женщин.

Длительный прием некоторых лекарственных средств может нарушить дефекацию. Так, при приеме опиоидных препаратов запоры развиваются у 90 % пациентов. Препараты железа, алюминия, спазмолитические, мочегонные, гормональные контрацептивы и антидепрессанты также могут стать причиной медикаментозных запоров. Механическая закупорка кишечника возможна при рубцовых изменениях или новообразованиях, воспалительных заболеваниях прямой или толстой кишки.

Не всегда пациенты сами сообщают о задержке стула и затруднениях дефекации. Иногда тема неприятностей со стулом старательно избегается по причине интимности проблемы. В таком случае необходимо внимательно отнестись к общему ухудшению настроения и самочувствия больного: головные боли, бессонницу, жалобы на вздутие, боли и тяжесть в животе, выделение кала необычного цвета, консистенции и запаха.

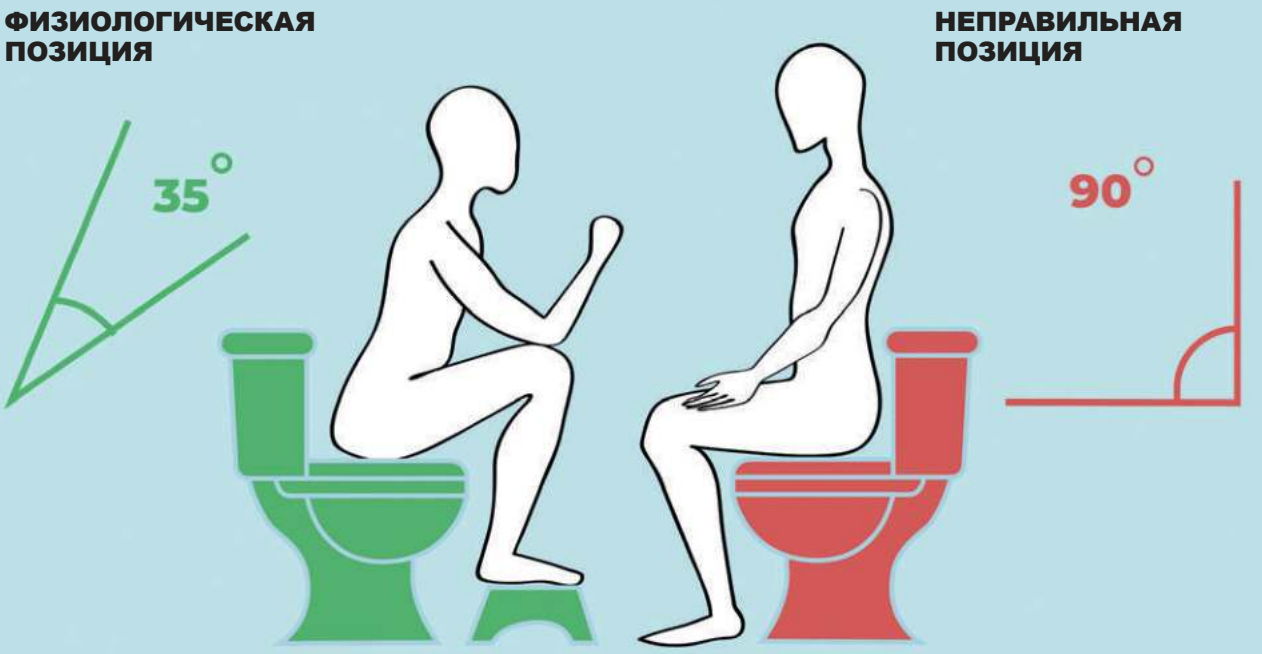
Задача медперсонала при обнаружении проблемы затрудненной дефекации – выяснить причины запора, осуществить лечение и профилактику осложнений. Лечение может включать в себя корректировку приема лекарственных средств и питания, дополнительные рекомендации к образу жизни, назначение слабительных средств, специальные вмешательства в виде клизм, газоотводной трубки или удаления копролита, а также сложные манипуляции и схемы в зависимости от природы запора.

Нарушение дефекации имеет серьезные последствия для пациентов, медучреждения и персонала. Для пациентов это угроза здоровью. Осложнения в виде общей интоксикации, развития воспалительных процессов, повреждений слизистой кишечника отрицательно влияют на результаты лечения и ложатся дополнительным финансовым бременем на пациента, его семью и учреждения здравоохранения. Сроки госпитализации увеличиваются, репутация медработников падает, а ухаживающему персоналу приходится тратить дополнительные силы и время.

Самым грозным последствием задержки дефекации может стать летальный исход. Часто при натуживании человек непроизвольно осуществляет так называемый маневр Вальсальвы – вздох, задержка дыхания и затем попытка выдоха через закрытый рот. Этот маневр используют при закладывании ушей в самолете, подъеме на большую высоту в лифте или в горах. Маневр Вальсальвы в сочетании с потугами приводит к подъему артериального давления, что увеличивает риск разрыва сосудистой аневризмы. После потуги на выдохе давление резко падает, быстрое вставание может

ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

колени выше таза, спина прямая, корпус вперед, локти на коленях, живот надут



Когда пациент имеет хроническую или постоянную дисфункцию, посоветуйте следовать медицинскому плану по нормализации дефекации, который может включать и медикаментозное лечение.

привести к головокружению, обмороку и травмам различной сложности. По этой причине в отделениях для больных с сердечными и сосудистыми заболеваниями существует правило – палаты и уборные не закрываются с внутренней стороны, для того чтобы вовремя оказать экстренную помощь.

Дефекация осуществляется благодаря моторной деятельности прямой кишки и ее двух сфинктеров – внутреннего (гладкомышечного) и наружного, образованного поперечнополосатой мышцей. Естественный акт дефекации является отчасти волевым, а отчасти непроизвольным. При значительном раздражении барорецепторов прямой кишки каловыми массами происходит ее непроизвольное сокращение и расслабление внутреннего анального сфинктера. Волевыми усилиями мы контролируем поперечно-полосатые мышцы наружного сфинктера. При произвольном расслаблении наружного сфинктера и одновременным сокращением мышц диафрагмы и брюшной стенки уменьшается объем брюшной полости, повышается внутрибрюшное давление и как следствие происходит опорожнение.

В лечебных учреждениях принято сообщать врачу о выявленной задержке стула у пациента более 48 часов. Сестринский процесс заключается в помощи пациенту в правильном опорожнении, уменьшении воздействия факторов, влияющих на развитие рисков, и минимизировании их осложнений.

Часто пациенты, впервые вынужденные обращаться к помощи ухаживающего персонала для опорожнения кишечника, избегают дефекации. В результате содержимое прямой кишки с помощью обратной перистальтики возвращается в более высокие отделы кишечника, где вода поглощается, плотность кала увеличивается, что

БРИСТОЛЬСКАЯ ШКАЛА ФОРМЫ КАЛА

Большое время транзита (100 часов)	**ТИП 1**	Кал в виде отдельных твёрдых шариков, трудно продвигаются по кишечнику	
	ТИП 2	Кал продолговатой формы, слепленный из отдельных плотных фрагментов	
	ТИП 3	Кал продолговатой формы, с трещинами на поверхности, но без плотных фрагментов	
	ТИП 4	Кал продолговатой формы, с однородной мягкой консистенцией	
	ТИП 5	Кал в виде мягких фрагментов	
	ТИП 6	Неоформленный кашеобразный кал	
Короткое время транзита (10 часов)	**ТИП 7**	Жидкий, водянистый кал без твёрдых частиц	

Кал характерный для запора — *Возможные варианты нормального кала* — *Жидкий кал, характерный для поноса*

способствует развитию запоров.

Снять психологические преграды поможет создание комфортной уединенной обстановки. По возможности нужно установить ширмы или накрыть пациента простыней ниже пояса. Нельзя принуждать к публичной дефекации, поторапливать, обвинять в «неудачных» попытках или не реагировать на просьбы о помощи в опорожнении. Если пациент самостоятельно пользуется унитазом, то рекомендуйте занять правильное положение тела. Спину лучше держать прямой, корпус наклонить вперед, ноги поставить на подставку, так чтобы колени поднялись выше пояса, локти на коленях, живот надут. Объясните, что нельзя торопиться, но и не затягивать время опорожнения. Дефекация должна длиться 1–5 минут. Оправиться помогает глубокий вдох, при котором необходимо расслабиться, сосредоточить рассеянное внимание на ровном свободном дыхании. Излишнее натуживание нежелательно. Идеальный вариант – одномоментное натуживание (одномоментная дефекация). Расслабление мышц тазового дна и раскачивание взад-вперед или вправо-влево облегчат дефекацию. Для профилактики падений следует не вставать сразу после дефекации, посидеть, пока не успокоится дыхание и сердцебиение, медленно подниматься с унитаза, держась за перила.

Необходимо поощрять пациента к регулярной дефекации, прислушиваться к позывам, особенно в утренние часы после приема пищи, посещать туалет и ванную комнату достаточное время (20–30 минут).

Когда пациент имеет хроническую или постоянную дисфункцию, посоветуйте следовать медицинскому плану по нормализации дефекации, который может включать и медикаментозное лечение. При назначении дерматопротекторных, обволакивающих или анестезирующих мазей напоминайте смазывать область ануса.

Разнообразие средств гигиены и ухода, существующие в настоящее время, создают комфортные условия для пациента и облегчают труд ухаживающего персонала. Внимательный и заботливый подход к каждому пациенту поможет избежать трудностей взаимопонимания даже в самых деликатных вопросах, а современные знания позволят во многих случаях предотвратить осложнения и развитие задержки дефекации. ■

ИСТОЧНИКИ

1. https://www.gastroscan.ru/handbook/327/5640
2. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации. Запор МКБ 10: К59.0. Возрастная группа: взрослые. Год утверждения: 2020. Разработчик клинических рекомендаций: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России
3. Непрерывный портал образования. Как медицинская сестра может помочь пациенту, страдающему запорами.

ДЕМЕНЦИЯ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СТУДЕНТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Об образовании в области деменции рассказывает Анжелика Якубовска, магистр Сестринского дела, преподаватель Гданьского медицинского университета, Кафедра Сестринского дела, Отделение сестринского дела и общественного здоровья, а также семейная медсестра Негосударственного медицинского учреждения «Стоги» в Гданьске.

С Анжеликой ЯКУБОВСКОЙ говорила Изабелла МАЛКОВСКА, журналистка

Что сегодня преподают студентам о деменции?

Деменция бывает разных видов и степени тяжести. Наиболее распространенной формой деменции среди населения является болезнь Альцгеймера, но расстройства интеллекта также возникают после инсультов, в результате инфекционных заболеваний, при болезни Паркинсона и после других нейродегенеративных заболеваний. Уровень знаний, необходимый для правильного ухода за человеком с деменцией, должен быть действительно высоким. Студенты Сестринского дела Гданьского медицинского университета очень подробно изучают эту тему, начиная с клинических аспектов, продолжая очень важной темой широко понимаемого ухода за пациентом с деменцией и заканчивая психологическим, вспомогательным и образовательным подходом.

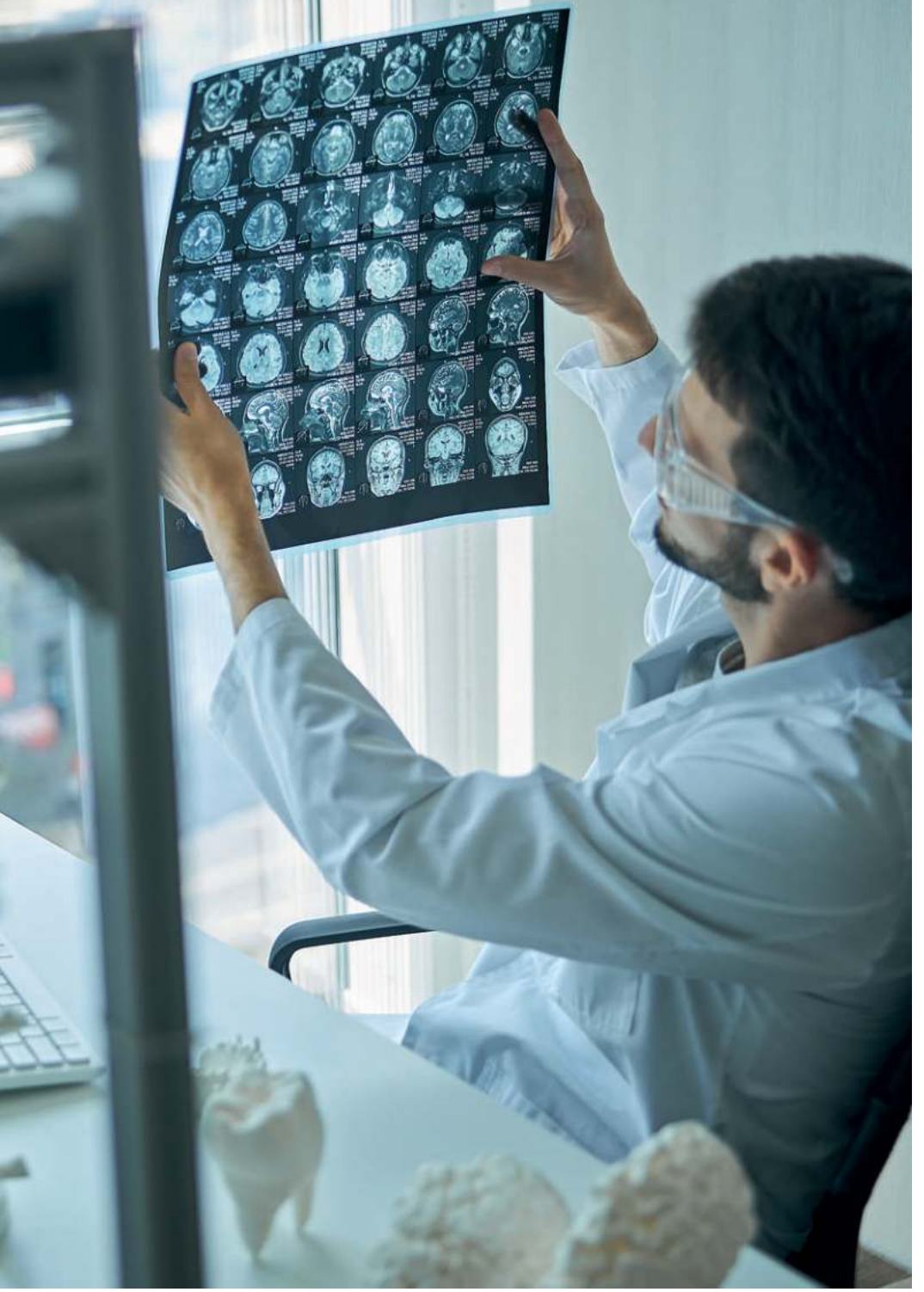
В трехлетнем цикле обучения (уровень бакалавриата) тема деменции поднимается на таких предметах, как неврология, гериатрия, психиатрия и психология. Конечно, потребность в уходе за больным деменцией может возникнуть в любой другой сфере, например в первичной медико-санитарной помощи, где семейная медсестра отвечает за уход за пациентом с деменцией. Как видите, работа с пациентами с деменцией носит действительно обширный характер.

Как менялись эти знания на протяжении лет?

Медицина – та область, в которой нельзя допускать стагнации. Постоянно проводятся исследования по улучшению фармакотерапии, которая поможет замедлить процессы деменции. Ученые со всего мира проводят интенсивные профилактические мероприятия.

Общество XXI века – это стареющее общество, и проблема деменции будет становиться всё больше. Наша задача как преподавателей – узнавать последние новости и четко передавать эти знания студентам. Безусловно, мы поощряем студентов расширять свои знания в области самообразования и за счет дополнительных занятий, выходящих за рамки стандартов обучения. Я имею в виду деятельность в студенческих исследовательских клубах или проектах Министерства здравоохранения и Евросоюза.

В настоящее время студенты Сестринского дела Гданьского медицинского университета принимают участие в проекте под названием «ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И РАС-



ШИРЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И АКУШЕРСТВА В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ УГРОЗ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ». В рамках этого проекта был создан предмет, выходящий за рамки обучения, – «Инновационные формы сестринского обслуживания». Одним из аспектов инновационного ухода за больными была работа с пациентами с деменцией. Студенты, участвующие в проекте, имели возможность познакомиться с терапией, использующей искусственный интеллект в отношении пациентов с деменцией, проживающих в доме престарелых в Сопоте.

Какие знания необходимы больше всего в работе с пациентами с деменцией?

Распознавание специфических симптомов и знания в области фармакотерапии имеют фундаментальное значение. Студенты Сестринского дела прекрасно знают, что основа работы с любым пациентом – это правильная коммуникация. Общение с человеком, страдающим деменцией, является чрезвычайно трудным. Приходится подстраиваться под его состояние, которое может меняться изо дня в день. Чаще всего пациенты с деменцией недоверчивы, боятся окружающих, могут постоянно задавать одни и те же вопросы, несмотря на то что им только что ответили. В рамках изучения предмета «Психология» студентов обучают правильным формам коммуникации с пациентами, в том числе имеющими деменцию.

Кроме того, при работе с человеком с деменцией важно знание терапевтических методов. Эта область ухода постоянно расширяется и улучшается. Всё движется в сторону телемедицины, которая представляет большой интерес для молодого поколения будущих медсестер и медбратов.

Обсуждаются ли также проблемы опекунов пациентов с деменцией?

Конечно, это важный элемент медсестринского процесса. Учитывая, что деменция – это прогрессирующее заболевание, довольно часто лица, осуществляющие уход за нашим пациентом, становятся для медсестры или медбрата единственным источником информации о его состоянии.

Когда семья узнает, что их близкий человек страдает деменцией, и когда они понимают, говоря простым языком, что будет только «хуже», это, несомненно, очень тяжелая ситуация для них. Они потеряны, дезориентированы, вынуждены перестраивать жизнь своего дома. Иногда бывает так, что им приходится брать на себя функции больного человека. В этой ситуации отлично пригодится вспомогательная и обучающая роль медсестер. Оказывается, что и пациенты, и лица, осуществляющие за ними уход, очень доверяют медсестрам и могут обращаться к ним за помощью более открыто.

Здесь большую роль играют как клинические знания, так и психологическая поддержка. Опекунам нашего пациента понадобится помощь не только «здесь и сейчас». Указание групп поддержки, предоставление брошюр, которые помогут систематизировать информацию о болезни и уходе за их близкими, а также контактов медсестры, с которой они смогут проконсультироваться при необходимости, значительно усиливают их чувство безопасности. ■

Сегодня очень важно умело управлять тем, что неочевидно и незаметно. К таким явлениям как раз и относится управление неуверенностью человека. Особенно ценно управление неуверенностью человека, зависимого от ухода, относительно безопасный и предсказуемый мир которого перестал существовать из-за невидимой угрозы.

УПРАВЛЕНИЕ НЕУВЕРЕННОСТЬЮ ЖИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: ВЫМЫСЕЛ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Мажена ГРОХОВСКА,
тренер, коуч, специалист по исследованию человеческого мозга

Неуверенность – это не социологический термин, придуманный для маркетинговых нужд, а глубокое социальное явление, которое сопровождало людей еще на заре человечества. Ее также по праву называют феноменом человеческого бытия. Неуверенность следует понимать как отсутствие решительности, уверенности и веры в себя, а также отсутствие чувства безопасности и веры в счастливое будущее, сопровождающееся беспокойством.

Последнее определение неуверенности я опишу как любое несоответствие в области когнитивных структур, а также между ними и опытом или реакциями мозга человека. Неуверенность также сопровождается невозможностью предвидения будущих событий. Неуверенность жителя учреждения социального обслуживания представляется как еще одна проблема в уходе за ним. Неуверенность одного человека может спровоцировать коллективную неуверенность других жителей, а поскольку по своей природе человек стремится к поддержанию гомеостаза, его действия будут сосредоточены на стремлении устранить неуверенность.

Цель данной статьи – указать, какие есть преимущества управления неуверенностью для жителей и персонала, а также показать стратегии, которые следует использовать, чтобы минимизировать потери, возникающие в результате опасностей, создаваемых неуверенностью.

Для того чтобы вызвать у человека беспокойство о будущем, нужно использовать подходящие для этого средства. Эти инструменты присутствуют повсеместно в пространстве не только в случае жителей учреждения, но и каждого человека. СМИ являются местом, генерирующим их в повышенном количестве, и в этой модели выбора данных и их источников кроется причина неуверенности. Человеческий мозг поглощает 34 гигабайта данных ежедневно, что равняется 100 тысячам слов или 12 часам непрерывного говорения. Мозг человека, по своей структуре настроенный на обработку и поиск опасностей, быстро усваивает сообщения, которые об этих опасностях говорят. Сегодняшнее управление информацией формирует новые опасности, такие как информационный туман, информационный шок, хаос значения, который в литературе называют также инфомассой или информационной кашей. Эти сообщения не проходят бесследно для нашего организма и вызывают биохимические изменения в нашем теле. Анализ данных, поступающих к нам каждый день, затрудняет стремление получить знания обо всем, результатом чего является непомерное в период Covid количество экспертов по вирусологии, медицине катастроф, управлению эпидемиологическими угрозами и других.

Большая часть такой информации имеет негативную окраску, отвечая потребностям СМИ, конкурирующим за внимание пользователей. Беспрестанная погоня за новостями, продажи лекарств, эпизодические мгновенные и высоко эмоционально насыщенные новости являются перегрузкой для нашего мозга. Главным принципом является перекрывание очередной плохой новостью других негативных, не задерживающихся в медиапространстве, новостей. Такой способ передачи знаний о современном мире приводит к информационному затоплению, которое характеризуется следующими последствиями:

- brain overloded – то есть перегруженный мозг, чьи физические возможности не в состоянии отфильтровать информацию;
- эффект пазла – это знание о явлении в проекции: что-то знаю, но, по сути, не знаю, что знаю;
- парадокс доступности, который следует понимать как невозможность двигаться в слишком большом потоке данных. В связи с этим человек начинает защищаться от нагромождения информации и закрывается от каналов ее поступления или, наоборот, запускает в себе погоню за новостями и чрезмерно отслеживает «ньюсы» и статистику;
- феномен дрейфа, или сомнения в своей устойчивости.

Все представленные последствия затопления информацией создают биологические угрозы в организме человека.

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ

Перегрузка, избыток данных, которые доходят до биологической единицы, нарушают гомеостаз человека в результате дисбаланса поступающих стимулов и невозможности их обработки. Еще одним ключевым последствием в контексте предоставления психосоциальной поддержки является перегрузка памяти и внимания, приводящие к потере когнитивного контроля и субъективному чувству невладения текущей ситуацией. К этому добавляется нарушенная обработка информации на протяжении всего процесса ее усвоения, начиная с приема – до обработки, запоминания и использования. Это создает психический дискомфорт и значительно снижает возможности использования умственных ресурсов.

Таким же образом возникает синдром IBIS, или синдром информационно-биологического несоответствия, который характеризуется следующими симптомами: высокий уровень кортизола, нарушение зрения, спутанность сознания, фрустрация, ошибки в оценке и пониженная доброжелательность. Последний симптом нужно тщательно отслеживать, поскольку он может быть одним из первых признаков этой угрозы.

Неуверенность сама по себе вызывает три типа опасностей: ближайшие, угрожающие телу (болезнь или смерть), средние (угроза имуществу, а также опасности, угрожающие существованию и поддержанию общественного порядка).

Исследователи решили изучить показатели неуверенности в отдельных странах. В нашей культуре показатель снижения уверенности для Польши является очень высоким, потому что составляет аж 93/100. Это следует понимать как синдром высокого уровня стресса и субъективного ощущения

беспокойства, которое в определенный момент должно найти выход в форме агрессии. Поляки понимают неуверенность как опасность, с которой нужно бороться, и боятся за свое здоровье и деньги. Это исследование также дает представление о том, каким образом работать с неуверенностью и как ей управлять. Главными мотиваторами для польского общества являются чувства безопасности и принадлежности. Оба эти параметра вписываются в повседневную жизнь учреждения социального обслуживания, и каждый из них является приоритетом в ежедневной работе терапевтической группы с жителями.

Как в таком случае удовлетворить информационный голод жителя, чтобы вместе с тем не создавать негативных последствий избытка информации?

Рассмотрим две ключевые стратегии, которые могут выбирать жители перед лицом угрозы Covid-19.

«Титаник» – это поведение, характеризующееся всеобъемлющей путаницей, дезорганизацией в массовом масштабе. Оно проявляется в презентации двух крайних, исключающих друг друга мнений на тему вируса и необходимости его устранения. Часть жителей учреждения не верит в существование вируса, но верит в мировой заговор, вторая часть панически боится самого вируса, а также тех жителей, которые представляют чрезвычайно различные мнения, отрицающие новые правила и введенные ограничения.

«Уроборос» – это саморазрушительное действие индивида, проявляющееся в нарастающем хроническом напряжении, которое поглощает всё больше и больше энергии для ее сдерживания. Это приводит к нарушениям в духе IBIS, а также к нарушениям социального функционирования жителя.

Как в таком случае защитить жителя? Как передавать информацию о вирусе, чтобы сохранять его благополучие?

В первую очередь, нужно обезопасить его мозг, чтобы он мог правильно оценивать реальность, которая его окружает. Следует предпринимать действия, направленные на улучшение самочувствия, наращивание когнитивного резерва. К таким действиям относятся двигательные упражнения, пение, работа с положительными воспоминаниями, а также обычные повседневные действия в области самостоятельного ухода и гигиены. Самое главное, чтобы передача информации о вирусе происходила на ежедневных занятиях в естественных условиях. Не стоит организовывать специальных встреч, чтобы усиливать чувство страха и беспокойства в жителе. Действия, снижающие напряжение, позволяют жителю увидеть реальность как безопасную и стабильную и одновременно помогают ему открыться терапевтическому контакту и такому важному в этот период задаванию вопросов. Вопросы жителя – это сокровищница знаний о его психическом состоянии, позволяющая совершать точные действия, снижающие его беспокойство и неуверенность.

ИНСТРУМЕНТЫ

«Промыть в рутине дня» – это действие из области онтологической безопасности, которое усматривает в повседневном поведении и повторяющихся практиках снижение страха и неуверенности. Такое действие дает жителю знание о его следующем шаге, который ему знаком и записан в его долговременной памяти. Это безопасный и легко воспроизводимый трансфер знаний, который был назван одним из лучших защитных механизмов человека.

Следующим действием является применение стратегии изменчивого дня, чтобы не провоцировать у жителя поведения типа «Титаник» или «Уроборос». Следует представить неуверенность, с которой мы сталкиваемся, как постоянный элемент нашего мира, область, к которой мы должны адаптироваться так же, как делаем это со сменой сезонов или другими введенными в учреждении стандартами.

Ключевой на данном этапе является эмоциональная поддержка или передача информации в ходе взаимодействия, выражающего заботу и позитивное отношение к жителю. Заботливая коммуникация – это сильный инструмент, который, с одной стороны, формирует доверие в отношении группы, а также веру в то, что в любой момент жители могут обратиться к работникам за помощью. Важной остается также тема духовной поддержки, задачей которой является успокоение боли, связанной со смыслом жизни, где главный акцент делается на снижении стресса и восстановлении жизненных сил человека.

Язык передачи информации должен быть разговорным, потому что такой тип взаимодействия помогает понять ситуацию, жизненное положение и проблемы, с которыми мы сталкиваемся. Сам язык должен сочетаться с простой информацией, которая в свою очередь выполняет адаптационную функцию и в текущем порядке предоставляет знания и подсказки. Она имеет двойную ценность и четко дифференцирует, какое поведение мы будем поддерживать, а какое исправлять. Это характер знаний типа «кухонная книга» или «инструкция по эксплуатации» – простая, читабельная и краткая.

Следующей рабочей стратегией является форма моделирования эффективного позитивного поведения в ходе проведения инструктажа: «Теперь, когда вы пойдете к врачу, если это будет необходимо, вы всегда будете в маске...» Инструктаж и метод «исчезающих подсказок» – это эффективные инструменты, восстанавливающие когнитивные резервы жителя.

В отношении жителей, отрицающих существование вируса и подозревающих глобальный заговор, должна быть применена стратегия свершившегося факта. Эта техника заключается в перемещении фокуса разговора на соблюдение нормы и ее исполнение, а не на полемику с фактами.

Например, наш житель отказывается носить маску и ясно выражает свое недовольство. Роль персонала заключается не в том, чтобы спорить с ним на тему существования угрозы, а в четком и понятном пояснении норм, которых мы придерживаемся. Такие действия должны усилить чувство безопасности жителя в области его подчинения но-

вой существующей норме. Целью также является защита тех жителей, которые уважают нормы, поскольку мы даем им ясный сигнал, что безоговорочно поддерживаем и укрепляем их поведение.

Этот инструмент может быть использован вместе со стратегией сферы влияния, в которую мы должны перенаправлять жителя. У каждого из нас есть две сферы, одна из них – это сфера влияния, которая называется «Я ДЕЙСТВУЮ», а вторая – сфера заботы, которая называется «Я БЕСПОКОЮСЬ».

Беспокойство о будущем формирует высокий уровень дезориентации в окружающей реальности и лишает возможности появления мотивации к действию. Перемещение жителя в сферу влияния снижает страх и беспокойство, а также позволяет легче управлять неуверенностью. Использование двоемыслия как метода сценарного варианта А и В снижает беспокойство у подопечного и не позволяет пережевывать мысли. Этот метод основан на представлении жителю варианта А – позитивного и успешного – и варианта В, если вариант А было невозможно осуществить. Это действие дает жителю опору и уверенность в том, что он находится в хороших руках и под профессиональной опекой.

Последний, достаточно противоречивый способ довольно часто отрицается персоналом – это суеверия, обещающие успех. Исследования показывают, что 55 % поляков верят в суеверия и приметы, сулящие им успех. Интерес к суевериям всегда возрастает в исторически тяжелые времена, поскольку это явление позволяло снижать неуверенность и с надеждой смотреть в будущее. Позвольте жителю «дуть на воду», «держать кулаки», потому что, по его мнению, это снижает страх и носит защитный характер.

Читаемым и эффективным инструментом, информирующим о правильном поведении во время пандемии, являются пиктограммы. Эти графические знаки, простые рисунки остаются надолго в нашей памяти и оставляют там надежный след. Пиктограмма передает информацию, предостерегает, напоминает и не приносит эмоционального отягощения. Ее легко воспроизвести и найти на территории учреждения, что приводит к тому, что мы достаточно быстро присваиваем содержащиеся на ней знания.

В кризисных ситуациях мы очень часто обращаемся к авторитетам, которые могли бы стать для нас примером и опорой. Здесь необходимо быть разумным при принятии какой-либо позиции «за» или «против», поскольку она несет с собой далеко идущее беспокойство. Отрицание политиками необходимости носить средства индивидуальной защиты в виде маски дало обществу информацию, что это действие является неэффективным в борьбе с вирусом. По этой причине мы рекомендуем отслеживать информацию только из источников Министерства здравоохранения, а не из уст очередных министров, высказывающихся от своего имени, потому что такое поведение вредит общественным интересам. Я также рекомендую быть осторожным со СМИ, поскольку их задачей является создание неуверенности, а не ее устранение.

Нам довелось жить в «интересное» время с глобальной невидимой угрозой. Но одно всегда будет неизменно – добро человека. Такое добро, о котором заботятся работники учреждений социального обслуживания, чтобы обеспечить своим подопечным безопасное будущее. Мы похожи на систему сообщающихся сосудов. Чем раньше мы поймем, какие нужно использовать средства в ситуации угрозы и неуверенности, тем легче усмирим хаос и восстановим собственное благополучие и наших жителей.

Действия, снижающие напряжение, позволяют жителю увидеть реальность как безопасную и стабильную и одновременно помогают ему открыться терапевтическому контакту и такому важному в этот период задаванию вопросов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА SARS-COV-2 (COVID-19) ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СОТРУДНИКОВ СФЕРЫ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Агата НОВАК, *директор Дома престарелых им. Иоанна Павла II в Насельске*

«Дом престарелых – это не только крыша над головой, еда, одежда и зубная щетка, это тонкая сеть влияний, стимулов и ограничений... Это лаборатория человеческого духа, который, развиваясь и становясь сильнее, сам находит для себя наиболее подходящую пищу»

Я. Бабицки

Межличностные отношения сопровождают нас каждый день. Понимать друг друга необходимо для удовлетворения физиологических потребностей, безопасности, идентичности и самоактуализации, поэтому без преувеличения можно сказать, что взаимопонимание – это ключевой навык в жизни каждого человека.

В межличностных отношениях необходимо обладать знаниями не только о другом человеке, но и о самом себе. Построение отношений – один из основных социальных навыков, благодаря которому мы можем хорошо функционировать в обществе. Этот навык позволяет реализоваться и удовлетворять потребности, в том числе потребность в принадлежности к группе, а также потребность в самореализации в личной и профессиональной сфере. Межличностные отношения, также известные как социальные отношения, представляют собой «нормативно определенный паттерн ожидаемых взаимодействий между партнерами, занимающими определенные социальные позиции и выполняющими связанные с ними роли» (Штомпка П.).

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ В САМОМ НАЧАЛЕ

Для того чтобы межличностные отношения в доме престарелых строились правильно и основывались на хорошем общении, важно создать положительный образ первой встречи при приеме нового жителя, который останется как в памяти жителя, так и в памяти семьи и персонала. Давайте постараемся встать на место другого человека и взглянуть на проблему с его точки зрения. Попробуем понять, что все по-разному воспринимают окружающую действительность, которая в случае жителей нашего Дома искажается призмой болезни.

Часто жители направляются в Дом престарелых по решению суда, то есть против их собственной воли – это приводит к неприятию ими их пребывания и более сложной адаптации к условиям проживания. В день приема нового жителя персонал работает в соответствии с разработанными процедурами, согласно действующим правилам. Следует позаботиться о том, чтобы к каждому резиденту относились индивидуально, с должным уважением, сочувствием и достоинством. Попробуем навязать «нить понимания», чтобы первый контакт, первое впечатление были как можно более положительными. Часто именно это впечатление будет повторяться в разговорах с нашими подопечными. Новоприбывшего жителя Дома приветствуют также представители местного самоуправления, которые пытаются навязать и выстроить первые отношения, одновременно являясь «группой поддержки».

Жители Дома престарелых и их семьи ожидают, что это место будет домом не только по своему названию и не исключительно УЧРЕЖДЕНИЕМ по оказанию помощи.

ВО-ПЕРВЫХ: СЛУШАЙТЕ

При построении отношений мы должны осознавать потребности, ожидания и результаты. Ключом к достижению цели является активное слушание наших собеседников и попытка понять, что они хотят нам донести. Часто из-за неспособности смириться со своим положением наши подопечные от бессилия оскорбляют сотрудников, бросая им оскорбления и лозунги «Я плачу́ и требую», «Благодаря мне у вас есть работа», желая вызвать отвращение от себя, доказать свою правоту и укрепить свою позицию. Это происходит под влиянием бунта, потому что они не могут смириться с ситуацией (часто без реального ощущения и взгляда на болезнь), они тоскуют по своей жизни на «свободе», чувствуют себя обманутыми как своими родственниками, так и несовершенной «системой ухода», которая не обеспечивает достаточной поддержки и возможности функционирования в окружающей среде. В ней не хватает «звена» – квалифицированного помощника для человека с ограниченными возможностями с хроническим психическим заболеванием, который помогал бы ему в функционировании, систематическом и непрерывном процессе фармакотерапии. Поэтому давайте попробуем помочь найти и проложить «новый путь», на котором житель может рассчитывать на широко понимаемую холистическую поддержку. Первостепенная работа с подопечным заключается в индивидуальной помощи, установлении хороших отношений, доверия, формировании взаимного уважения и авторитета. Попробуем «добыть» из нашего жильца хотя бы проблески интереса к тому, что может предложить ему дом, чтобы побудить их познакомиться и развивать хобби и увлечения, чтобы показать, что пребывание в Доме престарелых это не конец, а начало чего-то нового.

ТРУДНЫЕ ОТНОШЕНИЯ С СЕМЬЕЙ ЖИТЕЛЯ

Во время разговоров с семьями наших подопечных мы сталкиваемся с претензиями, источником которых часто является огромный багаж негативных переживаний, содержащих несбывшиеся мечты, ожидания: фрустрацию, связанную со стыдом и социальной стигматизацией, вызванной психическим заболеванием, отсутствием принятия в семье и в окружении. Результатом часто являются завышенные ожидания, требования к персоналу, комментарии по поводу качества услуг, предоставляемых Домом престарелых. Это связано с ограничениями со стороны семей (законный опекун, куратор) предпринимаемыми в отношении жителей, например минимизацией суммы выплат: «Сын слишком много курит, это стоит денег, вы ведь можете его отучить». Такая позиция мешает позитивным, часто кропотливо выстраиваемым отношениям, что негативно влияет на рабочий процесс и функционирование подопечного. Ограничения по отношению к нашему жителю заставляют перекладывать вину на нас и часто негативно сказываются на сложившихся отношениях. В результате это перерастает в словесную агрессию со стороны подопечного, направленную на персонал и других жителей. Устранение такого поведения

и «установление хороших отношений» – постоянная задача всей терапевтической группы. Проработка множества терапевтических, психообразовательных, поддерживающих, упорядочивающих, снижающих напряженность, моделирующих поведение бесед дает ожидаемые результаты. Это долгосрочный процесс, требующий согласия со стороны нашего резидента и настойчивости персонала в своих намерениях.

При построении позитивных межличностных отношений в доме престарелых на уровне: резидент – резидент, резидент – семья, резидент – персонал, сотрудник – семья, мы должны помнить о нескольких показателях: о сочувствии, принятии, взаимном уважении, терпимости, установлении и укреплении дружбы, симпатии и настойчивости.

ВАЖНА ИНТЕГРАЦИЯ

В таких учреждениях, как дом престарелых, встречи и запланированные ситуации организуются так, чтобы способствовать контактам и установлению связей. Примером могут служить встречи жителей, организуемые по разным поводам, например участие в танцевальных играх, кафе, поэтических и общественных собраниях. Благодаря этому подопечные проводят больше времени друг с другом, могут лучше познакомиться и таким образом начинают испытывать близость и привязанность. Они отождествляют себя с домом престарелых, со своими товарищами, а также с той ролью, которую играют в нем. Таким образом они удовлетворяют одну из основных человеческих потребностей – потребность в принадлежности, участии, потребность быть признанным и нужным. Часто обострение болезни вызывает нарушения в восприятии и мышлении, разрушая любые межличностные отношения. В таких ситуациях поддержку оказывает высококвалифицированный и образованный персонал, который профессионально и творчески предпринимает соответствующие конкретной ситуации действия в работе с нашими подопечными и их семьями.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД – ЭТО КЛЮЧ К СОГЛАСИЮ

Дом престарелых как тотальный институт регулируется постановлениями, распоряжениями, правилами и процедурами, которые, в соответствии с законом, определяют его функционирование. Однако «в лабиринте правил» мы должны помнить, что подопечный требует индивидуального подхода, чтобы в случае «трудного и плохо приспособленного жителя», мы могли установить и сформировать «нить понимания». Нужны ясные и чистые принципы, чтобы он чувствовал себя замеченным и важным там, где он есть. Способ заключается в непрерывной работе всей опекунско-терапевтической группы, разработке индивидуальных планов поддержки, психообразовании и широко понимаемых вспомогательных мероприятиях. Богатое предложение активного времяпровождения предоставляет свободный выбор в установлении и построении межличностных отношений. Совместные поездки, в том числе в реабилитационные лагеря, прогулки, творческие мероприятия, упражнения, олимпиады, занятия в области садоводства предлагают различные возможности для установления и укрепления отношений. Жители проводят время вместе, обмениваются мнениями на разные темы, делятся историями о личных переживаниях и эмоциях, поддерживают друг друга в трудные и тяжелые моменты жизни, помогают друг другу во время болезни. Встречаются в религиозном кругу во время служб и общих молитв.

Благодаря поддержке и работе терапевтической группы, подопечные имеют возможность пообщаться, выйти из «общества инвалидов», заняться профессиональной реализацией, благодаря чему они устанавливают отношения вне Дома престарелых, в местной среде, преодолевают барьеры, связанные с болезнью, становятся полноправными членами общества и таким образом лучше функционируют. Без сомнения, хорошие отношения являются дополнением к фармакотерапии в работе с подопечными.

ПОДДЕРЖКА ПЕРСОНАЛА

Подводя итог, следует сказать, что самым главным «инструментом» для директора в сложной и недооцененной рабочей среде является хорошо подобранный, профессиональный, творческий персонал, идентифицирующий себя с учреждением. Одной из задач является предоставление сотрудникам возможности и направления на обучение и курсы, а также на широко понимаемые мероприятия и интеграционные встречи. Очень важным моментом является поддержка персонала со стороны психологов, работающих в доме престарелых, в формате индивидуальных и групповых встреч. С одной стороны, их целью является повышение квалификации и навыков, которые отражаются на качестве услуг, предоставляемых домом. С другой стороны, они дают сотруднику новый взгляд на то, как он работает, – на миссию, которую он выполняет по отношению к нуждающимся, часто потерянным и беспомощным жителям, что в дальнейшем отражается на отношениях на всех уровнях функционирования дома престарелых. Неслучайно была использована цитата: «Дом престарелых – это не только крыша над головой...» Следует подчеркнуть, что правильные межличностные отношения сопровождают нас как в повседневной личной, так и в профессиональной жизни. В построении и поддержании отношений важно взаимоуважение, доверие, чуткий подход к другим людям, умение «вслушаться в другого» – попытка понять, что он хочет нам донести, умение сотрудничать, а не соревноваться. Как говорил Зиммель: «Форма бытия, присущая человеку, – это существование с другими и для других».

ЛИТЕРАТУРА

1. Аргайл М. Психология межличностных отношений / Варшава. – 1991.
2. Аронсон Э. Социальная психология – сердце и разум / Варшава. – 1997.
3. Нецки З. Межличностное общение / Краков. –1996.
4. Пиз А. Язык тела – как читать мысли людей по их жестам / Краков.
5. Стюарт Дж. Мосты вместо стен / Варшава. – 2000.

seni.ru

seni СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НЕДЕРЖАНИЕМ

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ИЗДЕЛИЯ

Недержание случается при смехе, кашле, чихании, при физ.нагрузках — нет → Иногда появляется чувство внезапного позыва и трудно успеть дойти до туалета — нет → Недержание мочи случается часто и его невозможно контролировать — нет → Применяется метод лечения, основанный на катетеризации — нет → При трудности с определением степени недержания мочи* необходима консультация с врачом

да → Среднее одноразовое количество выделяемой за 4 часа мочи составляет:

да → Случается недержание кала

seni V
- normal
- maxi

seni soft basic
seni soft normal
seni soft

до 50 мл капельное недержание

seni lady
- micro

seni man
- normal

50-100 мл легкая степень

seni lady
- mini
- mini plus
- normal
- extra

seni man
- normal
- extra

100-200 мл средняя степень

seni lady
- super
- plus

seni man
- super

san seni
- prima
- normal

seni active
- normal

seni kids
- junior
- junior extra

<200 мл тяжелая степень

seni optima
seni optima Plus
seni optima Trio

super seni
super seni Plus
super seni Trio

san seni
- uni
- maxi
- plus

seni active
seni active Plus

*Если Вы не знаете, какой тип впитывающего изделия выбрать для себя или Вашего близкого, скачайте **мобильное приложение SeniControl**. Оно поможет Вам вести мобильный дневник мочеиспусканий, определить степень недержания и подобрать впитывающее изделие в зависимости от индивидуальных потребностей.
Доступно для пользователей Android, iOS, Windows Phone.

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni:
8-800-200-800-3
(06.00-22.00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

ВНИМАНИЕ!
Представленная схема служит для первоначального определения степени инконтиненции с целью выбора соответствующего изделия и не заменит консультации с врачом.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

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

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ

seni

www.seni.ru

средства гигиены при недержании у взрослых

AIR ДЫШАЩИЕ · odour STOP · EDS Extra Dry System · latex FREE

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама.