форум

Долгосрочной Опеки

4 (24) декабрь 2019

тема номера

Особенности ухода за пожилыми пациентами

Старость без страха

Социально-медицинское сопровождение больных сахарным диабетом

ISSN 2312-5713

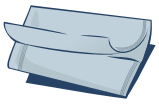
16+

РАЗРАБОТАНЫ С УЧЕТОМ

МУЖСКОЙ АНАТОМИИ

Seni Man – это надежная и незаметная защита
при легкой и средней степени недержания мочи

www.seni.ru



Seni Man Normal и Seni Man Extra
в индивидуальных упаковках – для максимально
комфортного и гигиеничного использования

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)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

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

форум

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

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

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

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

Адрес для писем и обращений:
115583, г. Москва, а/я 59
fdo@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, строение 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.: +7 (495) 643-00-73,
info@ready-media.ru
Генеральный директор – Татьяна Ефремова

форум

№ 4 (24) декабрь 2019 г.
Подписано в печать: 11.11.2019 г.
Выход в свет: 19.11.2019 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

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

В журнале использованы фото предоставленные благотворительным фондом «Вера», shutterstock.com и авторов статей

Специализация: рекламное СМИ

Дорогие друзья!

Согласно данным ВОЗ, ожидается, что к 2050 году число людей старше 60 лет удвоится, а число пожилых людей, не способных более ухаживать за собой, возрастет в четыре раза, что потребует кардинальных перемен в социальной и медицинской сфере.

Конечно, мы можем считать увеличение продолжительности жизни успехом политики здравоохранения и социально-экономического развития, но это также ставит перед обществом сложные задачи. Если мы не выработаем эффективных стратегий решения проблемы ухода за растущим числом пожилых людей, то бремя хронических заболеваний окажет глубокое воздействие на качество жизни престарелых и ухаживающих за ними родственников.

Уже сейчас очевидна необходимость увеличения числа и повышения качества подготовки работников здравоохранения и социальной защиты в связи с возрастающей потребностью в длительном уходе, особенно в связи с деменцией.

Надеемся, что наш журнал поможет вам узнать что-то новое и эффективно использовать эту информацию в ежедневной работе.

Коллектив редакции благодарит авторов статей. Если у вас есть о чем рассказать, поделиться опытом с нашими читателями, то будем рады сотрудничеству.
Пишите нам по адресу: fdo@tzmo-global.com

содержание

ГЛАВНАЯ ТЕМА

3 **Эксперты из 30 стран встретились, чтобы поговорить о деменции**

4 *И. О. Полубоярцев*
Уход, гигиена и организация пространства в гериатрии

8 *О. Н. Выговская*
Не мешайте человеку жить прошлым

11 *Ю. В. Сенкевич*
Социально-медицинское сопровождение больных сахарным диабетом II типа в условиях стационарного учреждения социального обслуживания. Профилактика осложнений

14 *М. С. Худякова*
Особенности сестринского процесса при заболеваниях пищеварительной системы у лиц пожилого и старческого возраста

17 *Е. М. Погодина*
Рак молочной железы у мужчин пожилого и старческого возраста

АСПЕКТЫ ЗАБОТЫ

20 *Ю. Е. Демидова*
Организация работы сиделок

22 *О. И. Прокаева, И. Н.Саютина*
Если бы молодость знала, если бы старость могла

24 *М. Яворска-Нижиол*
Куда ведет журналистское любопытство? Несколько слов о том, как ладить со СМИ

ПСИХОЛОГИЯ

28 *К. В. Кормщикова*
Психологические аспекты заботы о пожилых пациентах

31 *А. А. Кан*
Старость без страха

32 *З. Богдан*
Грусть прощания с пациентом

36 *А. Секежицка*
Сила диалога

ЭКСПЕРТЫ ИЗ 30 СТРАН ВСТРЕТИЛИСЬ, ЧТОБЫ ПОГОВОРИТЬ О ДЕМЕНЦИИ

В конце сентября в Польше, в городе Торунь, состоялась 22 Международная Конференция Долгосрочной Опеки. Уже более двадцати лет Конференция собирает ведущих специалистов со всего мира. В этом году тема Конференции: «Глобальные проблемы в пожилом возрасте – болезнь Альцгеймера и другие формы деменции. Как улучшить качество жизни больных с различными формами деменции?»

Президент правления TZMO SA Ярослав Юзефович обратился с приветственным словом к гостям Конференции.

Больше 1000 человек из 30 стран говорили о деменции. Большинство из них – профессионалы, имеющие дело с болезнью Альцгеймера и другими формами деменции: врачи, социальные работники и специалисты, занятые в уходе за пожилыми и тяжелобольными людьми.

В стареющем обществе деменция становится все более распространенной проблемой для семей, а также проблемой для учреждений. Как бороться с этим заболеванием?

«Каждый день в своей практике я встречаюсь с трагедиями, несчастьями и людьми, которые пытаются скрыть эту проблему, – говорит Гражина Смяровска, директор Центра по уходу в Торуни. – Нас пугает, что опекаемый делает странные вещи, раздевается на улице, ведет себя антисоциально. Семьи обычно пытаются скрыть это вместо того, чтобы просить о помощи. Они верят, что должны нести этот крест всю свою жизнь».

Типа Сноу – феномен. Непревзойденный терапевт, а также гениальный коуч. Никто не объясняет сложные темы, связанные с деменцией, так просто и убедительно, как она.

В Конференции приняла участие американский эксперт Типа Сноу, автор программы «Позитивный подход к уходу». Записи ее выступлений на YouTube смотрят профессиональные опекуны и семьи пациентов во всем мире. В своем выступлении эксперт отметила, насколько важен позитивный физический контакт в уходе за пациентами с деменцией: «Если лицо, за которым вы ухаживаете, сопротивляется, задумайтесь о ваших целях. Не пытайтесь навязывать опекаемым свою волю, работайте в партнерстве. Опирайтесь на возможности пациента, ведь мозг больного деменцией обрабатывает информацию намного медленнее. Важно смотреть на пациента, как на человека, имеющего свои цели, поддерживать и максимально сохранять возможности опекаемого».

Выступил и Марсель Велес, которому пришлось бросить работу, чтобы ухаживать за своими родителями. Он поделился своим опытом создания организации координаторов медицинской помощи: «Почти миллион человек в Польше страдает от деменции или заботится о своих близких, страдающих ей. Вам нужно готовиться к этой роли и постоянно обучаться».

Лешек Гуга посвятил свое выступление психологическим проблемам ухода. Он подчеркнул, как важно смотреть на самого человека, нуждающегося в нашей заботе. Не акцентировать внимание на дефицитах и не навешивать ярлыки. Человек, болеющий деменцией, кроме проблем со здоровьем, имеет еще множество граней личности. Важно сохранять партнерские отношения, воспринимать больного как личность и сохранять достоинство опекаемого.

Конференция была организована фондом «Вместе меняем мир», основанным компанией TZMO. Компания производит товары для пациентов, нуждающихся в постоянном уходе, поэтому хорошо знает их проблемы и в рамках своей социальной деятельности старается популяризировать знания в этой сфере. ■

УХОД, ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОСТРАНСТВА В ГЕРИАТРИИ

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

В настоящее время в нашей стране активно идет реформа долговременного ухода. Разрабатываются новые стандарты оказания помощи с учетом возрастных особенностей пациентов и их не только физического, но и функционального статуса. Проводится масштабная модернизация инфраструктуры, обслуживающей пожилых людей. Почему необходим именно такой подход? И чем отличается уход за пожилыми людьми от помощи, скажем, инвалидам молодого возраста?

В гериатрии для удобства диагностики, ведения пациента и организации ухода принято выявлять гериатрические синдромы (например синдром старческой хрупкости, инконтиненция и так далее). Данный подход осуществляется для того, чтобы выявить основные потребности и проблемы, с которыми придется работать, организовывая уход. То есть весь план ухода должен строиться не исходя из конкретного заболевания, а исходя из существующих проблем или симптомов. Скажем, есть такие проблемы, как покраснение кожных покровов и зуд. Врач поставит диагноз и подберет лечение в то время, как персонал, занимающийся уходом (средний медицинский персонал и сиделки), будет искать решение проблем и связанных с ними дефицитов для улучшения качества жизни. Например, обработка кожных покровов смягчающими средствами, гигиена ph-нейтральными средствами во время принятия душа и прочее. Такой подход более удобен с точки зрения организации ухода, так как зачастую у гериатрических пациентов множество хронических заболеваний, большинство из которых могут привести к возникновению одних и тех же проблем и симптомов. Значит нужен универсальный подход, который снизит объем фармакологического вмешательства, поможет грамотно организовать уход и снизить финансовые затраты на трудоресурсы и средства по уходу и подобрать эти средства правильно.

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Что касается организации гигиенических мероприятий, то в уходе за гериатрическим пациентом важно руководствоваться следующими принципами:

- организовывать гигиенические мероприятия с учетом привычек пациента (время, часы для мытья, чистки зубов так далее);
- пользоваться знакомыми предметами ухода (зубная щетка, бритвы и так далее);
- максимально сохранять независимость пациента, то есть поощрять выполнение процедур без помощи и в максимальном объеме;
- предусмотреть безопасную среду пребывания во время гигиенических мероприятий;
- пользоваться защитными перчатками во время гигиенических мероприятий в целях соблюдения правил инфекционной безопасности;
- замену подгузников и абсорбирующего белья необходимо проводить в перчатках, используя одноразовые средства (подкладные пеленки, губки для мытья/подмывания);
- мытье производить мягкими промокательными движениями, одновременно проводя мягкий массаж;
- мыть по принципам «сверху вниз» и от «чистого к грязному»;
- глаза умывать по направлению от наружного к внутреннему;
- вытирать кожные покровы в ванной или душевой (чтобы предотвратить падение и переохлаждение);
- после приема ванной (душа) обязательно увлажнять кожные покровы специальными средствами.

В целом, подводя итог организации гигиенических мероприятий, можно отметить, что принципиальное значение имеют: безопасность (физическая и инфекционная), поддержание функции самостоятельности, правильный подбор средств для осуществления гигиенических мероприятий и уважение к личности.

цитов или проблем. Вот, например, такая проблема как инконтиненция. То есть пациент контролирует акт дефекации, но мочеиспускание не контролирует. Значит мы используем не подгузники, а разные виды абсорбирующего белья: например, урологические прокладки и вкладыши. Делаем это с целью сохранения функции контроля опорожнения кишечника, но при этом обеспечиваем физический и эмоциональный комфорт при проблеме, связанной с недержанием мочи.

При помощи в гигиенических мероприятиях необходимо четко учитывать какие действия пациент может осуществлять сам. То есть, если человек сам бреется, умывается, но при этом он передвигается на кресле-коляске с посторонней помощью, то наша помощь будет заключаться в доставке пациента к умывальнику и предоставлению всех необходимых гигиенических средств. Делая за человека то, что он может делать сам, мы оказываем «медвежью

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕФИЦИТОМ САМООБСЛУЖИВАНИЯ

Особую группу гериатрических пациентов представляют люди с дефицитом самообслуживания. Само понятие «дефицит самообслуживания» появилось не так давно. В это понятие входит уровень самостоятельного выполнения повседневных функций: ухода за собой, социальные функции (общение, контакты), прием пищи, опорожнение, смена одежды, уборка в квартире, уровень двигательной активности. Стоит снова обратить внимание, что помощь в уходе за людьми с дефицитом самообслуживания строится исходя из того дефицита, который есть. Персоналом, осуществляющим уход, заболевания учитываются во вторую очередь.

Для того, чтобы организовать уход за человеком, нужно определить наличие дефицита самообслуживания и степень этого дефицита. И, соответственно, строить свою помощь с учетом того или иного дефицита. Скажем, у пациента правосторонний гемипарез, сила в конечностях достаточная, чтобы поднять столовые приборы, но стакан, наполненный водой, пациент поднять не может. Значит организовывать помощь при кормлении следует, учитывая данные факторы. То есть пищу пациент принимает сам, а вот при питье осуществляется помощь: поднос стакана либо помощь в поднесении стакана (поддерживание своей рукой руку пациента), либо использование специального адаптированного стакана, который легче и имеет функции «непроливайки». Тоже самое касается и других дефи-

ВЫБОР СРЕДСТВ ДЛЯ УХОДА

Немаловажную роль играет и выбор средств для ухода. В настоящее время на рынке представлено очень много средств из разной ценовой категории и от различных производителей. Для того, чтобы не запутаться в огромном выборе средств, необходимо придерживаться следующих правил:

- все гигиенические средства, используемые в уходе за гериатрическим пациентом, должны быть дерматологически протестированы и гипоаллергенны;
- ph-уровень средств должен быть нейтральный (5,5);
- лучше всего использовать средства, с содержанием мочевины (urea) 3–4 %;
- при выборе средств необходимо пользоваться одной линейкой продукции, то есть для очищения, увлажнения и защиты кожных покровов необходимо использовать средства одного производителя;
- при изучении состава средств для ухода, приоритет нужно отдавать тем средствам, в составе которых меньшее содержание воды (aqua);
- следует избегать использования твердых гигиенических средств (кусковое мыло, порошковый шампунь), поскольку в их состав входят натриевые щелочи, вызывающие сухость кожных покровов и нарушающие баланс микрофлоры.

услугу», забирая у человека функцию, которая у него есть.

В целом данный подход необходимо использовать при выстраивании всего плана ухода при работе с гериатрическими пациентами. Подход «дефицит (проблема) – восполнение» позволяет не только улучшить качество жизни гериатрического пациента, но и максимально сохранить независимость и активность.

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Особого подхода требуют пациенты с когнитивными нарушениями. Зачастую в гериатрии когнитивные нарушения идут рука об руку с изменением уровня мобильности. Необходимо установить степень когнитивных нарушений и выяснить, что пациент может делать самостоятельно. Пациент с дементными расстройствами может отказаться умываться или принимать пищу не потому, что он не в состоянии физически использовать столовые приборы, а потому, что он забыл, как ими пользоваться. Соответственно, чтобы поддержать тот объем памяти, который сохранился, а также физическую активность, нужно напомнить о том, как пользоваться приборами, продемонстрировать, но ни в коем случае не пытаться использовать эти приборы вместо пациента.

При уходе за пациентом с когнитивными нарушениями важно помнить, что выполнение простых задач помогает сохранять уровень памяти, также повседневная деятельность (умывание, гигиена, питание, уборка в квартире и прочее) помогают сохранить двигательную активность. При организации ухода эти ресурсы необходимо активно использовать. Например, при спуске или подъеме по лестнице можно вместе считать

ОРГАНИЗАЦИЯ ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА

При организации ухода за гериатрическими пациентами с различными когнитивными нарушениями и с дефицитами самообслуживания также огромную роль играет и организация жизненного пространства. Необходимо придерживаться определенных правил при формировании безопасной среды проживания:

- формировать среду для конкретного пациента с конкретными дефицитами и проблемами. Если речь идет о стационарном учреждении, то при проведении типизации и маршрутизации на начальном этапе необходимо «объединять» пациентов в пределах одной палаты, отделения для того, чтобы была возможность сформировать нужную среду пребывания с минимальными затратами и с максимальной функциональностью;
- учреждение любого профиля, работающее с гериатрическими пациентами, должно быть оборудовано поручнями, расположенными не выше уровня пояса для человека среднего роста;
- выключатели света должны находится на высоте опущенной руки, чтобы включение/выключение света не вызывало физического напряжения;
- санитарно-гигиенические комнаты должны быть с антискользящим покрытием, сиденье унитаза должно быть на уровне, соответствующем безопасному подъему с него. Если данная реконструкция невозможна, то имеет смысл применить специальные накладки на сиденье, а также предусмотреть установку поручней для самостоятельного подъема;
- освещение в комнатах (палатах) пребывания гериатрических пациентов должно быть ярким;
- ванная комната должна быть оборудована душем / душевой кабиной, так как использование ванны может увеличить риск падения;
- идеальным решением для профилактики падения будет служить организация беспороговой среды;
- если приходится оставлять человека с большим количеством дефицитов и рисков одного, то есть смысл предусмотреть сигнальную кнопку или кнопку помощи, которую пациент сможет использовать, чтобы позвать на помощь.

Вот, пожалуй, основные аспекты, которые необходимо использовать при организации среды проживания и построения плана ухода за гериатрическим пациентом. Не стоит забывать, что каждый человек уникален и у каждого пациента есть свой набор дефицитов, рисков, проблем. Следует максимально индивидуализировать уходовые мероприятия и пространство для жизни, чтобы добиться конечной цели при организации ухода за гериатрическим пациентом: улучшение качества жизни, сохранение независимости при ежедневной активности.

ступеньки (тренировка устного счета очень хорошо подходит больным с болезнью Альцгеймера). Необходимо строить свой разговор с пациентом, страдающим когнитивными нарушениями, таким образом, чтобы стимулировать память, особенно кратковременную. То есть задавать подобные вопросы: «Что вы сегодня ели?», «Что сегодня показывали по телевизору?», «Чем занимались с утра?», «Какой сегодня день недели?», «Какое сегодня число?». В целях организации ухода за пациентом с когнитивными нарушениями, нужно использовать все ресурсы, которые есть в распоряжении: фотографии прошлых лет, памятные подарки, любимые книги, фильмы, контакты с родственниками. Все эти ресурсы помогают поднимать воспоминания и побуждают пациента к умственной активности, что очень важно, учитывая его состояние.

Важнейшим элементом лечения и помощи больным с деменцией является организация ухода. Грамотно организованный уход повышает действие медикаментозной терапии, помогает сохранять ежедневную активность, способствует сохранению социального компонента личности человека.

Уход за лицами, страдающими деменцией, всегда строится исходя из следующих компонентов:

- когнитивная поддержка, то есть регулярные занятия и практики, направленные на поддержание самостоятельности и сохранения функций самообслуживания;
- выявление дефицитов самообслуживания вследствие сниженных когнитивных функций и физического состояния пациента (уровень мобильности, способность к самостоятельному перемещению и прочее) и восполнение этих дефицитов, то есть помощь в необходимом объеме при осуществлении гигиенических мероприятий, в приеме пищи, опорожнении, переодевании, общении;
- наблюдение за состоянием и оценка динамики.

Уход за пациентом, страдающим деменцией, всегда сопряжен с целым рядом особенностей. Основные – это нехватка знаний у медицинского и ухаживающего персонала о методах работы и общения с дементными пациентами, поздняя диагностика деменции, социальная изоляция пациентов, психоэмоциональный стресс специалистов или родственников, ухаживающих за пациентом с деменций.

Для организации ухода за такими пациентами можно дать несколько рекомендаций, которые необходимо учитывать в работе:

- любой человек с диагнозом «деменция» является заложником своего состояния. Слова, поведения, несдержанность вызваны нарушением работы головного мозга, а не внутренним желанием причинить вред;
- необходимо помнить, что деменция неизлечима и всегда прогрессирует, скорость прогрессирования зависит от многих факторов и у каждого отдельного пациента разная;
- поддерживайте самостоятельность как можно дольше. Предоставьте пациенту право принимать простые решения, такие как что выбрать на завтрак, чай или кофе, когда сходить на улицу, что сегодня надеть. Такие маленькие решения способствуют поддержанию когнитивных функций и являются частью терапии;
- всегда работайте в паре с врачом, чтобы вовремя корректировать терапию основного заболевания. ■

«НЕ МЕШАЙТЕ ЧЕЛОВЕКУ ЖИТЬ ПРОШЛЫМ»

Ольга Николаевна ВЫГОВСКАЯ,
врач-методист Центра паллиативной помощи (Москва), специалист по уходу за тяжелыми больными

Деменция – широко распространенное заболевание, о котором не принято открыто говорить. Деменция может сформироваться как у профессора, так и у дворника или рабочего завода. Людям сложно принять, что, например, с их мамой, которая работала учительницей и была очень образованной, сейчас происходят изменения, и она становится зависима от детей.

Люди стесняются обратиться с этим вопросом и пытаются бороться с деменцией самостоятельно, методом своей интуиции, не всегда понимая, что это неизлечимое заболевание и человека восстановить невозможно. Людям с деменцией не требуется дорогого оборудования и дорогих расходных материалов – необходимо создать определенные условия и правильно организовать процесс ухода.

НЕ ПЕРЕУБЕЖДАЙТЕ ЧЕЛОВЕКА В ТОМ, В ЧЕМ ОН СОВЕРШЕННО УВЕРЕН

Общение и уход за человеком с деменцией базируется на его принятии без критики и осуждения. Помните, что каждый человек индивидуален и заслуживает уважения.

У некоторых людей бывают слуховые, визуальные или комбинированные галлюцинации, и этого не нужно бояться. У пациентов с нарушением остроты зрения возможны визуальные галлюцинации, при нарушении слуха – слуховые. Возможно, у человека в жизни была какая-то ситуация, и он теперь проигрывает ее. Спросите его, что или кого он видит, как и когда это происходит. И никогда не спрашивайте почему. Человек не сможет вам этого объяснить. На простые вопросы он вам ответит, если он спокоен и уверен, что вы ему доверяете.

Если человек с деменцией утверждает, что в комнате пробегали кони, вам не стоит его переубеждать. Это ваша проблема, что вы не видели коней.

Постарайтесь выяснить, сколько их было и какие они были. Если вы начнете переубеждать человека, то можете спровоцировать у него агрессию. Но если вы будете говорить об этом, вы ему поможете. Сохранив первичное психологическое состояние человека, вам будет легче за ним ухаживать в дальнейшем, и заболевание будет протекать более благополучно, чем у человека с агрессией.

Однажды к нам в стационар попал офицер, в прошлом боевой летчик. Его маме, жене и детям был необходим отдых на несколь-

ко дней. Первое, что он сказал мне во время знакомства: «У меня есть 10 минут, я сейчас вылетаю на боевое задание, меня ждет самолет». Я не стала с ним спорить и сказала: «Совершенно верно, через 10 минут вы вылетите, но сейчас мы пройдем с вами предрейсовый медосмотр». И он совершенно спокойно согласился, мы его осмотрели и сказали: «Вы не допущены к рейсу, у вас давление». Здесь необходимо разговаривать с пациентом на одном языке, чтобы он мог понять ситуацию и доверять вам. Будьте на волне с человеком или переключите ее, если это навязчивая волна.

НЕ МЕШАЙТЕ ЧЕЛОВЕКУ ЖИТЬ ПРОШЛЫМ

Люди с деменцией начинают вдруг дочку называть мамой, а сына – папой. У них когда-то было детство, хорошие времена, когда мама гладила и ласкала, и теперь поведение дочери напоминает ей об этом. Если сын сердится на свою маму с деменцией, он может напомнить ей строгого отца из ее детства. Люди живут прошлой жизнью, не теперешней, и наша задача не мешать им в этом.

В Европе есть дома ухода, в которых комнаты пациентов меблированы в стиле того периода, когда у человека была прекрасная память. Такие пациенты не поймут хай-тек и современные подходы к дизайну в учреждении. Нужно сохранить ту эпоху, в которой люди жили в молодости.

Если человек находится в хосписе или в доме ухода, можно принести из дома фотографии или небольшие предметы, которыми он раньше часто пользовался. Может, в реальной жизни человек не узнает близких людей с фотографий, но, если они стоят рядом, ему будет привычнее и спокойнее.

СОХРАНЯЙТЕ БАЗОВЫЕ НАВЫКИ

У людей с деменцией может быть полное отвращение к своей внешности. Одни перестают причесываться и одеваться, другие, наоборот, всевозможно украшают себя и часто смотрят в зеркало. Если человек не желает расчесываться, уберите зеркала, общайтесь с ним в игровой форме, но помните о том, что перед вами взрослый человек, а не ребенок.

Постарайтесь как можно дольше сохранять у человека навыки ухода за собой. Только если он не может делать что-то сам, берите функции на себя. Придет время, когда человек совсем ляжет, и понадобится наш интенсивный уход. Но самое главное сохранять качества и навыки настолько, насколько это возможно.

СЕРВИРУЙТЕ ОБЕДЕННЫЙ СТОЛ

Когда мы кормим человека с деменцией, мы обязательно вкладываем в руку ложку. Не забывайте помыть ему руки, сохраняйте инстинкт мытья рук перед едой, надевайте нагрудник или салфетку. И обязательно сервируйте стол, раскладывайте ложки, вилки, ножи, салфетки.

Я видела в домах ухода в Германии кормление недееспособных пациентов – их обеденные столы всегда сервированы. Это делается из уважения к пациенту, а также для того, чтобы сохранить это как можно дольше в памяти. Иногда пациенты отказываются есть, потому что им не интересен процесс или они боятся. Вспомните, как заинтересовывают детей, чтобы они поели. Кроме того, во время кормления можно подключать сигнальную систему. Сервируйте и подавайте на стол цитрусовые: лимоны и апельсины вызывают слюнотечение и, соответственно, аппетит.

Ни в коем случае не торопите человека, процесс питания длительный. Пищу нарезайте мелкими кусочками, если человек может жевать зубами – обязательно дайте ему эту возможность. Это неправильно, когда человеку с деменцией дается протертая еда, чтобы он не подавился. Пережевывание пищи – тоже один из навыков.

ПОМОГИТЕ ЧЕЛОВЕКУ СОБЛЮДАТЬ ГИГИЕНУ

Некоторые люди стесняются принимать душ или ванну при ухаживающем человеке. Дайте человеку возможность прикрыться, скажите, что никто в помещение не зайдет. Говорите человеку, горячая вода, теплая или холодная, чтобы у него в памяти сохранялось ощущение температур. Контролируйте воду, чтобы человек не получил травму. Если он обожжется, это может отпугнуть его в последующем принимать гигиенические процедуры.

Как можно дольше сохраняйте потребность человека посещать туалет самостоятельно. Он должен точно знать, что необходимо делать при посещении туалета, понимать, где находится это помещение. Можно оставить на двери какой-нибудь понятный ему знак.

У человека есть определенный режим, отслеживайте, когда можно пригласить его в туалет. Ночью корректируйте питьевой режим пациента. Очень часто людям с деменцией не нравится, когда используют подгузники по одной простой причине – им это некомфортно, они могут их срывать. Для этого есть другие, альтернативные средства – сетчатое впитывающее белье с вкладышами.

ПОМОГИТЕ ЧЕЛОВЕКУ ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ В ПРОСТРАНСТВЕ

Люди с деменцией очень плохо ориентированы во времени и пространстве, у них бывают навязчивые идеи. Одна моя пациентка в течение дня могла несколько раз спросить: «Где мои валенки?». Это было в августе месяце. Часто им кажется, что у них что-то украли. Мы долго пытались объяснить, что это не так, пока не сказали пациентке, что все нормально, валенки поставили сушить, они стоят в комнате. Так тема валенок прошла.

Человек может потеряться, выходя из комнаты. Чтобы этого не произошло, прикрепите на дверь комнаты фотографию или знак, который человек распознает. Это может быть его личная фотография или семейная, или любая картинка, которая ему напоминает о прошлом или настоящем.

СОЗДАЙТЕ БЕЗОПАСНУЮ СРЕДУ

Иногда люди с деменцией уходят из стационара или из дома. Почему это происходит? Потому что

человек не чувствует себя защищено, чего-то боится. Может быть, к нему в палату заходила посторонняя женщина, он испугался, увидел в ней угрозу. Может быть, он не узнал себя в зеркале. В таком случае закройте зеркало, скажите, например, пациенту, что вы поменяли ключи в палате, выдайте ему какие-нибудь ключи и договоритесь, что он теперь охранник. Так он будет чувствовать себя в безопасности, а если кто-то зайдет, человек будет точно знать, что к нему приходили.

Иногда у пожилого человека может быть плюшевое животное, с которым он будет общаться. И даже если пациент качает подушку и думает, что это ребенок, не переубеждайте его или подложите куклу.

Если вы вступите в конфликт, вы получите от человека агрессию, несмотря на препараты, которые он получает. Люди, которые испытывают агрессию, могут попасть в психиатрическую клинику, и это страшная ситуация, поэтому воздержитесь от конфликтов.

Люди с деменцией подвержены риску травматизма. Посмотрите, безопасно ли возле кровати, нет ли рядом розеток и проводов. Желательно убрать все колющие и режущие предметы, окна должны быть закрыты на «детские» замки, чтобы человек не мог самостоятельно открыть их. Нельзя в комнате делать перестановку, так как пациент привык к расположению мебели, а если все поменять, он может обо что-то удариться и получить травму.

ПОДБЕРИТЕ КОМФОРТНУЮ ОДЕЖДУ И ОБУВЬ

Вы должны обратить внимание на то, какие у человека обувь и одежда. Желательно, чтобы на одежде были крупные пуговицы. При деменции происходит нарушение моторики и зрения, а большие пуговицы человеку проще застегнуть. Обувь должна быть нескользящей, обязательно с закрытой пяткой. Шлепанцы ни в коем случае не подходят.

Если есть возможность одеваться самостоятельно, находитесь рядом, если нет – помогите ему.

Чтобы человек не путался в одежде, необходимо сложить вещи в той последовательности, как он будет одеваться. Сначала белье и носки, затем платье, кофта и так далее. Чтобы человек не надел белье поверх брюк, просто потому что ему так было удобнее, и так одежда лежала рядом.

Не забывайте менять грязную одежду на чистую. Если человек не может проститься с одеждой, отвлеките его во время купания, делайте подмену чистой одежды, желательно, того же фасона и в той же цветовой гамме. Не забывайте хвалить, делать комплименты, говорить, какая у него красивая одежда.

СЛЕДИТЕ ЗА РЕЖИМОМ

Помогите человеку организовать режим, чтобы ночью он спал, а днем бодрствовал. Будите и укладывайте спать человека с деменцией в одно и то же время. Средняя продолжительность сна должна быть не менее 8 часов. Если человек не может заснуть ночью, не позволяйте ему спать днем.

ДАЙТЕ ЧЕЛОВЕКУ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОЯВИТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

Вы можете предложить своему близкому участвовать в обустройстве своего быта. Например, так делают в домах ухода в Германии: кто-то цветы поливает, кто-то чистит картошку, причем самыми обычными ножами. Рядом обязательно сидит персонал, помогает и наблюдает. Так у человека сохраняется мышечная память, и картошку он чистит на рефлексе.

Некоторые люди ухаживают за животными. К сожалению, нашему Роспотребнадзору сложно объяснять, что для геронтологических пациентов очень важен контакт с животными, поэтому не всегда возможно привести их в дома ухода. Люди с деменцией прекрасно собираются в группы и могут вместе увлечься какой-либо деятельностью. Заинтересуйте их настольными играми, а если позволяет физическое состояние, придумайте активную игру.

НЕ БОЙТЕСЬ ВМЕСТЕ СМЕЯТЬСЯ

Люди с деменцией прекрасно понимают юмор и могут естественно смеяться над всем, чем угодно. Однако они хорошо понимают лживость взаимоотношений, кто к ним по-доброму относится, а кто не совсем. Вы можете шутить, если человек хорошо реагирует на эти шутки. Некоторые люди могут и посмеяться над собой, а некоторые обижаются, если в шутку что-то сказать о них.

УВАЖАЙТЕ ЧЕЛОВЕКА

Ни в коем случае нельзя фиксировать, заламывать человека, угрожать ему. Фиксация – это негуманно, от нее возникнет еще больше агрессии. В моем понимании фиксация возможна только в единственном случае – при оперативном вмешательстве, когда человек находится на операционном столе. Если вы беспокоитесь о том, чтобы пациент не упал с кровати, постелите контактные коврики возле кровати и матрас.

Помните о том, что если человек не совсем адекватно реагирует, то это не значит, что он вас не понимает или не слышит. Если вы негативно говорите о человеке за пределами его комнаты, контакта с ним не будет. Мы должны заботиться о человеке с деменцией точно также, как и о других пациентах – проявлять заботу и сострадание. ■

Записала Диана Карлинер

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Юлия Владимировна СЕНКЕВИЧ,
заместитель директора по организации социального обслуживания ГАУ НСО ССО «Новосибирский дом ветеранов»

Социально-медицинское сопровождение – это особый вид деятельности, реализуемый в условиях стационарных учреждений социального обслуживания. Его цель – создание оптимальных условий пребывания пожилых людей и инвалидов в условиях стационарного учреждения путем оказания помощи и поддержки для максимальной компенсации и устранения тех проблем, которые могут возникать по причине наличия у них тех или иных заболеваний.

Изучение проблемы заболеваемости сахарным диабетом среди населения привело к тому, что в настоящее время учеными уже сделаны выводы о том, что сахарный диабет – это «болезнь образа жизни». К сожалению, в течение жизни у обычного «среднестатистического человека» формируется набор факторов, ведущих к возникновению сахарного диабета. Нездоровые привычки, неправильные пристрастия в питании, ограничения физической активности, прием лекарственных препаратов, нервное перенапряжение, дефицит положительных эмоций и морально-психологических ресурсов неуклонно ведут к тому, что естественные функции организма снижаются или нарушаются. Так естественная функция поджелудочной железы – продукция инсулина, – ослабевает, периферические ткани организма перестают воспринимать инсулин для переработки глюкозы, а продукция глюкозы в печени наоборот – повышается. Таким образом у человека развивается сахарный диабет II типа.

Учреждения стационарного социального обслуживания пожилых граждан, зачастую сталкиваются с проблемой организации эффективного социально-медицинского сопровождения получателей услуг, страдающих сахарным диабетом. Поскольку заболевание опасно развитием осложнений, от которых ухудшается не только физическое состояние пожилых людей, но и меняется их социальный статус: снижается способность к самообслуживанию, появляется необходимость в усиленном постороннем уходе, появляется потребность

в большом количестве медицинских услуг. Основной задачей в создании оптимальных условий пребывания больных сахарным диабетом в условиях стационарного учреждения становится работа, направленная на профилактику осложнений.

Государственное автономное учреждение Новосибирской области стационарного социального обслуживания «Новосибирский дом ветеранов», путем изучения данной проблемы и путей ее решения, разработало свой подход к организации социально-медицинского сопровождения таких пациентов. Его основные составляющие:

1. Регулярные медицинские осмотры, ранняя диагностика развития осложнений.
2. Сопровождение лекарственного обеспечения, контроль за приемом лекарственных препаратов.
3. Предоставление диетического питания, контроль за приемом продуктов.
4. Воздействие на периферическое кровообращение, профилактика застойных явлений.
5. Психологическая поддержка больных сахарным диабетом. Разъяснительная работа.
6. Гигиеническое просвещение и гигиенические услуги.

В учреждении на сегодняшний день находятся более 100 человек, страдающих сахарным диабетом II типа. Из них более 40 человек – инсулинпотребляющие больные.

ДИАБЕТ В ЦИФРАХ

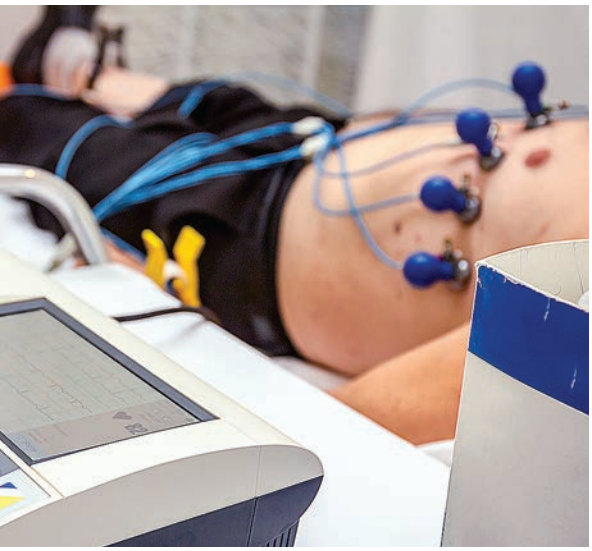
Статистика заболеваемости сахарным диабетом II типа во всем мире неутешительна. По данным ВОЗ, сегодня около 7 % населения планеты страдают этим серьезным заболеванием. В России показатель несколько ниже – 5–6 %. Но каждые 15–20 лет показатели по заболеваемости сахарным диабетом удваиваются. По данным медицинских обследований, в настоящее время более 20 % россиян находятся в стадии повышенного риска развития сахарного диабета II типа. Почти каждый пятый россиянин в возрасте старше 65 лет страдает сахарным диабетом II типа.

Перед медицинским персоналом учреждения стоит задача проводить периодические медицинские осмотры среди данной группы получателей социальных услуг не реже одного раза в месяц. При проведении осмотров врач или фельдшер в первую очередь обращают внимание на контроль уровня глюкозы в крови и получение лекарственных препаратов для снижения уровня глюкозы.

Контроль уровня глюкозы в крови проводится еженедельно. Для проведения исследования в учреждении есть глюкометры и тест-полоски. Не реже одного раза в квартал все больные сахарным диабетом сдают кровь для проведения биохимического анализа.

Не реже одного раза в квартал всем страдающим сахарным диабетом назначается исследование работы сердца, клинические анализы крови и мочи. Для проведения этих исследований в учреждении имеется аппарат ЭКГ. Медицинские сестры делают забор крови, мочи и направляют их на исследование в медицинскую лабораторию, к которой прикреплено учреждение. По жизненным показаниям пациентов врач или фельдшер принимают решение о направлении на консультацию к врачу-эндокринологу, неврологу, хирургу с целью предупреждения развития осложнений сахарного диабета.

Лекарственная терапия больных сахарным диабетом II типа включает в себя назначение лекарственных препаратов, снижающих уровень сахара в крови, и препаратов, действие которых направлено на поддержание периферических кровеносных сосудов в рабочем состоянии. Здесь главной задачей врача или фельдшера становится правильный подбор и чередование приема препаратов на фоне постоянного контроля за физическим состоянием пациента. В условиях стационарного учреждения социального обслуживания такой контроль возможен. При этом лекарственные препараты принимаются под наблюдением среднего медицинского персонала, что гарантирует регулярность и правильность.



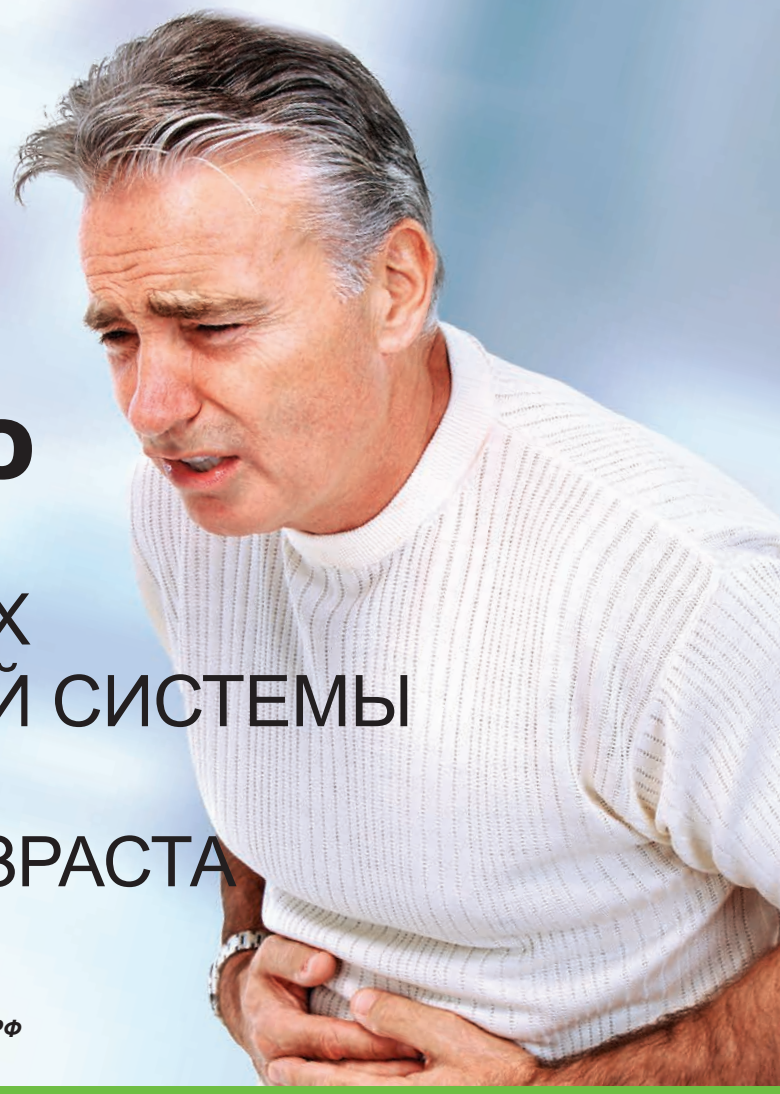
В условиях стационарного учреждения социального обслуживания, как ни в какой другой из его форм, возможно наиболее эффективное воздействие диетотерапии при сахарном диабете. Питание больных сахарным диабетом организовано с использованием только показанных к употреблению продуктов. Пища готовится в соответствии с требованиями лечебного питания. Принимается по режиму, что также очень важно при сахарном диабете для формирования биологического ритма питания и здоровых пищевых привычек. Потребление продуктов, противопоказанных при сахарном диабете, снижается за счет контроля приема пищи, контроля за выполнением заказов социальному работнику на покупку тех или иных продуктов питания. Большую роль здесь играет разъяснительная работа. Беседы о питании больных сахарным диабетом – это очень популярное мероприятие, вызывающее большой интерес даже у тех, кто сахарным диабетом не страдает, но осознает важность правильного питания для предупреждения его развития.

Поскольку при сахарном диабете II типа очень важным является воздействие на периферические кровеносные сосуды с целью профилактики застойных явлений, в учреждении для группы страдающих сахарным диабетом предусмотрены услуги лечебной физической культуры, физиотерапии, массажа, а также проведение подвижных игр и занятий на открытом воздухе. Назначаются курсы процедур воздействия на кровообращение в области верхних и нижних конечностей. Услуги пользуются большой популярностью среди пожилых людей, они с удовольствием выполняют комплексы несложных упражнений, проходят курсы массажа и физиотерапевтические процедуры.

Большую роль в работе с пожилыми людьми, страдающими сахарным диабетом II типа, играет разъяснительная работа и психологическая поддержка. Особенно эффективна работа в малых группах (не более шести человек). Психолог учреждения совместно с медицинским работником готовятся к занятию: подбирают тезисы для беседы, демонстрационный материал по теме (который будет безусловно интересен собравшимся), ряд вопросов, которые будут в ходе беседы заданы собравшимся. Слушателей в группу подбирают по различным признакам. Группа может быть подобрана по полу (только женщины или только мужчины), по привычкам (курящие или некурящие), по лечению (инсулинпотребляющие или не потребляющие инсулин) и тому подобное. Ключевые моменты работы с группой – обсуждение отношения к проблеме, снижение тревожности, приведение положительных примеров отношения к заболеванию и положительных результатов в лечении, поиск психологических ресурсов, формирование правильного отношения к лечению и тем ограничениям, которые направлены на предупреждение развития осложнений.

В малой группе, состоящей из страдающих сахарным диабетом, также эффективна работа, направленная на формирование у пожилых людей правильного отношения к гигиеническим процедурам, как к одному из основных методов борьбы с развитием кожных проявлений сахарного диабета. К сожалению, с возрастом и ввиду плохого физического самочувствия, люди начинают пренебрегать полезными гигиеническими привычками. В группе удается выяснить, кому из собравшихся уже необходима посторонняя помощь (помощь няни) при выполнении гигиенических процедур, кому нужно напомнить их выполнить, а кому и предоставить средства гигиены. Здесь необходимо учитывать, насколько тонка грань деликатности при обсуждении вопроса. Общий положительный настрой во время беседы и минимализация проблем – залог успеха.

Сахарный диабет II типа, как и любое другое заболевание, – проблема для человека. А всякая проблема вызывает у пожилого человека страх, растерянность и даже панику, которые могут иметь более разрушительное воздействие, чем само заболевание. Поэтому для профилактики осложнений сахарного диабета очень ценны помощь, внимание, участие и поддержка. Все это включает социально-медицинское сопровождение. И данный вид деятельности будет развиваться и совершенствоваться в условиях стационарных учреждений, поскольку его эффективность легко оценить путем соотношения количества случаев развития осложнений к общей численности страдающих сахарным диабетом в учреждении. При современном подходе к решению проблем в области здравоохранения и социального обслуживания социально-медицинское сопровождение – наиболее современная и эффективная форма работы. ■



ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мария Сергеевна ХУДЯКОВА,
медсестра высшей квалификационной категории терапевтического отделения ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Возрастные дегенеративно-дистрофические изменения происходят во всех органах и системах организма и требуют комплексной и длительной реабилитации. Ослабление функции желудочно-кишечного тракта приводит к развитию воспалительных процессов, обострению хронических заболеваний различной этиологии и осложнениям текущих заболеваний.

Создателем геронтологии, возникшей во второй половине XIX века, как науки о старении и старости считается И. И. Мечников. Одним из направлений его деятельности была разработка учения о правильном образе жизни, способствующем долголетию. А в 1909 году американский врач И. Л. Нашер ввел термин «гериатрия», как область геронтологии, изучающая болезни и методы их лечения у людей пожилого и старческого возраста. Интересно, что его книгу «Гериатрия: болезни пожилого возраста и их лечение» издательства поначалу отказывались печатать, настолько необычной казалась ее тема.

В настоящее время оказание медицинской и социальной помощи пожилым людям приобретает все большее значение в деятельности работников практического здравоохранения. В мультидисциплинарном коллективе, оказывающем помощь гериатрическому пациенту, медицинской сестре отводиться особая роль.

Медсестра не только выполняет назначения врача, но и работает в тесном взаимодействии с пациентом, и от ее грамотной профессиональной поддержки во многом зависит его физическое и психологическое здоровье. Глубокое понимание возрастных изменений: нарушение слуха и зрения, повышенная раздражительность, замедленность реакций, ранимость психики, плохая адаптация к новым условиям и требованиям – помогает налаживанию взаимоотношений для максимально успешного результата уже на первом этапе сестринского процесса – **сбора информации и обследования**.

На этапе определения проблем пациента и формулировки сестринского диагноза необходимо знать, что полиморбидность (наличие нескольких заболеваний) – одна из особенностей больных гериатрического возраста.

Приступая к реализации сестринского процесса, необходимо по возможности уменьшить неудобства, с которыми может столкнуться пациент. Незнакомая обстановка, необходимость общаться с новыми людьми, непривычный режим жизни и питания могут привести к ухудшению общего состояния и обострения хронических заболеваний. Жесткие требования и приказной тон приводят к раздражению, обидам и отказу от выполнения процедур. Часто гери-

атрическому пациенту требуется больше времени для выполнения даже простых действий, таких как одеться, принять лекарства, собрать материал для анализов.

Терпеливое тактичное искреннее обращение устанавливает **психологический контакт** с пациентом. Необходимо стимулировать общение с окружающими и родственниками, желание выздоровления, максимально возможный самостоятельный уход за собой.

Помещение, в котором находится пациент, должно быть хорошо освещено, с ровным нескользящим покрытием на полу, поручнями для поддержки в коридоре, холле и в ванной комнате, скамейками или стульями для душа. Многофункциональная медицинская кровать, в зависимости от предназначения, может комплектоваться съемными боковыми бортами, фиксированными или прикроватными столиками, противопролежневыми матрасами, а также дополнительными конструкциями (например, штангой для подъема, стойкой для капельницы и тому подобное). Пациент должен пользоваться при необходимости слуховым аппаратом, очками, вставными зубами, средствами для перемещения (трость, костыли, ходунки, коляски). Важно правильно подобрать изделия личной гигиены и средства, способствующие уходу за кожей и слизистыми больного человека.

Медсестра обязательно **информирует пациента о предстоящих медицинских вмешательствах**, врачебных назначениях и объясняет их необходимость. При подготовке больных к исследованиям четко проговаривает последовательность действий, помогает и ненавязчиво контролирует их выполнение. Доверительные беседы о здоровом образе жизни и правильном питании также помогают достигать улучшения состояния пациента. Уверенность больного в профессионализме и доброжелательности персонала значительно способствует улучшению состояния пациента.

Заболевания органов пищеварения в старших возрастных группах как правило существуют на фоне ИБС, гипертонической болезни, атеросклероза мозговых артерий, тромбофилии, заболеваний бронхолегочной системы, хронической почечной и печеночной недостаточности, на фоне дефицита железа в организме, заболеваний эндокринной системы, нарушения обмена веществ (подагры, ожирения), сердечной недостаточности, хронических инфекций и сахарного диабета. Возрастные изменения пищеварительной системы затрагивают весь пищеварительный тракт: снижается ферментация, склерозирование сосудов, ухудшается кровоснабжение, развиваются атрофические изменения в тканях и слизистых оболочках, ослабляется перистальтика. Ухудшение работы желудочно-кишечного тракта усугубляется бесконтрольным применением множества лекарственных препаратов и нарушением режима питания.

При заболеваниях ЖКТ можно выделить такие проблемы как дисфагия (нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу), боли в животе (различной локализации, интенсивности и иррадиации), диспепсические явления (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, метеоризм), расстройства дефекации (диарея, запоры, болезненность). Общими симптомами являются: снижение аппетита, похудание, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность, различные невротические расстройства (нарушение сна, раздражительность).

На этапе планирования сестринского ухода за гериатрическим пациентом с заболеваниями органов пищеварения **устанавливаются приоритетные проблемы больного**: профилактика болей в животе, избавление от изжоги и отрыжки, прекращение рвоты, нормализация стула и тому подобное. При оценке интенсивности боли необходимо **убедиться в возможности речевого контакта с пациентом**, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта диагностировать и документиро-

вать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли). Зоны боли описывают в терминах топографической анатомии или отмечают на схематическом изображении человеческого тела. Полученные результаты документируются.

Проводится оценка проблем питания и кормления. Нерациональное, а также недостаточное или избыточное употребление пищи негативно влияет на состояние здоровья пожилого человека. Необходимо объяснить ему важность и особенности назначенной диеты как неотъемлемой части лечебного процесса. Помогать, если это необходимо, при приеме пищи: вымыть руки, придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, установить съемные протезы, при их наличии, расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики для удобства можно подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации удобно использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине. Пожилым людям с вредной привычкой ложиться сразу после еды, медсестра объясняет, что это может спровоцировать изжогу, боли в животе, тяжесть и отрыжку, и для избежания этой проблемы отдыхать после приема пищи можно сидя или полусидя.

При сестринском вмешательстве надо помнить, что пожилым людям часто требуются дополнительные или повторные разъяснения целей и задач предстоящих исследований, их необходимость проведения для постановки правильного диагноза и дальнейшего успешного лечения и, что выполнение врачебных назначений может занять больше времени. Это поможет эффективно и качественно осуществить план сестринского ухода.

В настоящее время точно известно, что стареющий человек, в силу своих возрастных особенностей, раним и подвержен заболеваниям, развитию патологических процессов, однако, он сохраняет значительные резервы способности улучшения состояния здоровья. Гериатрическим пациентам в равной степени важны квалифицированная медицинская помощь и психологическая поддержка. Эффективность помощи медсестра оценивает по динамическим наблюдениям за пациентом, изменениям в состоянии здоровья, отсутствию запахов, пролежней, по опрятности и соблюдению личной гигиены, стремлению к самообслуживанию и активному участию в жизни общества. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. **ГОСТ Р 52623. 3-2015** / Технологии выполнения простых медицинских услуг // Манипуляции сестринского ухода.
2. **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. № 38н** «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».
3. **Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. N 164-р** «О стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 г.»
4. **Архангельская Г. С.,** Избранные лекции по геронтологии и гериатрии / Г. С. Архангельская, Р. Ф. Бакчеева, П. В. Борискин / под ред.: Пименов Ю. С. – гриф УМО, 2013.
5. **Страцкевич О. Н.** Сестринское дело в гериатрии / О. Н. Страцкевич, Н. Ф. Багдасарова. – Минск: «ВЫШЭЙШАЯ ШКОЛА» 2010.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

Рак грудной железы у мужчин – редкая злокачественная опухоль эпителиального происхождения, развивающаяся из клеток рудиментарных молочных желез.

Чаще всего опухоль располагается в субареолярной области. Страдают преимущественно пожилые мужчины, средний возраст пациентов составляет 59 лет. Вместе с тем, в литературе упоминаются случаи рака молочной железы у мальчиков и стариков.

Этиология заболевания точно не выяснена, однако установлен ряд факторов, увеличивающих риск ее появления. Ведущую роль в возникновении рака молочной железы у мужчин играют гормональные нарушения, обуславливающие дисбаланс естественного для мужчин равновесия между мужскими и женскими половыми гормонами. Высокий уровень эстрогенов стимулирует рост рудиментарной ткани молочных желез, что повышает вероятность злокачественного перерождения тканей. Причиной гиперэстрогенемии, провоцирующей рак молочной железы у мужчин, может стать возрастное снижение уровня тестостерона или прием гормональных препаратов. Уровень эстрогена также повышается при некоторых эндокринопатиях:

- **синдроме Клайнфельтера** (редком наследственном заболевании, обусловленном избыточным количеством Х-хромосом). Это наследственное заболевание, встречающееся у одного мужчины из тысячи. Мужчины с этим синдромом страдают от недостатка тестостерона: у них маленькие яички, избыток эстрогенов, гинекомастия, часто – бесплодие;
- **синдроме Рейфенштейна** (неполном мужском псевдогермафродитизме);

СТАТИСТИКА

Среди всех злокачественных образований, выявляемых у мужчин, рак молочной железы составляет 0,17 %: болезнь встречается в 100 раз реже, чем у женщин. Редкость этой патологии приводит к ее позднему обнаружению: почти половина пациентов обращается к врачу на 3–4 стадии заболевания. В итоге, по данным врачей США, от рака молочной железы погибает мужчин больше, чем от карциномы яичек (за период с 2004 по 2008 – 1934 смерти на 9288 случаев рака молочной железы и 1758 на 39 641 случаев рака яичек).

- **тестикулярной феминизации**;
- **гипотиреозе**;
- **кастрации** в результате травмы;
- **новообразованиях яичек**;
- **приеме эстрогенов** (например, при лечении рака простаты);
- **опухолях надпочечников** и **гипофиза**.

Гормональные нарушения, способствующие развитию рака молочной железы у мужчин, могут возникать при **злоупотреблении алкоголем**, который негативно влияет на способность печени регулировать уровень эстрогена в организме. Аналогичная картина наблюдается при **циррозе печени** и других **тяжелых болезнях печени**.

Из-за гормональной активности жировых клеток повышение уровня эстрогенов в организме выявляется при **ожирении**. В этом случае увеличение молочных желез сочетается с ложной гинекомастией (отложением жира в области груди).

Гиперэстрогенемия может обнаруживаться у **спортсменов** при резком уменьшении физических нагрузок, увеличении количества острых и хронических психологических стрессов. Наиболее высокая вероятность возникновения подобных ситуаций наступает при уходе из большого спорта.

К числу других неблагоприятных факторов относятся:

- **возраст** (средний возраст пациента с раком молочной железы – 68 лет);
- **отягощенная наследственность** (у каждого пятого пациента в семейном анамнезе рак молочной железы был диагностирован у близких родственников);
- **наследственные генетические мутации** (мужчины с мутацией гена BRCA2 имеют повышенный риск заболеть раком молочной железы);
- **воздействие радиации**;
- **производственные вредности** (например, пары бензина или воздействие высоких температур на сталелитейном производстве).

СИМПТОМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

Обычно рак поражает одну железу, двухсторонние новообразования выявляются всего у 2 % больных. Характерная локализация – под ареолой.

На начальных стадиях в области железы возникает безболезненное опухолевидное образование, шелушение поверхности соска и ареолы.

У трети больных отмечается локальное утолщение (симптом «лимонной корки») и втяжение кожи в области опухолевого узла.

Изменяется форма, цвет и размер ареолы.При прогрессировании болезни опухоль увеличивается в размере, возможно изъязвление.

У 10 % пациентов появляются сукровичные выделения из соска.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

В лечении рака молочной железы у мужчин онкологам по большей части приходится руководствоваться опытом лечения аналогичного заболевания у женщин. Причиной этому является слишком уж маленькая выборка субъектов исследования. Чаще всего проводится операция под названием «мастэктомия»: полное удаление всех тканей молочной железы, иногда вместе с близлежащими тканями.

Что же касается органосохраняющей хирургии молочной железы, то у мужчин она используется относительно нечасто. Суть данного хирургического вмешательства состоит в удалении одной лишь опухоли и небольшого количества нормальной ткани по ее краям.

Для мужчин методом первого выбора является дистанционная лучевая терапия. В неоадъювантном режиме лучевая терапия проводится при местно-распространенном раке молочной железы в комбинации с химиотерапией. Еще один вариант для лучевой терапии предусматривает ее назначение после операции с целью предупреждения местного рецидива. Облучению подвергается послеоперационный рубец и локально тот участок грудной клетки, в котором до удаления располагалась опухоль, а также, в зависимости от количества пораженных метастазами лимфатических узлов (4 и более), – подмышечная, над- и подключичные и парастернальная область на стороне поражения (при расположении опухоли

ХИМИОТЕРАПИЯ при раке молочной железы может быть использована в нескольких разных режимах:

- при неоадъювантной терапии, то есть перед операцией – для уменьшения размера опухоли;
- в рамках адъювантной терапии, то есть после операции;
- при лечении рецидивов и метастазов.

в центральном и/или внутренних квадрантах молочной железы). Лучевая терапия используется при лечении метастазов в костях скелета и головном мозге.

При лечении первичного рака молочной железы чаще всего используют сочетания **доксорубицина**, **циклофосфана** и **таксанов**.

Системный метод лечения рака, который может быть использован в качестве средства как адъювантной, так и неоадъювантной терапии, а также в случаях рецидива рака или его метастазирования.

В отличие от химиопрепаратов, **таргетные препараты** воздействуют только на саму опухоль и оказывают меньше побочных эффектов. На поверхности некоторых опухолей молочной железы сконцентрировано большее, чем обычно, количество белка HER-2, стимулирующего ее рост. Такие опухоли отличаются особой агрессивностью в плане метастазирования. В этой связи были синтезированы препараты, целенаправленно воздействующие на этот белок: **Трастузумаб** (Герцептин), **Пертузумаб** (Перьета), **Лапатиниб** (Тайверб), которые довольно успешно применяются при раке молочной железы у женщин и, по некоторым данным, у мужчин.

Вспомогательная фармакотерапия используется не с целью уничтожения самой опухоли, а для смягчения вызванных ею последствий и устранения побочных эффектов, вызванных прямыми методами лечения.

Бисфосфонаты – препараты, укрепляющие кости, снижающие риск переломов и смягчающие боли, вызванные метастазами рака молочной железы. Гормонотерапия ингибиторами ароматазы и рилизинг-факторами лютеинизирующего гормона способствует истончению костей (остеопорозу) – в этом случае бисфосфонаты также будут полезны. Наиболее часто при данном виде рака используются такие препараты, как **Памидронат** (Аредиа) и **Золедроновая кислота** (Зомета).

Относительно недавно был разработан новый препарат **Деносумаб**, который зарекомендовал себя еще лучше, чем бисфосфонаты: в клинических испытаниях он показал себя лучше, чем Зомета и подтвердил свою способность помогать в тех случаях, когда бисфосфонаты оказываются неэффективны.

Лечение мужчин следует проводить согласно всем современным представлениям о лечении рака молочной железы. Для лечения необходимо применять хирургический, лучевой, химиотерапевтический методы. Лечебная тактика должна быть строго индивидуализирована, и искусство врача состоит в выборе индивидуального плана лечения для каждого конкретного больного.

При адекватном лечение с увеличением стадии заболевания и при генерализации опухолевого процесса пятилетняя выживаемость резко снижается и составляет не более 45 %.

Поэтому именно ранняя диагностика, которая зависит от онкологической настороженности населения и врачей, является залогом успешного лечения рака молочной железы у мужчин. ■

Ранняя диагностика является залогом успешного лечения рака молочной железы у мужчин

АРСЕНАЛ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, используемых в рамках гормонотерапии рака молочной железы, на сегодня таков:

- **антиэстрогены** (Тамоксифен, Фарестон) – блокируют рецепторы к эстрогенам на поверхности опухоли;
- **ингибиторы ароматазы** (Аримидекс, Фемара) – тормозят секрецию эстрогенов надпочечниками;
- **Фазлодекс** – не только блокирует, но и полностью уничтожает рецепторы к эстрогену;
- рилизинг-факторы лютеинизирующего гормона (Лупрон, Золадекс) – блокируют секрецию андрогенов, действуя на гипофиз (большинство опухолей молочных желез у мужчин имеют рецепторы и к андрогенам);
- **Мегестрол** – конкурирует с гормонами за рецепторы на опухолевых клетках.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СИДЕЛОК

Юлия Евгеньевна ДЕМИДОВА,
Заместитель директора по социально-реабилитационным вопросам ГАУСО МО «Ступинский комплексный центр социального обслуживания населения»

В определенный период жизни в некоторых семьях наступает время, когда болезнь пожилых родственников требует постоянного внимания и заботы. Уход за больным мало у кого ассоциируется с положительными эмоциями. Требуется незаурядная выдержка, чтобы сохранять хотя бы относительное спокойствие и присутствие духа.

Болезнь родственника сама по себе является стрессовой ситуацией, а близкие, ухаживающие за ним, рискуют попасть в эмоциональные ловушки и стать заложниками разрушительных чувств. Повышенная концентрация на проблемах пожилого человека начинает отнимать много душевных и физических сил у проживающих с ним родственников. Они нервничают и паникуют, потому что работать, вести домашнее хозяйство и ухаживать за лежачим больным очень сложно. На этом этапе и появляются мысли о том, чтобы пригласить в дом сиделку. Но услуга эта недешевая, да и присутствие чужого человека в доме тоже настораживает, и от этого волнение в семье только возрастает.

Вот в таком растерянном, подавленном состоянии начинается поиск сиделок, и очень часто люди сталкиваются с недобросовестными представителями этой профессии, которые преследуют свои корыстные цели: обогащение, проживание на жилплощади клиента и так далее.

И все же, благодаря рекламе, ищущие услуги сиделок, приходят в социальные службы Московской области. Много обращений поступает через мобильное приложение «Мобильный центр социальных услуг» («Социальный помощник», сокращенное название МЦСУ), которое представляет собой программный продукт, доступный для загрузки на мобильные устройства на базе операционных систем Android и iOS. «Мобильный центр социальных услуг» создан в целях повышения информированности и предоставления оперативной социальной помощи в оказании различного рода социальных услуг и имеет несколько разделов, один из которых «Социальные сиделки», где пользователи могут выбрать сиделку по возрасту, образованию, стажу работы, перечню предоставляемых услуг.

В Московской области последние пять лет услуги сиделки в учреждениях социальной сферы активно развиваются: тщательно подбирается кадровый состав, четко обозначаются функциональные обязанности, принципы и условия работы.

При обращении по вопросу предоставления услуг сиделки в ГАУСО МО «Ступинский комплексный центр социального обслуживания населения», потенциальные получатели услуг могут рассчитывать на индивидуальный, но при этом комплексный подход в каждом конкретном случае.

Индивидуальный, потому что с каждым заявителем беседуют специалисты по социально-реабилитационной работе с учетом сложившейся ситуации в конкретной семье. По ходу разговора выясняется не только медицинский диагноз больного и предписанные ему назначения, но и бытовыеусловия проживания, степень самообслуживания, способность к общению и восприятию информации, особенности характера больного, взаимоотношения в семье.

Комплексный, потому что к подбору сиделки могут привлекаться специалисты различной квалификации: психологи, врачи, реабилитологи, в зависимости от состояния здоровья, потребностей больного, его взаимоотношений с окружаю-

щими и восприятии себя в данной ситуации.

Очень часто приходится сталкиваться с тем, что проживающие с лежачим больным родственники и ухаживающие за ним, в силу сложности сложившейся ситуации, психологически еще больше усугубляют ее. Проблема ухода им кажется намного сложнее, чем есть на самом дела.Самое частое заблуждение это то, что сиделка обязательно должна находиться около своего подопечного чуть ли не круглосуточно, хотя при выяснении ситуации оказывается, что достаточно организовать двухразовое посещение больного сиделкой в течение одного-двух часов за приход. А это значительная экономия семейногобюджета при оплате услуг!

При двухразовом посещении сиделки (утром и вечером) в течение часа-полтора возможно предоставить больному: санитарно-гигиенические услуги (смена памперса, обтирание тела, смена нательного и постельного белья), услуги по кормлению с разогреванием приготовленных блюд и последующей уборкой и мытьем посуды, ряд медицинских процедур (перевязка, обработка ран, принятие лекарств, измерение артериального давления). Конечно, при оказании санитарно-гигиенических услуг пациентам, рекомендуется использовать современные средства комплексного ухода за кожей. Многие из них сейчас доступны по цене и достаточно экономны в использовании. Не сбрасывается со счетов и профессионализм сиделок.

Некоторым пожилым людям достаточно и одного прихода сиделки в течение дня. Конечно, есть и те, кто нуждается в постоянном уходе. Многие пациенты нуждаются в круглосуточном специализированном уходе в условиях стационара.

Правильный уход за больными дополняет лечение и способствует скорейшему выздоровлению. Нередко больные хроническими заболеваниями не нуждаются в активном лечении и повседневном врачебном наблюдении, они лучше чувствуют себя в привычной и спокойной домашней обстановке и нуждаются прежде всего в уходе, создании благоприятных бытовых условий, соблюдении гигиены, помощи при отправлении ими физиологических потребностей. Это помогает предотвратить осложнения и облегчить страдания больного. В этом случае огромная роль принадлежит как родственникам больного, так и сиделкам. Недаром старинная пословица гласит: «Лечит врач, вылечивает ухаживающий».

Старение человека – закономерный биологический процесс. Старость бывает разная. Есть категория пожилых граждан, которым требуются услуги не сиделки, а, как говорили ранее, «компаньонки». К ним относятся люди серебряного возраста, не потерявшие полностью способность к самообслуживанию, но имеющие некоторые проблемы с памятью и страдающие легкой формой старческой деменции. Таких пожилых людей надо направлять в быту и уметь организовать их досуг: вовлечь в какую-либо активность (прогулки, скандинавская ходьба, рукоделие, интеллектуальные занятия), чтобы поддерживать гигиену ума и упорядоченность быта. Таким пожилым так же не обязателен постоянный присмотр (хотя при возможности это и не противопоказано), но приход сиделки-компаньонки на пару часов в день будет очень полезен. Особенно, если родственники заняты и не могут уделять много времени.

Из вышесказанного следует, что услуги сиделки в той или иной форме очень востребованы у населения и это одна из профессий, которая выходит из тени и получает свое новое рождение в современном мире. Она становится легальной, уважаемой и даже инновационной, учитывая развитие рынка средств технической реабилитации и ухода. Раньше сиделка – это была женщина, дежурящая у постели больных. Такое определение получило это слово. Но на сегодняшний день определение стало гораздо шире. Сиделка – это профессионал, это универсальный работник: медик, социальный работники психолог в одном лице. Это специалист высокой квалификации с высокой степенью ответственности. ■

«ЕСЛИ БЫ МОЛОДОСТЬ ЗНАЛА, ЕСЛИ БЫ СТАРОСТЬ МОГЛА»

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «ОМСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

Ольга Игоревна ПРОКАЕВА, ***заведующий отделением, врач-психиатр высшей категории***
Ирина Николаевна САЮТИНА, ***специалист по социальной работе***
Автономное стационарное учреждение социального обслуживания «Омский психоневрологический интернат», г. Омск

В 2000 годах в Канаде впервые были объединены дом для престарелых с детским домом, что дало хорошие результаты – дети получили необходимую им заботу и ласку, а старики, почувствовав востребованность, оживились, так как забота о детях стала смыслом их жизни.

Изучив положительный опыт социальных служб зарубежных стран в работе, проводимой с группами граждан различных возрастных категорий, специалисты нашего интерната пришли к выводу, что в смешанных возрастных группах социореабилитационные процессы приводят к лучшим результатам и решили применить этот опыт в условиях нашего учреждения.

В психоневрологических интернатах проживают как молодые люди, так и подопечные пожилого и старческого возраста. Особенностью пожилых является снижение энергетического потенциала, жизненного тонуса, низкий уровень социализации, сопутствующая соматическая патология, что приводит к снижению качества жизни. Молодые подопечные в силу своего психического состояния, напротив, часто бывают гиперактивны, что может вызывать нежелательные последствия, если не структурировать их время и деятельность.

Перед нами стояла задача осуществить взаимодействие разных возрастных групп с помощью социальных программ различной направленности для того, чтобы пожилые смогли поделиться своим жизненным опытом, включиться в новые виды деятельности, почувствовать себя востребованными, что привело бы к улучшению их психического и физического состояния и, как следствие, качества жизни. Общение с пожилыми людьми позволило бы молодежи развить чувство ответственности, эмпатию, милосердие и направить энергию на полезную и интересную им деятельность.

Для решения задачи сотрудниками нашего интерната была разработана и успешно реализуется инновационная программа «Если бы молодость знала, если бы старость могла». Метод программы – вовлечение пожилых клиентов наравне с молодыми в различные виды совместной деятельности: бытовую, культурно-досуговую, клубную, кружковую, спортивную и так далее.

За период работы по этой программе отмечены положительные результаты.

У проживающих разных возрастных групп появились желание и радость взаимного общения, для чего в интернате действуют клубы по интересам – «Литературная гости-

ная», «Вдохновение», «Живое слово», где они обмениваются опытом по кулинарии, рукоделию, культуре быта, правилам общежития, проводят дискуссии по вопросам морали, тематические беседы, обсуждают новые книги и журналы, телепередачи, спектакли и художественные фильмы, занимаются виртуальным туризмом, празднуют памятные даты и дни рождения членов клуба.

Пожилые подопечные стали активно вовлекаться в различные спортивные программы (финская ходьба, шашки, социальный туризм). В качестве группы поддержки футбольной команды интерната пожилые, наравне с молодыми, принимают участие в соревнованиях по футболу. Вместе они выезжают на ежегодные спортивные мероприятия для людей с инвалидностью «Летний спорт – залог здоровья», «Вместе мы – сила!», «Спартакиада для граждан, проживающих в стационарных социальных учреждениях Омской области».

Подопечных всех возрастов сблизила театральная деятельность в инклюзивном театре-студии «Золотая маска», репертуар которой формируется с учетом пожеланий, а также психического и физического состояния студийцев и зрителей. Занятия в театральной студии способствуют структурированию времени, организации досуга, уменьшению социальной изоляции, улучшению качества жизни посредством активных контактов с участниками группы. Появляются новые знакомые и дружеские контакты, поддерживается интерес к активному отдыху, сохранению и продлению социальной активности, и поддерживается активное долголетие жителей нашего учреждения.

Проживающих сплотила и волонтерская деятельность. В течение трех лет в интернате действует волонтерский отряд «Доброделы», в состав которого входит группа волонтеров серебряного возраста. Совместными силами пожилых и молодых волонтеров готовятся различные концертные программы, выставки, спектакли, как в стенах интерната, так и за его пределами. С их помощью маломобильные наши жители могут восстанавливать и развивать навыки самообслуживания, использовать остаточные трудовые возможности, в сопровождении волонтеров совершать прогулки по территории интерната, выезжать на различные мероприятия городского и областного уровня, что способствует их социализации и интеграции в общество.

В процессе общения и совместной деятельности у подопечных всех возрастов нашего учреждения появляются чувства радости, удовольствия, эмпатии, ответственности за себя и других, возникает ощущение востребованности, эмоционального комфорта, атмосферы домашнего тепла. Они становятся добрее, милосерднее, лучше управляют своими эмоциями, легче воспринимают и переживают свои проблемы. Формируется более позитивный взгляд на жизнь, заметно возрастает социальная активность, повышается общий жизненный тонус, пробуждаются новые интересы, расширяется кругозор, укрепляются социальные связи и дружеские контакты, вследствие чего улучшается психическое и соматическое состояние, а, следовательно, и качество жизни.

Таким образом, инновационная программа «Если бы молодость знала, если бы старость могла», оказалась действенной и полезной для жителей нашего интерната всех возрастов.

Мы будем рады, если наш опыт используют и в других учреждениях социального обслуживания. ■

В процессе общения и совместной деятельности у подопечных всех возрастов нашего учреждения появляются чувства радости, удовольствия, эмпатии, ответственности за себя и других, возникает ощущение востребованности, эмоционального комфорта, атмосферы домашнего тепла.

КУДА ВЕДЕТ ЖУРНАЛИСТСКОЕ ЛЮБОПЫТСТВО? НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ТОМ, КАК ЛАДИТЬ СО СМИ

Магдалена ЯВОРСКА-НИЖИОЛА,
пресс-секретарь президента города Грудзёндза

Средства массовой информации, которые называют «четвертой властью», оказывают влияние на то, какая информация и в какой степени дойдет до обывателей. Каждый день посредством главных информационных сервисов и первых страниц газет решается, какая тема или события окажутся в центре внимания. А это, в свою очередь, приводит к созданию общественной жизни.

Исследователи СМИ называют такие действия «формированием повестки дня». Журналисты используют свое положение для получения информации. Давление времени, под которым они работают, поскольку тема является важной только в течении нескольких часов, к сожалению, часто приводит к профессиональным злоупотреблениям. Информация о дырах в законах, некомпетентности сотрудников государственной администрации или неэффективной работе органов самоуправления, а также плохих условиях в центрах социальной помощи – это вопросы, для которых всегда найдется место на страницах информационных сервисов и прессы. Ожидание разрешения или подтверждения новости может означать, что тема будет упущена или, что хуже, будет поднята конкурентной станцией или газетой. Задача лиц, выполняющих публичные функции или действующих, опираясь на общественные средства, состоит в том, чтобы вооружиться знаниями и навыками, которые позволят им встретиться лицом к лицу с журналистами.

Как писал Паоло Коэльо: «Всему на свете – своя цена. А информация – один из самых дорогих продуктов».

РАЗВЕДКА

Привилегия выступать от имени всей общественности приводит к тому, что журналисты, ослепленные чувством миссии защиты слабых и пострадавших, и указанием на ошибки, часто забывают о последствиях своих текстов, материалов и передач… Чтобы уничтожить репутацию, достаточно одной передачи или статьи, которая будет жить в СМИ всего несколько дней, а восстановление доброго имени зачастую становится невозможным. По моим наблюдениям, учреждения, действующие в рамках широко понимаемой социальной помощи, или государственные учреждения чрезвычайно часто подвергаются атакам средств массовой информации. Это, вероятно, следует в большой степени из-за специфики данной сферы, а также отсутствия, к сожалению,в таких учреждениях хотя бы базовых инструментов, служащих для контактов с общественностью, а о квалифицированных специалистах по связям с общественностью или пресс-секретарях можно только мечтать. По этой причине следует хотя бы задуматься о том, что мы должны знать о журналистах.

Прежде всего, журналисты – тоже люди, и мы должны быть к ним добры. Кроме того, предоставление информации является обязанностью для всех лиц, выполняющих публичные функции, и это именно мы, а не журналисты, в большей степени заинтересованы в опубликовании правдивой и достоверной информации. Представители прессы в свою очередь стремятся в основном только к тому, чтобы информация получила поддержку. Журналисты, как и все люди, бывают ленивы, поэтому не следует ожидать, что они разбираются в том, как функционируют наши учреждения. И что самое важное – мы не являемся единственными информаторами журналистов, а чем больше источников, тем более красочный получится материал. Следует помнить также о том, что исправления – это «после ужина горчица», а обида на журналистов, использование информационных блокад и внезапные отпуска и больничные, безусловно, не помогут в кризисной ситуации со СМИ.

НАПАДЕНИЕ

Достаточно одного телефонного звонка от обеспокоенного жителя, письма от члена семьи клиента, например, дома престарелых, запись в социальных сетях или электронное письмо в редакцию, чтобы вызвать лавину трудностей. Первые невинные вопросы, сомнения и просьбы отнестись к данной ситуации без свойственной стратегии могут перерасти в кризис, который похоронит наши предыдущие достижения, работу и интерес. Но достаточно обладать базовой информацией о работе редакции, и прежде всего о наших правах и обязанностях, чтобы выйти из такой ситуации без больших потерь.

Говоря о кризисе, следует прежде всего подчеркнуть, что компании и государственные учреждения должны получать информацию о потенциальных источниках кризиса, которые могут вспыхнуть в их среде, а в случае его наступления, эффективно управлять кризисной ситуацией. Не всегда проблема должна быть связана с поражением и потерей положения или репутации – правильное отношение в трудной ситуации может способствовать в будущем формированию образа презентабельного субъекта, который умеет справляться с трудностями. Достаточно реагировать как можно быстрее. Определить истинную причину кризиса, а также проинформировать сотрудников о возникшей ситуации. Абсолютно необходимым является взаимодействие со СМИ и текущая оценка ситуации.

Представим себе, что в доме престарелых умер один из жителей. Семья клиента утверждает, что в смерти их близкого человека виноваты работники, которые пренебрегли своими обязанностями и, следовательно, директор, который должен следить за безопасностью подопечных. Информация в таком виде доходит до местных СМИ и у дверей учреждения появляются первые журналисты. В этой ситуации закрытие дверей на замок и молчание приведут к тому, что материал и так будет опубликован. Информацией анонимно поделятся работники, клиенты, которых журналисты будут «ловить» или случайные люди, которые, несмотря на то что не обладают информацией, охотно поделятся услышанным…

Мы не обязаны давать ответ сразу, но в период кризиса не можем позволить себе медлить в течении нескольких дней, максимум, что у нас есть – это несколько часов на подготовку. Во-первых, следует установить истинные причины негативной ситуации, согласиться на разговор, а также мы имеем полное право решать хотя бы, когда наши слова записываются, можем обратиться за помощью к местным полицейским или в прокуратуру, которые дополнят наши ответы. Мы также можем признаться в совершении ошибки, если таковая имела место, помня о том, что общественность может ее простить, но наверняка не простит лжи и пренебрежения. В случае с сотрудниками прессы стоит использовать право на авторизацию, а еще лучше отправлять ответы по электронной почте, чтобы иметь доказательство предоставления информации.

Следует помнить – мы не можем оставить журналиста ни с чем, достаточно сделать короткое заявление. Вопреки видимости, взаимодействие со СМИ дает нам время для установления контроля над кризисной ситуацией.

ПОДСЧЕТ ПОТЕРЬ

Джозеф Пулитцер, описывая современную журналистику, сказал: «Боязнь прессы предотвратила больше преступлений, коррупции и безнравственности, чем закон» – и это утверждение актуально до сих пор. СМИ играют чрезвычайно важную роль, они, как представители общества, следят за неисполнением обязанностей государственными должностными лицами и за ясностью общественной жизни. Можно с уверенностью сказать, что одним из главных достижений правового государства является то, что журналисты могут через свою работу свободно осуществлять критическую и контролирующую функцию до тех пор, пока сами не нарушают закон.

Любая кризисная ситуация может стать для нас уроком, а разработанные в ней схемы действия станут нашей силой.

Следует помнить несколько золотых правил. При взаимодействии со СМИ лучше не спешить, а подумать, прежде чем отвечать. Придерживаться фактов и тем, в которых мы компетентны и признаваться, если мы чего-то не знаем. Отдавать себе отчет в том, что все наши слова записываются. Безусловно не следует: лгать, гадать или спекулировать, раздражаться на журналистов или дискутировать на темы, выходящие за рамки наших компетенций.

ПАКТ О НЕНАПАДЕНИИ

Учреждения публичной власти должны заботиться о хорошей репутации и эффективной коммуникации, поскольку реализуют финансовые задачи, важные для всех жителей, опираясь на общественные средства. Поэтому суть всех предпринимаемых действий должна заключаться в систематическом и точном информировании жителей о принимаемых решениях и стратегических планах. Это означает, прежде всего, действия, направленные на жителей, а затем на средства массовой информации. Однако в большинстве случаев именно средства массовой информации выполняют роль информационной трубки для граждан. Немногие решаются проанализировать документы, отчеты, постановления и так далее, большинство ждет обработанных и упрощенных данных. Это очень опасная ситуация, поскольку журналисты зачастую стремятся комментировать действительность и объяснять ее по-своему, утверждая, что имеют право создавать реальность. Вот почему так важна разработка эффективных методов охвата внимания жителей не только посредством статей в прессе, телевизионных программ и радиоэфиров. В настоящее время, благодаря современным инструментам, таким как Интернет, у нас есть возможность создания альтернативного, представляемому в СМИ, образа публичного учреждения. Надлежащее управление информацией позволяет создать образ учреждения, интегрированного с окружающей его средой и реализующего задачи в области общественной пользы, а также стремится к формированию в сознании общества потребности функционирования данного учреждения.

Наиболее простой и быстрый способ контакта с окружением и СМИ – это веб-сайты, которые имеет подавляющее большинство учреждений. Достаточно посвятить немного времени на то, чтобы сайт эффективно работал, а информация, размещенная на нем, была актуальной. Мы несем ответственность за его содержание, поэтому веб-сайты могут стать нашей альтернативой «злой прессе». Здесь мы можем публиковать полемику, объяснения и исправления, которые без наших стараний не оказались бы на страницах прессы.

Необходимо также стараться налаживать сотрудничество с местными СМИ, являясь для них источником тем. Нужно рассказывать о наших проектах, инвестициях, или реализуемых в учреждениях программах. Приглашать журналистов на дни открытых дверей и фестивали, и не переживать о том, что они не всегда принимают приглашения. Следует использовать для этих целей веб-сайты учреждения, а также институций, осуществляющих контроль за домами престарелых.

Трудно здесь найти золотую середину и лучшие средства для предотвращения кризисной ситуации. К сожалению, развитие социальных сетей, а также все возрастающая взыскательность клиентов и их семей будут часто приводить к ситуациям, развязку которых мы увидим на просторах СМИ. ■

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 и синодором

Крем защитный с оксидом цинка и синодором

Для мытья волос и головы

Шампунь-пенка не требует смывания водой

Больше информации о продукции seni care **на сайте** 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@bella-tzmo.ru
www.ecdo-russia.ru

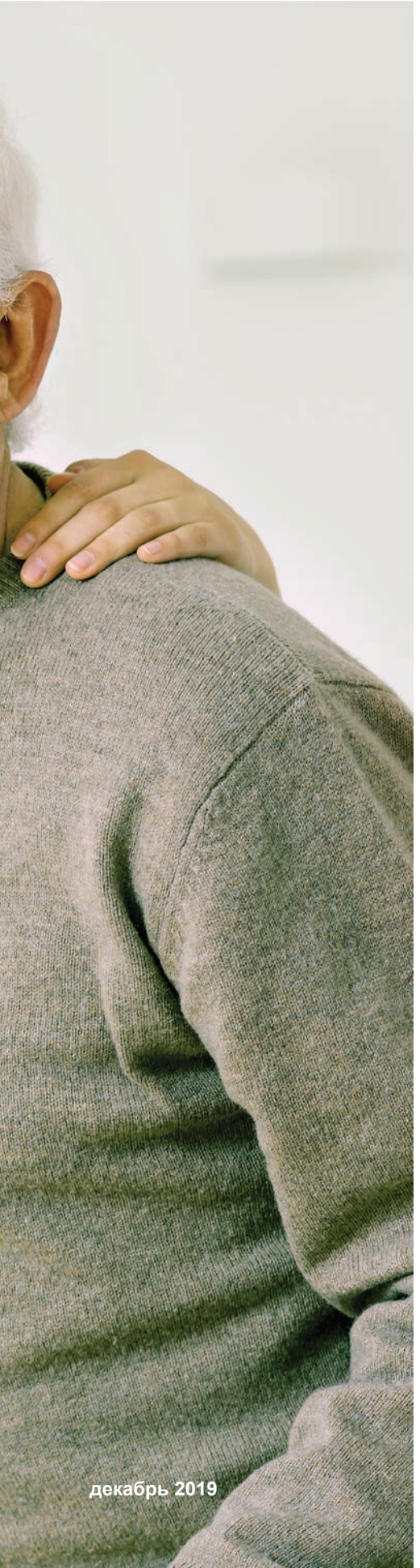
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОТЫ О ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТАХ

Ксения Валентиновна КОРМЩИКОВА,
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Наладить продуктивный контакт между медицинским персоналом и пациентами пожилого возраста непросто в виду как соматического, так и психологического состояния пациентов. Однако, быть правильно понятыми важно и в лечебном процессе, и во время ухода за пациентами старческого возраста.

Около 31 % граждан от общего числа россиян являются пенсионерами – именно такая цифра была озвучена на заседании правительства РФ, посвященном обсуждению повышения пенсионного возраста в России.

Проблема пожилого возраста обделена вниманием и по сей день в нашей стране. Согласно мнению основоположника отечественной геронтологии И. В. Давыдовского, нет точных календарных ориентиров наступления старости. Однако, пожилой и старческий возраст, вне всяких сомнений, накладывают отпечаток на психологию человека. Ухудшение соматического состояния влечет за собой нарушения адаптации в социуме и самовосприятия, ухудшение памяти, изменения настроения, отрицательные черты характера «заостряются» еще больше. Практически каждый медицинский работник или человек, ухаживающий за пожилыми, знает, что работа с такими пациентами отягощена не только весомым багажом соматических патологий, но и, не в меньшей степени, трудностью в установлении адекватного контакта.



Ни для кого не секрет, что на протяжении практически всей своей жизни человек встречается со множеством неизбежных и необходимых кризисов, начиная от самых ранних в младенчестве и заканчивая кризисом пожилого возраста (около 60 лет и старше). Каждое пройденное препятствие, в том числе и психологического плана, оставит след в психике человека. В младшем возрасте пройденные кризисы складываются в лестницу, по которой происходит становление личности. В пожилом же возрасте личность уже давно сформирована, а потому кризисы будут иметь еще более «болезненный», а иногда и ломающий характер. Вспомним об адаптации. Когда нам проще сменить работу, коллектив или весь свой образ жизни? В молодом возрасте или уже зрелом, «состоявшимся»? Когда человек юн и полон сил, его жизненные силы бьют ключом, он полон энтузиазма и готов к новым открытиям. Но когда сорокалетний рубеж уже пройден, и все в мире, что казалось таким прочным, кардинально меняется? Энергии уже не так много, как в юности, естественно и понятно желание, чтобы работа, семья и дом были монолитны и стабильны.

Теперь перенесемся еще дальше, в пожилой возраст. Почти любое изменение будет воспринято с трудом, однако, представители старшего поколения не одинаковы. Согласно классификации В. Генри, существует три, зависящих от имеющейся у них психической энергии, типа старых людей.

Первая группа состоит из вполне бодрых и оптимистичных, трудоспособных пожилых людей, не теряющих энтузиазма и вкуса к жизни. Как правило, при общении с этими людьми возникает ощущение, что они все еще молоды, невзирая на соматическое состояние. О таких людях говорят, что они молоды душой. Они всегда позитивно настроены к пополнению в семье, их не затруднит отдать часть своего времени и сил для какого-то начинания.

Вторая группа включает в себя пожилых, довольствующихся собственным делом, хобби, будь то домашнее или фермерское хозяйство, любимое увлечение или занятие внуками. Им нравится быть занятыми собственными делами.

Третья группа в классификации объединяет людей, чья психическая энергия значительно меньше, чем у представителей двух вышеупомянутых групп. В основном они заняты исключительно собой (своим здоровьем), большая часть их сил, как физических, так и психологических, уходят на себя и иногда на узкий круг близких людей.

Такие проблемы, как депрессия пожилых, страх скорой смерти, повышенная тревожность, мнительность и прочие проблемы пожилого возраста характерны для всех групп, но, в большинстве своем, особенно актуальны для людей третьей группы. Поддержание внешних контактов отходит на второй план. Связи с внешним миром истончаются, оголяя внутреннему взору тот багаж жизненного опыта, который человек пронес сквозь годы.

Все возрастные категории нуждаются во внимании, но особенно ярко его нехватка ощущается среди детей и пожилых. Представители старшего поколения, как и дети, нуждаются не только в определенном контроле, но и в любви, которую недополучают тысячи забытых детьми и внуками стариков по всему миру. Отсутствие общения и умственной нагрузки способствуют быстрому развитию старческой деменции. Мнительность и чувство покинутости взращивают подозрительность к миру и окружающим, доходящую до параноидальности.

Учитывая эти факторы, так ли должно отличаться наше отношение к молодым и к пожилым пациентам? И да, и нет. Вспомним неоднократно видимые нами картины того, как зачастую происходит общение с людьми старшего возраста. Из-за тугоухости или рассеянного внимания пожилому трудно воспринимать поступающую от собеседников информацию. Голос более молодых и менее терпеливых участников беседы напрягается и становится громким и «лающим», а мимика и артикуляция нарочито усиливается. Выглядит ли это издевкой в глазах старшего поколения? Чаще всего да.

В общении с молодыми людьми порой тоже приходится напрячься, чтобы донести информацию, но чаще это происходит в моменты эмоционального всплеска, например в кон-

фликте. Чувствуете параллель? Мы общаемся с пожилым поколением так, как будто мы с ними в глубокой ссоре. Добавьте к этому обидчивость и заострение черт характера, и мы получим вечный не стихающий вулкан, бурление которого не приносит ни радости от общения, ни плодов продуктивного диалога. Старшему поколению кажется, что их хотят ранить словом и считают детьми, а более молодое теряет терпение и нервы.

Как было сказано ранее, самым значимым для пациентов старшего возраста является внимание. Внимание к их нуждам и заботам, к их взглядам на жизнь, к их здоровью. Иногда трудно воспринять застарелые шаблоны мышления и понять сопротивление и неготовность к изменениям. Пожилому поколению не нужно, чтобы мы разделяли их взгляды на жизнь, им нужно, чтобы мы принимали их и относились с уважением.

Обратим внимание на рабочие аспекты, играющие основную роль в контакте с пожилыми пациентами: уважение, терпение и непреклонность. Для пожилых пациентов очень важно, чтобы мы уважали их устоявшиеся взгляды на жизнь. Да, мы можем быть не согласны, можем не испытывать приязни к самим пациентам или глубоко внутри давать субъективную оценку их действиям. Но, тем не менее, мы должны учитывать их возраст, опыт прожитых лет и право на собственное мнение.

В работе с пациентами, а особенно с пожилыми, терпение – второе по важности качество после профессионализма. Следует понимать всю необходимость присутствия данной способности у человека, оказывающего помощь пожилому. В сложные моменты можно использовать элементы психологической разгрузки, которые займут не более 5 минут, например:

- медленный вдох и усиленный выдох через нос, как если бы вы пытались нагреть выдыхаемый воздух. Постепенно увеличивайте скорость выдохов. Число повторений от 10 до 20;
- выпить стакан прохладной воды;
- счет до 10 и обратно.

Такие экспресс-методы помогут снять нервное напряжение.

Все помнят слова, часто приписываемые военному и послевоенному поколению: «гвозди бы делать из этих людей». Значительный процент пожилых пациентов замалчивает свои жалобы, тем самым затрудняя работу медицинского персонала. То, что пациент терпит и не высказывает никаких жалоб, не говорит о том, что с ним все хорошо. Также некоторые из пациентов имеют завышенные ожидания по отношению к медикам, предполагая, что медперсонал должен знать, что с ними происходит и без озвучивания жалоб. Если вы отмечаете, что ваши пациенты исключительно молчаливы в том, что касается их жалоб и просьб, напомните им, что медицинский персонал, к сожалению, не обладает экстрасенсорными способностями и не может прочитать их мысли. Нужно не стесняться говорить о том, что их беспокоит или в чем они чувствуют необходимость.

Обозначайте личные границы. Помните о том, что ваши должностные обязанности должны быть на первом месте, вы не обязаны исполнять все прихоти больного. Вежливо напоминайте пациентам о том, что вы не его родственник или «нянька», и вы не обязаны выполнять нечто, выходящее за рамки ваших обязанностей. Выслушать пациентов очень важно, но давайте будем разделять то, что необходимо от простых прихотей.

Нередки случаи, когда пожилые отказываются от еды или приема медикаментов, а уговоры взволнованных родственников и рекомендации врачей не имеют никакого эффекта. Стоит помнить о том, что у всех людей есть выбор. В том числе и выбор между жизнью или смертью. Если вы спросите, чего хочет больной человек, то он, в подавляющем большинстве случаев, ответит вам, что он хочет выздороветь и уехать домой. Проведите четкую последовательность: для того, чтобы поехать домой и улучшить свое здоровье, надо принимать лекарства и выполнять все врачебные назначения, не отказываться от пищи. Выбор здесь крайне узок: либо он живет, либо умирает. Для того чтобы жить, надо есть и принимать лекарства, третьего пути нет. Установка назогастрального зонда или назначение парентерального питания влекут за собой определенные последствия, а потому не будут назначаться исключительно по причине желания пациента.

Если рассматривать старость как осень жизни, то наше воображение нарисует две картины: одна теплая, сухая и яркая, пахнущая прелой листвой и яблоками, а вторая сырая, безрадостная и серая.

Благоприятный психологический настрой является одним из важных факторов воздействия на соматическое состояние пациентов. В наших силах, в силах молодого поколения сделать период увядания жизни теплым, красочным и приятным как для пациентов, так и для своих пожилых близких, показать им, что жизнь прекрасна и в их возрасте, мотивировать поддерживать свое здоровье, а еще показать, насколько они нужны. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. **Де Вальден-Галушко К.,** Росстат – www. gks. ru (Население / Старшее поколение) – дата обращения: 12 января 2019.
2. **Анциферова Л. И.** Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психологический журнал. – 1996. – № 6.
3. **Давыдовский И. В.** Советская медицина. – 1957. – № 10. Памяти Ипполита Васильевича Давыдовского, Архив патологии. – 1968. – т. 30. – № 8.
4. **Кон И. С.** Постоянство личности: миф или реальность? / в кн. : Хрестоматия по психологии / сост. В. В. Мироненко; под ред. : А. В. Петровского. – М., 1987.
5. **Никольская М. И**. Личность пожилого человека и психологическая реабилитация / М. И. Никольская, М. А. Краева // Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. – Россия, 2009.
6. **Слободчиков В. И.** Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев // Основы психологической антропологии. Учебное пособие для вузов. – М., 2000.

СТАРОСТЬ БЕЗ СТРАХА

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

В современном мире в эпоху тотального гедонизма и геронтофобии, старость воспринимается как нечто ужасное, ее боятся и отдаляют. Косметологи и репродуктологи процветают. Стариков отселяют в специальные учреждения не только и не столько, чтобы не лицезреть увядание близкого человека, а еще и потому, что в динамичной реальности оказывать должный гигиенический уход и адекватное психологическое сопровождение пожилого человека очень сложно. Есть много противников такого отношения, и я была в их числе. Однако, изучив вопрос какое-то время назад, поняла, что если учреждение для пожилых уделяет должное внимание развитию когнитивных функций головного мозга подопечных, то нахождение в нем более полезно, чем в пустой квартире глядя в потолок и дожидаясь прихода родственников из «динамичной реальности». Нередко слышу от сотрудников домов для престарелых, что состояние пожилых людей и физическое, и психологическое в условиях учреждений часто улучшается.

Для поддержания адекватного функционирования нервной системы необходимо максимальное ее задействование. Мы используем техники из системы «Монтессори» для развития когнитивных функций маленьких детей, в детских садах существуют целые творческие программы. Все творческие методики, развивающие мелкую моторику и стимулирующие лобные доли головного мозга, должны присутствовать и в психологическом сопровождении пожилых подопечных.

Полезно заучивание стихов, совместное чтение книг (особенно чтение пьес по ролям), обсуждение фильмов после совместного просмотра, приготовление еды и рукоделие. Все это завуалированная тренировка памяти, внимания, логики, моторики и коммуникации, которая гораздо приятнее сухих упражнений. Совсем не значит, что занятия с психологом можно отменить, нет, эти два направления идеально дополняют друг друга: психология и анимация.

Еще один немаловажный аспект благополучного старения – чувство значимости. Каждый человек мечтает прожить жизнь не зря и стать в чем-то примером и наставником. Как мы можем помочь подопечным?

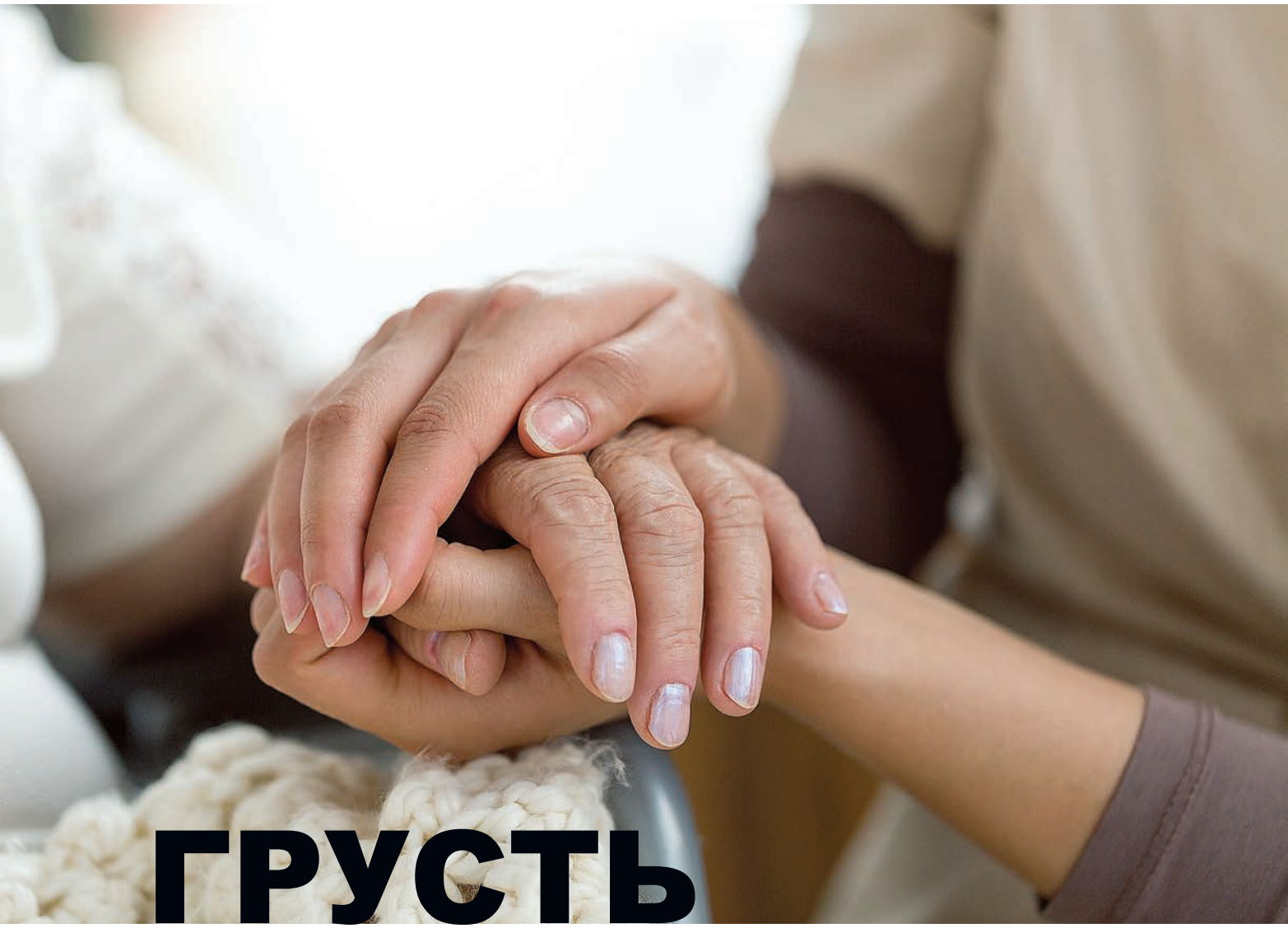
- Стимулировать родственников на регулярное посещение, можно даже настоятельно порекомендовать один конкретный день в неделю. Что делать, если родственники и близкие не хотят навещать? Беседовать с ними о важности преемственности поколений и осознания родовой связи, объяснять, что после смерти близкого придет горечь не только от утраты, но и от того, что общение с ним в последние годы было поверхностным и не наполненным чувствами.
- Устраивать профессиональные встречи. Приглашать к пожилому, например, летчику студентов или специалистов той же специальности для бесед за чаем. Приглашенная на беседу молодежь, подарит подопечным чувство значимости и важности их опыта, а так же эти мероприятия – часть борьбы с геронтофобией у молодого поколения.
- Проводить творческие вечера, где сами подопечные смогут проявить доступные им таланты. Хорошо, когда творческие коллективы устраивают концерты для пожилых жителей учреждений, однако важно задействовать в мероприятиях их самих как можно чаще.

Безусловно, все это творческое, чувственное и деятельное наполнение невозможно без элементарного комфорта: адекватного гигиенического ухода, полноценного разнообразного питания и безопасной среды в месте проживания. Если не будет основ, вышивание и песни не помогут избежать неприятного запаха и раздражения кожи, расстройств ЖКТ, травм и прочего.

Отдельным пунктом стоит медицинское сопровождение и работа с тягостными симптомами. Постоянное нахождение врача на территории учреждения снижает тревогу подопечных за собственное здоровье и позволяет своевременно оказывать помощь. ■

ДЛЯ КОМФОРТНОЙ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА ВАЖНО:

- постоянное обучение. Понимание нарушений функционирования всего организма, в том числе нервной системы, будет стимулировать профессиональное спокойное отношение к неадекватным психическим проявлениям пожилых пациентов, то есть регулярное обучение и разъяснение персоналу причин тех или иных проявлений психики подопечного обязательно. Так же очень важно обучение современным стандартам гигиенического ухода за пожилыми людьми;
- возможность комфортно отдохнуть и принять пищу;
- регулярные занятия с психологом, участие в творческих мероприятиях с аниматорами и подопечными. Это расслабляет и сближает коллектив;
- осознание того, что развиваем мы геронтологию в первую очередь для себя, чтобы стареть в комфортных условиях с интересными творческими встречами.



ГРУСТЬ ПРОЩАНИЯ С ПАЦИЕНТОМ

Богдан ЗБИГНЕВ,
Кафедра педиатрии, гастроэнтерологии, гепатологии и детского питания, Гданьский медицинский университет, Фонд помощи хосписам в Гданьске

ОБ АВТОРЕ

Врач-педиатр с более чем 40-летней профессиональной практикой, преподаватель университета, педагог, в настоящее время на должности доцента Гданьского медицинского университета. Более 15 лет действует в хосписном движении паллиативной помощи детям. Преподаватель в области педиатрии, вакцинологии, коммуникации, специальной педагогики, психоонкологии, паллиативной помощи и волонтерской работы.
Личная жизнь: 35 лет в браке, двое профессионально независимых сыновей.
Хобби: горные прогулки, библиофильство, история и научная литература, поэзия, джазовая музыка, живопись и графика, садоводство.

Господи,
благодарения слагаю за шприцы с иглой толстой и тонкой как волос, каждый бинт, послушный компресс, благодарю за капельницы, минеральные соли, а более всего за снотворные с названиями как имена римских нимф, которые хороши, потому что просят, напоминают, заменяют смерть.

З. Херберт «Бревиарий» 1998 с. 7

Разговор о смерти – это всегда индивидуальное размышление, основанное на личном опыте, чаще всего связанным с наблюдениями за ближайшим окружением. Смерть человека завершает его жизнь и оставляет с чувством утраты тех, кто живет дальше. Связанная с этим грусть является потерей чьего-то присутствия в нашей жизни, важных отношений, нашего участия в них. Мы немного плачем над своим одиночеством, утратой части себя. Здесь не имеет значения возраст умершего человека (одинаково тяжело, если не сильнее) оплакиваем потерю ребенка, даже очень маленького. Не имеет значения продолжительность общего пути так же, как и степень близости, родства, глубины связи.

Как общество, мы структурно не подготовлены к потерям, участию в прощаниях, не справляемся с собственными эмоциями, не имеем выработанных защитных механизмов. Люди не готовы к ситуациям расставания, хотя потери являются неотъемлемой частью жизни каждого человека, являются условием ее развития. Проходя через новые этапы жизни, человек должен что-то потерять, чтобы что-то обрести. Так происходит в детстве, разделение с матерью в период вступления во взрослую жизнь, уход из безопасного семейного дома, чтобы создать собственную семью.

«Однако прощание всегда связано с болью, становясь для многих людей опытом одиночества и неуверенности. При получении жизненного опыта нам всегда будет это необходимо, и мы должны прощаться с тем, что нам нравилось, и что, как казалось, нам принадлежало. Каждую ночь мы прощаемся с днем, который был нам дан. Мы должны научиться отказываться от того, что приносит нам радость и удовлетворение, когда поймем, что это нужно для того, чтобы жизнь стала богаче и полнее. Иногда приходится прощаться с людьми, которые были нам близки. Можно даже сказать, что человек только тогда может взрослеть и вести полноценную жизнь, когда научится отпускать (…) Научись отпускать, даже плача. Научись прощаться, не оглядываясь назад», – советует молодым читателям Карл Ранер.

Образование в этой области основано на наследовании ценностей – семейных, религиозных, на наблюдении за поведением других людей в подобной ситуации. Давно укоренившиеся социальные структуры, такие как «Орден Доброй Смерти», общества, нацеленные на оказание помощи в чрезвычайных ситуациях, были заменены знаниями, получаемыми из лекций и СМИ, или мнениями опытных людей. Смерть по-прежнему является своего рода табу, темой, отодвигаемой подальше, в неопределенное будущее, сферой размышлений, переносимой на поздние годы жизни.

«Коль скоро люди не могут победить смерть, нищету, невежество, то, чтобы стать счастливыми, они решили об этом не думать» (Б. Паскаль). Педагог Юзеф Биннебесел говорит о некой амнезии современной педагогики, касающейся вопросов страдания, смерти и умирания. Трудно найти в современной педагогике работы посвященные смерти и умиранию. Воспитательный процесс проходит таким образом, будто проблемы смерти не существует вообще.

Повышение уровня выживаемости людей, прогрессирующие процессы старения высоко цивилизованных государств, способствуют сдвигу размышлений о смерти за пределы разума. Реабилитационные успехи у людей пожилого возраста способствуют усилению веры во всемогущество медицины и реабилитации. Укрепляют чувство безопасности и беспечности жизни. Эти процессы сопровождает эрозия религиозных чувств, соединение перспективы достойной жизни с перспективой достойной смерти как ее кульминации. Еще недавно наши предки пели в прощальной песне: «от скорой и нежданной смерти спаси нас, Господи». Сегодня большинство анкетируемых хронических

больных, пациентов пожилого возраста подчеркивают, что хотели бы умереть быстро, без боли, не обременяя близких, не сдаваясь на их волю, что касается опекунского ухода. Готовы ли современные люди в большей степени к перспективе вечности? Или может придают ей меньшее значение, сосредотачиваясь на граничных условиях допустимой легкости ухода. Сегодня в больнице проще получить таблетку от мучений, нежели обычное человеческое присутствие. Доступ к достижениям медицины стал повсеместным, но невооруженным глазом видно (благодаря опыту пациента), как сильно ухудшились отношения между исполнителями и получателями медицинских услуг.

Качество услуг? Их оказание лишено духовных и философских аспектов, многие встречи с пациентами и их близкими проходят безучастно, механически, практически на автомате. Пациент, к которому относятся таким образом, становится товаром, процедурой (более или менее выгодной) … в общем, проблемой. Преобладает спешка и экономия, которые мешают общению, чувство связи и близости/солидарности в беде. Святой отец Евгений Дуткевич, патрон моего хосписа, в одном из интервью говорил, что «мы не можем привыкнуть к той фазе болезни, которой является умирание». Понимаемая таким образом, смерть пациента является профессиональным поражением или даже неблагодарностью больного (предательством). В больничных разговорах мы можем уловить такие настроения: «несмотря на использование всех доступных средств…», «вопреки ожиданиям и убеждениям медицинского персонала…», «он определенно был слишком молод…», «у нее было такое лечение, что если бы она только боролась…», «не понимаю, почему…», «в этом возрасте не умирают…» и так далее. Приведенные комментарии/высказывания показывают профессиональное выгорание персонала, попытку дать объяснение чему-то, что невозможно объяснить. Косвенно профессиональное выгорание является также следствием недостаточного духовного образования (философского, религиозного, мистического, этического, экзистенциального).

Мы отделяем жизнь от смерти, живых от мертвых, как если бы они принадлежали разным мирам. А ведь это та же самая жизнь, только в другой ее фазе.

«Некоторые врачи и медсестры убегают от кроватей умирающих, как будто они сами находятся в опасности. Когда мы так поступаем, мы оставляем после себя пустоту, оставляя страдающего. (…)

Моя ответственность и надежда, которую я несу, не заканчиваются вместе с выписанным мной рецептом. Чтобы исполнить завет, я должен повернуться к собственному страху перед раком, собственному страху перед смертью и вернуться обратно к постели пациента. Пока смерть не разделит нас», – пишет Диана Комп в своей пронзительной книге о работе врача педиатра с больными детьми.

Персонал медицинских учреждений, особенно занимающихся умирающими людьми, должен обязательно заботиться о коммуникации с пациентом и его окружением, а также окружать этой особой заботой свои собственные знания о процессах, касающихся больного, и в долгосрочной перспективе каждого человека. У пациента, особенно тяжелобольного, находящегося под медицинской опекой, есть время для размышлений, когда он немного замедляет темп своей жизни. Сопровождающие люди могут поддержать его в этот период или же наоборот создавать препятствия в подведении итогов жизни.

Яцек Лучак добавляет: «это больные/умирающие – наши лучшие учителя». Поскольку пребывают в моменте уникального события (самого важного в их жизни) и это событие никогда не повторится. В этом смысле каждый участник (если сумеет быть объективным) чему-то учится. «Ничего не случается дважды и не случится, и по этой причине мы родились без сноровки и умрем без рутины», – заметила польская лауреатка Нобелевской премии Вислава Шимборска. Сопровождение больного в момент его ухода из жизни каждый раз учит медицинских работников профессиональному смирению. Это уникальный опыт поддержки, наблюдения за событиями с перспективы «присутствия в центре». Никакая другая профессия не позволяет с помощью опыта наблюдения подготовиться к собственному путешествию на Вершину Мира.

Этот конкретный урок человечества является одновременно привилегией «быть избранным, допущенным к тайне смерти», однако я верю, что события и люди, собравшиеся при чьем-

то умирании, это не дело случая, но глубокий выбор, касающийся присутствия/отсутствия конкретных людей. В основе понимания трудности умирания некоторых больных лежат их взаимоотношения с окружающими людьми и миром. Бывает, что пациент не может умереть, потому что ждет завершения старых дел, неоконченных разговоров, хочет решить какую-то проблему, попрощаться с близким человеком. Неслучайным является также выбор людей, сопровождающих больного в момент агонии. Иногда больной, чувствуя страх или страдания людей, не хочет, чтобы они присутствовали при его умирании.

«Самая большая помощь для пациента – это врач, который является добрым, заботливым, чутким и любящим человеком… Мировые научные системы не помогут человеку в его потребности так, как один живой человек, который не боится открыть перед ним свое сердце (…)

Я научилась тому, что нет ни одного умирающего человека, который бы не нуждался в любви, прикосновении и беседе», – писала Элизабет Кюблер-Росс.

Эта проблема в меньшей степени касается персонала хосписных учреждений, где по определению акценты положены на пребывание рядом с больным, «не обещающим выздоровления». Здесь проблемой бывает убедить окружение больного о прогрессирующем неотвратимом процессе, и осознанное участие семьи в происходящих процессах. Близкие больного, часто не соглашаясь с полученной информацией и предупреждениями, вытесняют их из своей памяти.

Можно сказать, что общество в целом, а медицина в частности отвергли и оттеснили проблему смерти как повсеместное явление. Тема смерти исчезла из разговоров в семье, школе, а для СМИ является событием, только когда превысит существенное, беспокоящее воображение количество или касается кого-то значимого. Может в эпоху всеобщего успеха мы не в состоянии принять ситуации потери, беспомощности, слабости, зависимости от других.

У каждого из нас есть проблема бессилия, недостатка навыков в искусстве сопровождения умирающих. И можно ли вообще научиться правильности, поведению, основанному больше на знаниях, чем на интуиции?

Мать Тереза описывает одну старушку, которая из-за сильного истощения была близка к смерти: «Я сказала сестрам: позаботьтесь об остальном, о ней я позабочусь сама. Я была почти готова уложить ее в постель, когда она взяла меня за руку и на ее лице появилась улыбка, сказала только «спасибо» и умерла. Уверяю вас, что она дала мне гораздо больше, чем я дала ей. Она отдала мне свою благодарную любовь. Я смотрела на ее лицо несколько мгновений, спрашивала сама себя: что бы я сделала в этой ситуации?»

Я думаю, что самый трудный опыт участия – это сопровождение близких в момент их смерти. Нет больше научных званий, выполняемых функций, объема знаний – только ощущение бессилия, беспомощности, простого человеческого бунта и неописуемой боли. Моих родителей давно нет в живых, но, несмотря на прошедшее время, я до сих пор помню детали их смерти. Особенно внезапная смерть моего отца от инфаркта, неэффективная реанимация, ожидание врача скорой помощи, который подтвердил смерть. Хоть и прошло 25 лет, эти сцены будут в моей памяти до конца жизни. Я часто говорю своим студентам, что смерть и умирание близких – это жестокая цена нашей профессии. Осознание происходящих изменений, по-настоящему глубокие знания о наблюдаемых явлениях, страх перед неизбежным – это наиболее трагичные профессиональные моменты, к которым, наверное, нельзя подготовиться. Здесь компетентность вступает в конфликт с привязанностью, разум борется с чувством, желание помочь с ощущением безнадеги, решимость спасать с опытом и осознанием последствий.

Утрата человека приносит страдания независимо от возраста, должности и, вероятно, печалит как врача, так и пациента. Общность переживаний выходит за рамки профессионального, в чем я убедился во время лекций о переживании траура по близкому человеку. Описанные механизмы являются удивительно общими, длятся одинаково долго, все объяснено, названо, разделено на этапы. Однако, что с того, если каждый переживает утрату по-своему, каждый должен закрыть свой собственный раздел жизни, переоценить все и посчитать потери. Поэтому у врачей тоже есть личные переживания, раны и шрамы от них. Я тоже ношу в себе воспоминания о добрых прощаниях с больными и такие, к которым, спустя годы, не хотел бы возвращаться. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабарыко А. Линия горизонта. – Краков: Издательство «А5» К. Крыницка, 2004.

2. Барбус А. Карта прав умирающего // Американский журнал сестринского дела. – 75 № 1. – 99–100.

3. Биннебесел Ю. Мысли о религиозной педагогике / Ю. Биннебесел, Д. Кшижановски // Всеобщее обозрение. – 2017 – № 11. – С.11–17.

4. Бреан Ж. Танатос – Врач и больной перед лицом смерти. – Варшава: Издательство «Анчер». – 1993. – С.24–37.

5. Де Вальден-Галушко К. Психоонкология в клинической практике. – Варшава: Издательство «ПЗВЛ». – 2011.

6. Доброчиньски Б. Небо на ладони // Письмо октябрь. – 2008. – С.10–15.

7. Иоанн Павел II Здравоохранение и общество. – 17.11.2000.

8. Комп Д. М. И ребенок будет ее нести: дети больные раком учат как не терять надежду. – Варшава: Издательство «Вербиниум». – 1997. – С.84.

9. Кюблер-Росс Э. Животворящая смерть. – Издательство «Книжная лавка святого Войчеха». – 1998.

10. Лучак Я. От культуры смерти до культуры умирания // Связь. – февраль. – 1999.

11. Мать Тереза Все начинается с молитвы. – Варшава: Издательство «Прушиньски и С-ка». – 1999. – С.40–41.

12. Мать Тереза Избранные мысли. – Издательство «Знак». – 2008. – С.88.

13. Наш Папа Римский – Страдание // Газета выборча. – 2006. – № 14.

14. Немечек М. Блаженны плачущие. – Варшава: Издательство «Салезианское». – 2001. – С.14.

15. Ранер К. О сегодняшней возможности веры. – Краков: Издательство «Знак». – 1983. – С.96.

16. Ранер К. Моя проблема. – Врашава: Издательство «РАХ». – 1996. – С.116.

17. Тишер К. О болезни Иоанна Павла II // (в:) Записки кармелитов. – 2006. – С.13.

18. Франчик Я. Л. Врата смерти. – Краков: Издательство «ВАМ». – 2007.

19. Херберт З. Эпилог бури. – Издательство «Нижнеселезское». – 1998. – С.7.

20. Шмитт Е. Е. Оскар и Розовая Дама. – Краков: Издательство «Знак». – 2005.

СИЛА ДИАЛОГА

Александра СЕКЕЖИЦКА,
Университет Николая Коперника в Торуни, Психология, 1 курс

Межличностная коммуникация присутствует во всех сферах нашей повседневной жизни. Небольшие покупки в местном магазине, поездка на поезде, участие в международной конференции – в каждой из этих ситуаций пригодятся так называемые мягкие навыки.

Несмотря на то, что общение с другими является для человека естественным, это не всегда просто. Более того, бывают места и ситуации, в которых чаще, чем во всех остальных это общение дополнительно затруднено. Одним из таких мест является больница.

Почему именно больница? Потому что именно там настоящий котел эмоций – как позитивных, так и негативных. Это там встречаются люди из всех социальных групп. Это там можно наблюдать множество коммуникационных барьеров, не всегда зависящих от медицинского персонала или пациента. Это там постоянная спешка и нехватка времени, а иногда даже отсутствие желания создать атмосферу взаимного доверия.

Одной из проблем в коммуникации «медицинский работник – пациент» является использование персоналом специализированного языка.

– Сегодня был стул? – спрашивает врач во время обхода.

– Приходил какой-то мужчина, но не представился.

Приведенный анекдот очень популярен в Интернете. Он вызывает смех. Однако смешно это лишь до того момента, пока человек не столкнется с больничной действительностью, в которой такие диалоги действительно происходят. Более того, такие недоразумения могут оказывать влияние на процесс лечения, применяемые терапевтические методы, и в конечном итоге – на состояние здоровья пациента. Вот один из примеров:

– Болит?

– Да. Здесь, внизу живота.

– Спазмы?

– Нет.

– Диурез?

– Нет.

Эта беседа происходила в отделении патологии беременности. Информация о неотхождении мочи – существенна. Однако данная проблема как будто не касалась пациентку. Слово «диурез» было для нее просто непонятным, звучало как болезнь. Поэтому, поскольку никто ранее не «диагностировал» у пациентки диуреза, то он ее не касался.

Хотя общеизвестно, что медицинская лексика звучит непонятно для среднестатистического человека, то однако в больничных условиях, когда общение с больным переплетается с беседами с коллегами, медицинские работники часто, несмотря на старания, легко об этом забывают. Поэтому нужно обеспечить пациенту возможность свободного задавания вопросов, изучения, поднятия тем.

«Два монолога не рождают диалог» – эти слова, автором которых является Джефф Дейли, часто удачно иллюстрируют обмен мнениями, который трудно назвать диалогом между пациентом и медицинским персоналом.

– Я боюсь.

– Вам нечего бояться. У нас хорошее оборудование и лучшие специалисты. Больно не будет. Мы дадим вам обезболивающее.

– Я боюсь оставаться в больнице.

– Кровати у нас удобные, а еда вкусная. Не переживайте.

– Вы не понимаете.

– Понимаю, но, правда, не нужно бояться оставаться в больнице.

– Я боюсь из-за того, что дома маленькие дети, а мой муж не умеет готовить.

Зачастую то, что для медицинского персонала кажется наиболее важным, для пациента таким не является. И наоборот – то, что для медика будет мелочью, для больного может представлять проблему высокого ранга.

Правильный диалог, на мой взгляд, имеет ключевое значение в отношениях между медицинскими работниками и пациентами. Благодаря такому диалогу можно не только выполнять свои служебные обязанности, одной из которых является передача пациенту информации о состоянии его здоровья, но также помочь ему преодолеть страх, стимулировать на выполнение рекомендаций специалистов. Все это, в свою очередь, отражается на течении терапевтического процесса.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Поэтому любое, даже на первый взгляд незначительное, болезненное состояние оказывает влияние на все три вышеперечисленные сферы жизни, как правило, вызывая дискомфорт. Медицинский персонал должен помнить об этом при общении с каждым пациентом и соответствующим образом корректировать как содержание, так и форму своих сообщений.

Другим важным аспектом является невербальная коммуникация. Зрительный контакт, о котором так легко забыть, погрузившись в документы или разговаривая с пациентами-детьми, является чрезвычайно важным и формирует чувство безопасности. Все жесты и уделенное пациенту время здесь на вес золота. Рукопожатие или искренняя улыбка часто напоминают пациенту о том, что это не только его болезнь и, что именно он здесь является важным. ■

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

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

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

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

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

Реклама.

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

seni®

средства ухода

за тяжелобольными людьми

Super Seni

подгузники для людей с недержанием мочи

Seni Care

косметические средства для ухода за кожей подверженной риску образования пролежней и опрелостей

Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация.

Вы можете приобрести книгу в интернет-магазине Gigienashop gigienashop.ru 8 (800) 301-03-07 (Звонки по России бесплатные)

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)

www.seni.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

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