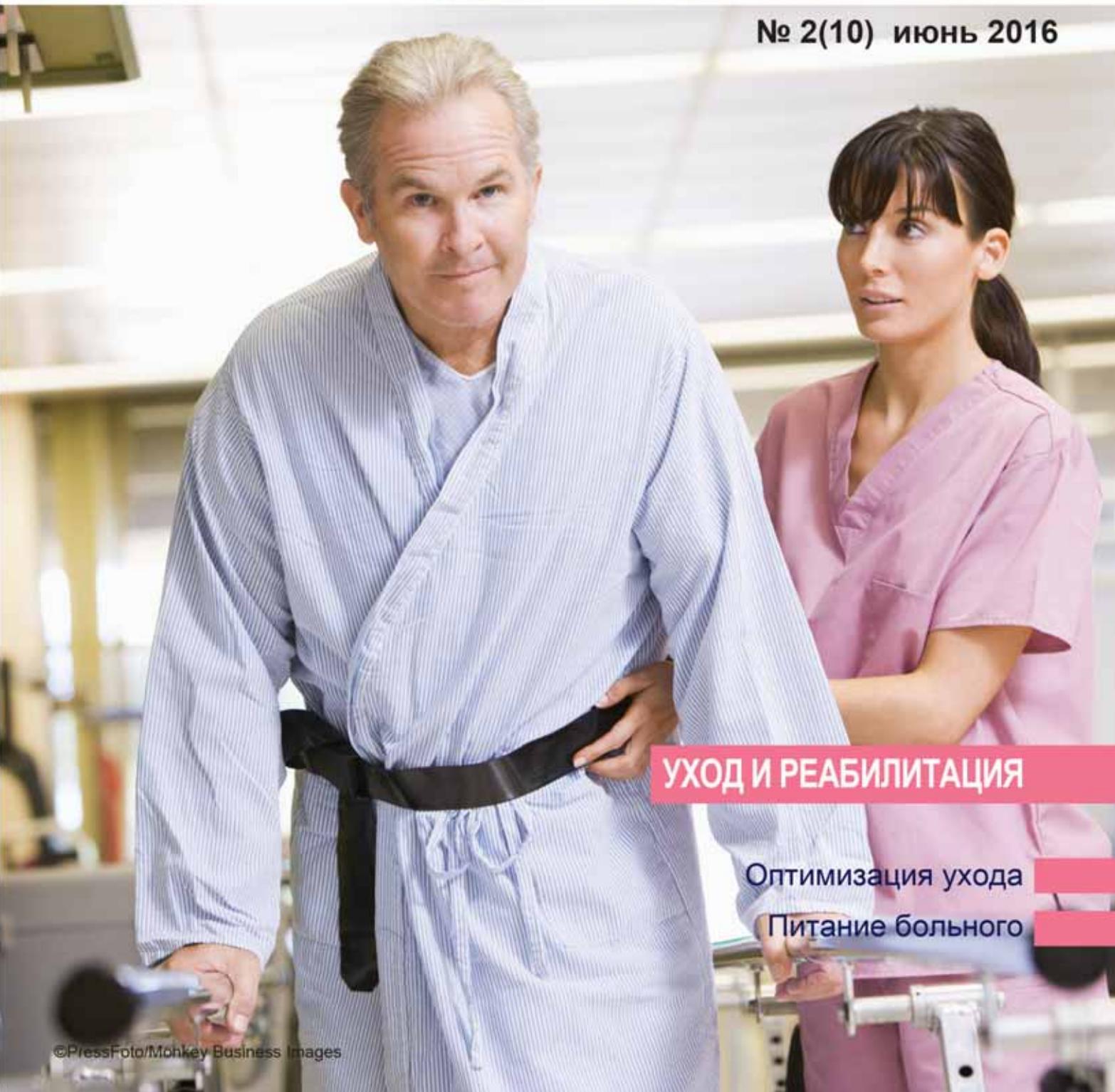


дом дому

ISSN 2312-5713

Долгосрочной Опеки

№ 2(10) июнь 2016



УХОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Оптимизация ухода

Питание больного



НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



Дышащий внешний слой

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



Нейтрализация неприятного запаха

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



Эластомерная пряжа без латекса

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



Повышенное чувство сухости

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



Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор в зависимости от индивидуальных потребностей.



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Учредитель:

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

Юридический адрес:

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

Редакция:

Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

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

Адрес для писем и обращений:

115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
№ ГИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Тираж 1200 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО «Издательство «Перо»
109052, г. Москва,
Нижегородская ул., дом 29-33,
строение 27, офис 105

Верстка и редактура:
ООО «Издательство «Перо»
www.pero-print.ru
e-mail: info@pero-print.ru
Тел.: +7 (495) 973-72-28, 665-34-36

форум

Номер 2 (10) июнь 2016 г.
Подписано в печать 03.06.2016 г.
Выход в свет 14.06.2016 г.

Использованы статьи из журнала
«MEDI Форум Долгосрочной Опеки»
Фонда «Вместе меняем мир»

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

Дорогие друзья!

Летний номер Форума долгосрочной опеки посвящен долгосрочному уходу за пожилыми и тяжелобольными людьми. Специалисты долгосрочного ухода из разных стран делятся опытом активной реабилитации, опытом организации ухода за пожилыми людьми в рамках благотворительных проектов и организации их проживания в жилищных общинах. В номере – несколько статей о программном обеспечении, которое позволяет легко планировать и совершать закупки средств по уходу, контролировать расход и – что особенно важно – экономно их использовать. Опытом знакомства с проектом оптимизации использования средств по уходу делится представитель одного из учреждений долгосрочной опеки в Москве.

Выражаем искреннюю благодарность сотрудникам Благотворительного фонда «Семейный центр», ГБУ ПНИ № 30 г. Москвы, написавшим статьи для этого номера.

Приглашаем специалистов долгосрочной опеки делиться своим опытом на страницах нашего журнала. Ждем ваших писем и звонков!

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

РЕАБИЛИТАЦИЯ

- 6** Бжешчинска Н.
Активная реабилитация – это эффективно
- 8** Иващенко И.Г.
Особенности «Золотого возраста»
- 11** Десенфант К.
Поддержка пожилых людей и уход за ними в жилищных общинах в Германии
- 13** Фельцманн С.М.
Холистический уход за людьми с хроническими заболеваниями

ОПТИМИЗАЦИЯ УХОДА

- 17** Хромински П.
Инконтиненция и преодоление табу благодаря новым технологиям
- 19** Куява Р.
Seniomat.pl – путь в современность, или один день из жизни медсестер
- 22** Филаткина Н.В.
Иновационные технологии в работе среднего медицинского персонала в уходе за тяжелобольным

УХОД И ПИТАНИЕ

- 25** Лукавска Б.
Достоинство в болезни
- 28** Тылюс Д.
Ассертивность — профессионализм в отношениях с подопечным
- 31** Фабишевска А.
Искусственное питание
- 33** Вжос Е.
Активизация пациента с деменцией в домашних условиях
- 35** Сковроньски В.
Физическая активность и спорт для лиц с умственной отсталостью
- 37** Вихарева Т.Н.
Seni Cup – 2016

Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

- наборы перевязочных средств
- процедурные наборы
- наборы для проведения операций
- наборы одноразовых инструментов

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ **безопасность**

- гарантия микробиологической чистоты
- минимизация риска заражений
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки

■ **комфорт в работе**

- нет необходимости комплектовать, упаковывать, стерилизовать
- наборы имеют этикетку типа TAG

■ **экономия**

снижение затрат:

- на приобретение нестерильного материала
- на упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс



БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ООО «БЕЛЛА Восток»,
тел.: +7 (495) 726-55-25
www.matopat.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

АКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – это эффективно

Наталья Бжешчинска,
сотрудник Фонда активной реабилитации, Польша

Понятие активной реабилитации появилось в Польше в 80-х годах благодаря некоторым людям с ограниченными двигательными возможностями, которые решили организовать первый в то время Лагерь активной реабилитации для людей с ограниченными двигательными возможностями. Это произошло в 1988 году.



В работе лагеря принимали участие 12 шведских и 18 польских инструкторов. В нем участвовали 30 поляков, подобранных таким образом, чтобы в будущем они сами могли стать инструкторами. Эти люди стали инициаторами создания группы активной реабилитации в Польше. В том же году был создан **Фонд активной реабилитации – ФАР**.

Деятельность Фонда активной реабилитации главным образом направлена на людей, передвигающихся на инвалидных колясках. Среди членов и бенефициаров Фонда можно встретить людей с повреждениями спинного мозга, с различными типами пареза нижних конечностей,

людей со спинномозговой грызой, а также людей с ДЦП. На сегодняшний день инструкторы и волонтеры Фонда помогли тысячам людей вернуться к нормальной жизни.

В Польше повреждениям спинного мозга подвергаются в среднем 3 – 4 человека ежедневно. Причины разные: дорожно-транспортные происшествия, прыжки в воду, несоблюдение правил безопасности на рабочем месте и др. ФАР является мостом между больницей и домом, который эффективно помогает людям с ограниченными возможностями примириться с их физическими ограничениями и научиться функционировать по-новому.

Программа активной реабилитации выглядит следующим образом:

НАБОР

Инструкторы активной реабилитации – чаще всего тоже люди с ограниченными возможностями, передвигающиеся на колясках. Они самостоятельно посещают больницы и реабилитационные центры. Они стараются привлечь пациентов с повреждениями спинного мозга к физическим упражнениям и активной реабилитации, предлагают принять участие в организованных ФАР подготовительно-реабилитационных лагерях, одновременно обучают и медперсонал с методиками и принципами активной реабилитации.

ВВЕДЕНИЕ

В подготовительно-реабилитационных лагерях первого уровня, так называемых ознакомительных лагерях, передаются практические навыки и информация, необходимые в дальнейшей жизни. Участники учатся в том числе самостоятельно пересаживаться на коляску и спускаться с коляски, одеваться и раздеваться, передвигаться по дому и по городу, принимают участие в спортивных занятиях (техника езды на коляске, трудосберегающий тренинг, стрельба из лука, настольный теннис, плавание).

ПРОДОЛЖЕНИЕ

На помощь Фонда подопечные могут рассчитывать не только во время работы лагерей. Координаторы ФАР ведут региональные бюро и обучающие группы. Следующими элементами программы Фонда является специализированное обучение – компьютерные курсы, дающие людям с ограниченными возможностями основы для будущего обучения и работы, а также обучение для медперсонала и вспомогательных служб.

Качество жизни человека после прохождения обучения активной



реабилитации несравненно выше, чем без него. Это естественным образом отражается на объективных вопросах, связанных с расходами на ее финансирование. Многие люди благодаря деятельности ФАР вернули или обрели работу, получили водительские права, что повлияло на повышение самостоятельности или начало самостоятельной жизни. В Великопольше Фонд также работает в течение многих лет.

В реабилитации можно использовать и такие занятия, как:

- регби;
- обучающие занятия по технике езды для детей, молодежи и взрослых. Занятия проходят в Познани, Пиле и Тшчанке.

Занятия для детей и молодежи проходят в рамках проекта «Комплексная общественная активизация детей в возрасте 4 – 16 лет, передвигающихся на инвалидных колясках».

Одним из инициаторов регби на колясках в Великопольше был Мачей Наперальски, который в 1997 году освоил принципы этой игры, а затем растростворил игру в Польше. Это игра, предназначенная для людей с тетраплегией.

Инструкторы Фонда, кроме проведения лагерей и занятий, дают советы по вопросам индивидуального подбора реабилитационного

оборудования для людей с ограниченными двигательными возможностями.

В 2012 году Фонд активной реабилитации проводил кампанию «Полноценные и активные», целью которой было предотвращение дискриминации людей с ограниченными возможностями и пропаганда их

общественной реинтеграции. Частью кампании была акция «Фреска», в рамках которой участники рисовали крупноформатные картины на тему неполноценности на стенах разных зданий в нескольких городах Польши. Картины должны были представить людей с ограниченными возможностями на разных этапах отношений.

Деятельность Фонда показывает, что люди с ограниченными двигательными возможностями, подвергшиеся аварии, не хотят оставаться пассивными. Они хотят как можно скорее вернуться к наибольшей самостоятельности, которая является возможной при данном повреждении спинного мозга. Цель спортивных мероприятий – подготовить человека, находящегося в коляске, и морально поддержать его. Если такой человек чувствует, что у него есть цель, то есть шанс, то этот человек как можно скорее вернется к нормальной жизни, в школу, на работу, найдет вторую половину, таким образом облегчит жизнь семье и самому себе. Целью ФАР является активизация человека с ограниченными возможностями во всех отношениях и способствование его возвращению к прежнему образу жизни в кратчайшие сроки. ■



ОСОБЕННОСТИ «ЗОЛОТОГО ВОЗРАСТА»

Ирина Григорьевна Иващенко,

руководитель программы «Уход на дому», Некоммерческая организация Благотворительный фонд социальной поддержки «Семейный центр», г. Ростов-на-Дону, Россия

В рамках еврейских благотворительных программ Некоммерческой организации Благотворительный фонд «Семейный центр» постоянно функционирует программа «Уход на дому». Стаж у этой программы довольно большой: на протяжении 17 лет мы осуществляем физическую, социальную и моральную поддержку клиентов фонда, что позволяет им вести более независимый образ жизни как в своём доме, так и вне его.



Всё это, конечно же, существенно повышает качество жизни и самооценку подопечных фонда. Улучшение морального, психологического и физического состояния каждого подопечного – это наша общая с ним победа, чем мы по праву гордимся! Позитивные изменения в жизни пожилых людей, как объективные (наличие социальных контактов, обстановка в семье и т.д.), так и субъективные (самочувствие клиента, его оценка жизни и удовлетворение потребностей), формирование новых потребностей в творчестве, самодеятельности, общении, в заинтересованном взгляде на происходящее вокруг – всё это

свидетельствует о том, что был выбран верный путь к более разнообразной и полноценной жизни.

Услуги по уходу на дому, выполняемые нашими работниками, включают в себя следующие блоки:

- персональный уход и наблюдение.

Блок включает в себя: оказание помощи клиентам в одевании и приёме пищи, приёме лекарств, поддержании личной гигиены; помочь при передвижении; наблюдение за состоянием здоровья клиента;

- оказание помощи при выполнении инструментальных повседневных бытовых действий.

Блок включает в себя: наведение порядка, уборку, стирку, приготовление пищи, сопровождение клиента вне дома, покупку продуктов и лекарств;

- общение с клиентом.

Блок включает в себя: беседы с клиентом, психологическую помощь клиенту и его семье.

Помогая нашим клиентам, мы придерживаемся принципов:

1. Помоги жить достойно! Не на вреди!

2. Сохрани, поощри и восстанови самостоятельность клиента (не подменять его в том, что он может сделать сам, а лишь помогать в том, что он сам совсем не может сделать).

3. Забота о личной безопасности клиента во время оказания ему ухода, в том числе посредством создания соответствующих условий в его квартире.

4. Создание отношений доверия и взаимного уважения между работником по уходу и клиентом.

5. Внимание к переменам в состоянии здоровья клиента, к его личным, социальным и семейным обстоятельствам и регулярное информирование о них руководителя программы.

6. Внимание к предпочтениям, привычкам и потребностям клиента.

В рамках программы «Уход на дому» дополнительно (по мере необходимости) реализуются следующие направления:

- стрижка, массаж, маникюр и педикюр на дому у клиента. Программа позволяет подопечным поддерживать себя достойным образом, что формирует позитивное отношение к себе и окружающим;

- проект «Сохранение памяти». Он направлен на работу с клиентами на ранней стадии болезни Альцгеймера.

Осуществляя уход за подопечным, мы учтываем изменения, которые происходят с возрастом, в том числе физиологического характера: ухудшение слуха, зрения, ухудшение работы рецепторов, отвечающих за обоняние, изменения в мочевыделительной системе, пищеварительном тракте и т.д.

Параметры ухода, спектр услуг определяются исходя из результатов функциональной диагностики. Её проводят специалисты БФ «Семейный центр» с учётом дальнейшей разработки индивидуального плана ухода для **каждого конкретного клиента**.

Сотрудники программы «Уход на дому» (патронажные работники по уходу на дому) оказывают помощь согласно составленному плану.

Специалисты программы «Уход на дому» с определенной периодичностью проверяют качество работы патронажного работника и одновременно отслеживают изменения в функциональной диагностике клиента.

Все работники программы «Уход на дому» прошли специальное обучение, направленное на осуществление профессионального ухода за клиентами фонда – как малоподвижными, так и лежачими, нуждающимися в постоянном уходе.

В ходе нашей работы мы сталкиваемся с некоторыми проблемами. Одна из наиболее часто встречающихся – бытовой травматизм, ведь именно травматизм занимает одно из первых мест среди причин смерти в старости.

Причинами падения могут служить факторы, на которые наши клиенты часто просто не обращают должного внимания:

- поскользнулся на мокром полу (на коврике, на жирном полу);
- зацепился за дорожку (небольшой коврик, за края, за загиб, за сморщененный коврик, порог);
- головокружение.

Приходится обучать наших клиентов азам поведения пожилого человека: как правильно вставать с постели; что делать при обезвоживании, при понижении давления, когда кружится голова; как правильно принимать лекарства.

Как правильно вставать с постели:

- 1) сесть в постели, не опуская ног (глаза открыты, 1 мин.);
- 2) опустить ноги вниз и сидеть (1 мин.);
- 3) встать и постоять (1 мин.), а затем начинать ходить медленно (2 мин.).

Как правильно принимать лекарства:

1. Нельзя принимать лекарства на ходу. Надо сесть и оставаться в сидячем положении 10 – 15 минут.

2. В начале употребления нового лекарства нужно оставаться в покое в течение 20 – 30 минут.

3. Необходимо помнить, что существуют лекарства, которые вызывают резкое снижение давления:

- сосудорасширяющие;
- противоастматические;
- антиаритмические;
- все успокоительные и снотворные.

Мы также напоминаем своим клиентам о том, что:

- плохое освещение способствует плохой ориентации и травмам;
- плохое зрение, грязные очки могут также стать причиной травмы;
- некоторые травмы связаны с ожогами, нужно быть аккуратными с горячей водой в кране, горячим чаем;

- неправильно подобранная обувь – это серьезная причина падения;
- беспорядок в доме – загромождение, захламленность, наваленные старые вещи – травматичен;
- будьте осторожны с качающимися табуретки и стульями, поврежденной электропроводкой, плохо закрепленными розетками, оголенными проводами;

- в ванне и в душе падение особенно тяжелое. Будьте осторожны, находясь на скользкой и влажной поверхности. Существуют резиновые коврики на присосках, которые кладут в ванную, – на них нельзя поскользнуться. Необходимо опираться о поручни;

- будьте осторожны на кухне с ножами, чтобы не порезать руки;

- помните о возможности пищевого (испорченные продукты) и лекарственного (просроченные лекарства) отравления; об отравлении бытовой химией;

- не забывайте выключать газ, помните о возможности взрыва при невыключенном конфорке.

Невыполнение этих элементарных правил может привести к такой сложной травме, как перелом шейки бедра.

Симптомы, указывающие на перелом шейки бедра:

1. Боль.

Боль не резкая. При попытке движения боль становится сильнее и концентрируется в паху. Боль усиливается, если попробовать легко постучать по пятке ноги, в которой предполагается перелом.

2. Несестественное положение и укорочение конечности. Сломанная нога немного повернута наружу. Это можно заметить по стопе. Происходит относительное укорочение примерно на 2 – 4 см, потому что кость сломалась, и мышцы, сокращаясь, подтягивают мышцу ближе к тазу.

3. Отёк, гематома – относительные признаки перелома.

При наличии всех этих симптомов необходимо вызывать «скорую помощь» и при возможности уложить больного в кровать. Если такой возможности нет, необходимо создать комфортные условия для пострадавшего (укрыть теплым одеялом).

При диагностировании перелома шейки бедра предполагается несколько вариантов лечения:

А) госпитализация с последующей операцией и лечением (при хорошем исходе операции больного ставят на ноги через несколько дней после операции);

Б) консервативное лечение в больнице;

В) организация ухода на дому.

При переломе шейки бедра человек становится малоподвижным. Длительное лежание в постели тоже очень опасно. Оно может вызвать:

– пролежни, запоры, инфекции мочевых путей, воспаление легких;

– депрессию;

– тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей, тромбозы, приводящие к смерти, контрактуры и неподвижность в суставах.

Правила ухода за подопечным с переломом шейки бедра:

1. Подходить к подопечному со здоровой стороны.

2. Нельзя переворачивать подопечного на больную сторону.

3. Переворачивать больного нужно медленно, одновременно удерживая большую ногу по всей длине (одна рука – в верхней области ягодицы, а другая рука – в боковой области коленного сустава). Здоровую ногу согнуть в колене и поворачивать одновременно обе ноги. Между ног в области коленного сустава необходимо положить валик из полотенца или небольшую подушечку.

4. Обе ноги в любом положении подопечного (лежа на спине, или на боку) должны принять анатоми-

ческое положение, т.е. туловище и большая нога должны образовывать прямую линию.

5. В области пяток, коленных суставов необходимо положить мягкую небольшую подушку или мягкий валик, для того чтобы уменьшить давление и тем самым исключить вероятность образования пролежней.

Типичные места появления пролежней:

- локтевые и плечевые суставы, по косточкам, по краю кисти;

- тазобедренные суставы, лопатки, вдоль позвоночника;

- на ногах в районе обеих kostочек, по краю стопы, на пятке и пальцах, на ухе;

- под гипсом.

Риск появления пролежней возрастает при неподвижности, инфекционных заболеваниях, высокой температуре, в случае недоедания, недостаточного потребления жидкости, при несбалансированном питании (недостаток белков и витаминов). Несоблюдение правил гигиены, общая ослабленность организма и недостаточная подвижность, скомканые простыни и крошки в постели также повышают риск возникновения пролежней.

Пролежни появляются вследствие плохого ухода. Для профилактики пролежней необходимо как можно чаще менять положение тела в постели (не реже чем через каждые два часа), кожу поддерживать в чистоте, используя специальные средства: моющий лосьон, не требующий смывания, с нейтральным фактором pH = 5, влажные салфетки и т. д.

Использование одноразовых подгузников и пеленок не только облегчает уход за подопечным, но и, в первую очередь, создаёт более комфортные условия для больного, уменьшая риск возникновения пролежней (но только при условии правильного ухода). Подгузник необходимо менять каждые 6 – 8 часов, используя при этом специальные средства под подгузник – защитные кремы. Если подопечный может самостоятельно или пользоваться помощью патронажного работника контролировать мочеиспускание и дефекацию, днём можно использовать судно, утку или обычную небольшую баночку для физиологических отправлений и только ночью пользоваться подгузником.

Для улучшения качества обслуживания подопечного, более комфортного пребывания подопечного в постели и для дальнейшей реабилитации очень важно использовать разнообразное реабилитационное оборудование: подголовник, веревочную лесенку, многофункциональную стойку, противопролежневый матрас, судно, утку, ходунки, трость, кресло-туалет и другие средства. ■



ПОДДЕРЖКА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И УХОД ЗА НИМИ В ЖИЛИЩНЫХ ОБЩИНАХ В ГЕРМАНИИ

Клер Десенфант (Claire Dèsenfant),

Германия

Нет ни малейшего сомнения в том, что пожилые лица, которые нуждаются в помощи, продолжают иметь право на самостоятельное распоряжение своей жизнью. Нужно уважать это основополагающее право, право на самоопределение. Пожилые люди должны получать столько поддержки, сколько они сами того желают, так как каждый человек принимает решения в своей жизни. Этот гуманистический принцип, связанный с уважением своеобразия других, особенно важен и обязателен в случаях слабоумия. Слабоумие – это одна из тех болезней, которой большинство людей боится. Деменция в нашем обществе демонизирована, а жизнь затронутых этой болезнью людей, кажется, утрачивает ценность. Мы слышим, что «деменция – это смерть, которая не забрала с собой тело». Я яростно борюсь с такой позицией. Искусственная челюсть в стакане может возбуждать отвращение, но не оскорбляет и не создает угрозы обществу.

По моему опыту, уважение других лиц и их свободы кажется более легким для достижения в жилищных сообществах, чем в конвенциональных учреждениях по уходу, в которых от 20 до 30 человек живут вдоль одного длинного коридора, и уход за которыми осуществляется в соответствии с графиком.

Понятие жилищного сообщества не регулируется законом, по крайней мере, в Германии. Под этим понимается форма проживания, при которой, по крайней мере, три человека, которые не являются родственниками, живут вместе. Эта форма в течение десятилетий применялась студентами по финансово-

В Германии в середине 90-х появились специальные модели долгосрочного ухода за лицами, страдающими деменцией, и их поддержки в виде формы проживания, приближенной к проживанию с семьей. Эти формы проживания названы «жилищными группами» или «жилищными сообществами». В 2000-м году я начала интересоваться этой моделью, и это продолжается до сих пор. Я организовывала и такие сообщества и руководила ими, а теперь я поддерживаю других лиц и организации в этой деятельности.



вым соображениям или как сознательная альтернативациальному проживанию. У нас с середины 90-х годов мы наблюдаем рост популярности этой модели среди пожилых людей, которые или не хотят жить сами, или нуждаются в уходе и поддержке, но не заинтересованы в проживании в учреждении по уходу и хотели бы самостоятельно организовывать свою жизнь.

У нас нет точных статистических данных, касающихся этой относи-

тельно новой формы поддержки пожилых лиц и ухода за ними. В Берлине число жилищных сообществ пожилых людей оценивается от 500 до 600. По всей стране эти цифры выглядят очень по-разному. В соответствии со статистическими исследованиями 2011 года, 64000 человек старше 65-лет живет в сообществах. Это на 93 % больше, чем в 1996 году. Из этих 64000 лиц, которые живут в сообществах, 28000 – мужчины (+250 % по отно-



шению к 1996 году), а 36000 – женщины (+50 % по отношению к 1996 году). Скорее всего, эта тенденция не будет уменьшаться. Тем не менее, жилищные сообщества останутся нишней в системе ухода за пожилыми людьми.

Жилищные сообщества были основаны прежде всего с целью поддержки лиц, страдающих деменцией, и организации ухода за ними, так как именно данная форма особенно полезна для этого круга лиц. Замечено, что течение болезни в таких случаях замедляется: соматические проявления деменции появляются позднее, и эта поздняя фаза болезни ограничивается только периодом, проявляющимся недолго перед смертью.

Жилищные сообщества могут организовываться как товарищества или по инициативе семьи и родственников. Целью качественно хорошего жилищного сообщества является создание условий по образцу жизни в семье и поддержка участия жильцов в этой жизни. Под участием мы понимаем здесь как

участие лиц с деменцией в жизни нашего сообщества, так же и участие окружения в жизни лиц, затронутых деменцией. А значит, мы не стигматизируем лиц с деменцией. Они включаются в нормальную ежедневную активность жилищного сообщества, тем самым усиливается их чувство собственного достоинства.

Принятие решений самими людьми об их собственной жизни является очевидностью. Искусственно проводимая терапия в виде активизации теряет в таком случае смысл, поскольку активизация автоматически становится частью ежедневных занятий. Этот вызов состоит в том, чтобы действия, которые и так должны быть в любом случае выполнены, выполнять вместе с жителями сообщества. Это сотрудничество может быть в совместных беседах, тренировках памяти или в других формах занятий.

Одновременно это удобная форма для членов семей, которые чувствуют себя ответственными за своих болеющих деменцией родителей: они могут быть с ними, посещать их при этой новой форме проживания, не имея проблемы ответственности за них круглые сутки.

Большинство жилищных сообществ интегрировано со своим окружением так, чтобы сотрудничество при уходе не ограничивалось только профессиональным персоналом и родными, но охватывало также социально активных граждан. Таким образом, люди с деменцией участвуют в общественной жизни.

Жилищные сообщества в Германии отличаются друг от друга как правовой структурой, так и размером и организационной концепцией. Большинство из них – это амбулаторные учреждения. Это означает, что необходимые медицинские процедуры выполняются сотрудниками амбулаторных служб. За уход в течение дня ответственные сотрудники, которым могут помогать лица, ведущие домашнее хозяйство. Родственники или волонтеры также, помогают или в соответствии с установленным графиком, или выполняя специальные задания.

В сообществах живут чаще всего от 8 до 12 человек. Совместное проживание в сообществе, которое насчитывает большее количество лиц, является трудным для больных деменцией. С экономической точки зрения было бы эффективнее, если бы вместе проживало большее количество лиц, однако с точки зрения на концепцию этой формы ухода лучше, когда их живет вместе меньше. Модель, существующая в Фрайбурге (Freiburg), товарищество *Wohngruppen für Menschen mit Demenz* («Жилищные группы для лиц с деменцией»), в котором я работаю как волонтер, рекомендует, собственно, с этой точки зрения 10 – 12 мест.

В жилищных сообществах лиц с деменцией могут проживать и лица, требующие более интенсивного ухода. Их участие в жизни сообщества активно, даже если это лежачие больные и их нужно перевозить на кровати в общую комнату для участия в жизни дома. Даже если они не могут активно участвовать в ежедневной жизни сообщества, они пассивно в ней присутствуют – слушают, смотрят, чувствуют запахи. Всегда к ним кто-то может подойти, подержать за руку или погладить.

Жизнь в таком сообществе стоит около от 2500 до 3600 евро в месяц. В Германии в 1995/1996 году введено социальное медицинское страхование, которое покрывает часть расходов, так что жильцы сами должны вносить только часть оплаты. ■

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ УХОД ЗА ЛЮДЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мираслава Фельсманн,

доктор мед. наук, Университет Николая Коперника в Торуни,
Медицинский колледж в Быдгощи, Польша

В истории человечества такое убеждение среди медиков господствовало до периода Ренессанса. В IV веке до нашей эры Сократ остерегал от фрагментарного лечения, т.е. лечения только части тела, обращая внимание на взаимосвязь всех частей организма. Гиппократ говорил о нераздельности физиологических явлений, то есть происходящих в теле человека, с эмоциями, а значит, с духовной сферой. Он объясняет это в своей теории темпераментов, где нарушения выделения различных жидкостей организма приписывает психические черты, как, например, чрезмерное выделение желчи связано с холеристическим типом темперамента, избыток слизи связан с флегматический типом, темная кровь связана с меланхолией, а избыток крови характерен для сангвенистического типа. Таким образом, на протяжении многих веков человеческую душу трактовали как «животворящее дыхание», пронизывающее все живое, и наказывали жить в гармонии с природой.

Кардинальный отказ от такого восприятия человека, то есть связанного телесно и духовно, наступил в эпоху Возрождения и научно-технической революции. В то время новая физика поставила вопрос о природе материи, то есть о том, что отвечает за физические процессы в природе. Большинство ученых склонялись к механическому пониманию природы. Таким же образом отнеслись к телу человека, а его строение и функции объяснили как механический процесс. Однако ученые задавались вопросом: чем по отношению к такому механически понятому тела человека является душа?

На этот вопрос пробовал ответить философ Рене Декарт, называемый Картизием. В поисках истин об отношениях между душой

Термин «холизм» происходит от греческого слова *holos*, то есть целый. Философия холизма опирается на законы природы и указывает на взаимосвязь всех природных систем, таких как воздух, земля, вода, расстояния, животные. Таким образом, согласно этой философии, жизнь невозможно отделить, поделить или выделить. Индивид является целым и состоит из взаимосвязанных частей – как физических, психических, эмоциональных, так и духовных.



и телом он пришел к выводу, что человек действительно состоит из тела и души, однако человеческое тело – это фрагменты хрупкого механизма, а душа функционирует отдельно от тела. Телесные процессы, по мнению философа, происходят согласно личным законам и принципам. В свою очередь то, что мы думаем, работа нашего разума, не происходит в теле, а только в душе. Теория Картизия была названа теорией дуализма. Эту модель также приняли медицинские науки, соглашаясь, что мыслительные процессы не поддаются объективным исследованиям и не связаны с процессами, происходящими в теле. Приход дуализма в медицину

вызвал разделение болезней на соматические – реальные и психические – не реальные.

Холизм был забыт на многие, многие годы. Мир медицины сконцентрировался главным образом на болезнях и лечении. Здоровье стали понимать как отсутствие болезни, а болезнь – как результат нарушений в строении конкретного органа или нарушений его функционирования. Менее важным стало то, что связано с сохранением здоровья и предупреждением болезней. Развитие медицинских наук сосредоточилось в тот период на технологиях диагностирования и поиске новых химических средств, побеждающих болезнь посредством

уничтожения микробов, являющихся главной – по мнению ученых тех лет – причиной болезней.

Период господства биометрической модели принес медицине и пациентам как много хорошего, так и плохого. К положительным аспектам стоит отнести множество замечательных открытий, которые позволили использовать новые методики, дающие фантастический терапевтический эффект, благодаря которым была спасена не одна жизнь, побеждены болезни, уничтожавшие целые популяции, а также инфекционные заболевания. Ослепленные успехом ученые и медики утвердились в убеждении, что необходимы лишь соответствующие финансовые средства, и они в состоянии справиться с любой болезнью. Подобный ход мыслей и действий способствовал также отрицанию феномена смерти, ее стали считать поражением медицины.

С течением времени оказалось, однако, что использование большого количества физических и химических средств, часто бесконтрольным образом, становится причиной ятрогенных болезней. Большинство диагностических методов являются инвазивными. Стали появляться болезни, вызываемые иными причинами, нежели бактерии и вирусы. Этиология болезни переместилась с бактерицидных инфекций на этиологию стресса.

Дистресс приводит как к различным болезням психологического характера (депрессия, алкоголизм, наркомания, страх, нарушения межличностных отношений), так и к физиологическим (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка, болезни почек, аллергии, рак). Жизнь в постоянном стрессе приводит людей к

ощущению себя несчастными, низкой самооценке, беспомощности, и даже к преждевременной смерти. Отчеты Всемирной организации здравоохранения показывают, что главной причиной болезней является неправильный образ жизни. Оказывается, на здоровье человека на 18 % влияет генетика, на 19 % – среда обитания, на 10 % – медицинское обслуживание, и, в свою очередь, на 53 % – образ жизни.

Таким образом, спираль расходов восстановительной медицины начинает пересекать границу финансовых возможностей даже самых богатых стран и создает новые моральные и правовые проблемы. В медицину вводится понятие коммерциализации, опирающейся на торговые принципы, то есть прибыль, выручку, рентабельность. Пациенты, называемые уже просто клиентами, все чаще не в состоянии соблюдать врачебные рекомендации, чувствуют себя как предметы, нуждающиеся в ремонте, как случаи болезни. Они начинают чувствовать дискомфорт в отношениях с людьми, имеющими над ними власть, над их здоровьем и жизнью.

В начале XX века сначала австралийский врач Зигмунд Фрейд, а затем эндокринолог Ганс Селье показали, что психические факторы влияют на течение соматических заболеваний. Эти результаты стали началом серии клинических исследований во всем мире, которые не только подтверждают, что психические факторы вызывают физические симптомы, но также то, что соматические заболевания имеют психические последствия.

Несовершенства биометрической модели, отчеты ВОЗ, а также результаты исследований, под-

тверждающие целостность и интегральность физиологических и психических особенностей, практически обязывают нас вернуться к принципам холистической модели, опирающейся на теорию систем.

Согласно теории систем, Вселенная является живой системой, состоящей из объединенных таких же живых систем, называемых холонами. Человек является холоном, состоящим из подсистем, таких как органы, ткани, клетки. В этой теории подсистемами являются не только животные или растительные организмы, но также взаимодействующие объединения людей, общественные организации, институции, экологические системы и т.д. Жизнь системы определяется существованием определенной взаимосвязи между холонами, называемой динамикой самоорганизации, которая является силой объединяющей все системы.

Холизм в медицине означает, что человеческий организм понимается как живая система, все части которой взаимосвязаны и взаимозависимы. Вместе с тем организм этот является подсистемой и неотъемлемой частью вышеорганизованных систем.

В холистической модели здоровье – это явление динамичное, многогранное, охватывающее взаимозависимые физические, психологические, общественные аспекты, и не может быть резко отделено от болезни. На этот факт указывает также одно из современных определений здоровья, сформулированное ВОЗ, в котором эксперты утверждают, что здоровье – это также умениеправляться и жить с болезнью или неполноценностью, если нельзя ее устраниить, как это бывает в случае людей с хроническими заболеваниями. Болезнь или болевые ощущения не всегда воспринимаются как зло, стоит рассматривать их как вид информации или сообщения, переданного через различные симптомы, и внести коррективы в свое поведение. Таким образом, холистическая медицина обращает внимание на вовлечение пациента в процесс лечения, объясняя ему роль, которую он сам может сыграть в создании собственного здоровья, но также и в возникновении болезней, инвалидности, страданий, преждевременной



смерти. Холистическая медицина также делает упор на генетику пациента, на его психосоциальные особенности и необходимость подбора способа лечения в соответствии с индивидуальными потребностями. Удовлетворение этих потребностей часто требует использования различных терапевтических техник, диет, фармакологических средств и психотерапевтического подхода.

Ян Христиан Смэтс, формулируя модель холистической медицины, в первую очередь указал на необходимость объединения в уходе за пациентом действий многих профессионалов:

«Холизм объединяет работу врачей, медсестер, тренеров по здоровому образу жизни, диетологов, физиотерапевтов, музыкотерапевтов; охватывает медитативные техники, упражнения на улучшение работы сердечнососудистой системы, диету, психотерапию, которая выводит из депрессии и подавляет гнев, акупунктуру; обращает внимание как на изменение настроения, предшествующее приступам боли в груди, так и на значение, какое это имеет для пациента и изменения, отражающиеся на кардиограмме».

Уход за людьми с хроническими заболеваниями является особым примером необходимости использования холистической модели ухода. Характерной чертой хронического заболевания является длительность болей часто с тенденцией их усиления. Они вызывают негативные последствия практически в каждой сфере жизни, снижают эффективность и самодостаточность человека, ухудшают психическое самочувствие, нарушают функционирование в социальных ролях, а ритм жизни часто подчиняется болезни, тем самым вызывая серьезный кризис в семейной жизни. С этими проблемами не в состоянии справиться ни сам больной, ни его семья или только врач. Шансом на улучшение качества жизни людей с хроническими заболеваниями является совместная работа профессионалов из разных областей, которые создадут терапевтическую группу.

Терапевтическая группа, много задачная группа состоит из группы людей, имеющих одну и ту же общую цель. Каждый участник группы

является источником специфической информации в связи с его квалификацией и профессиональной компетенцией.

Междисциплинарная группа, согласно холистической теории, является системой, то есть собранием элементов взаимосвязанных между собой и составляющих одно целое. Отдельные элементы системы оказывают друг на друга взаимное влияние. Эта же система представляет собой динамичную структуру, в которой происходят процессы обратной связи. Означает это, что профессионалы из разных областей, а также сам пациент и его семья постоянно и взаимно друг на друга влияют.

Создание группы начинается с определения главной цели действий. Как правило, этой главной целью является разработка плана терапевтического процесса, результатом которого должна быть, чаще всего, приостановка процесса болезни, возвращение правильного функционирования органов и систем, улучшение качества жизни, профилактика рецидивов и т.д.

Первым этапом, который позволяет осуществить подготовку терапевтического плана, является сбор информации. Каждый из участников терапевтической группы собирает информацию о симптомах, поведении и проблемах пациента характерным для своей специальности способом, используя также собственные методы собирания данных о пациенте и/или его семье. Далее происходит обмен информацией и существенными с точки зрения диагностики наблюдениями. В ходе передачи информации очень важным является способ ее формулировки, использование понятной для всех участников группы терминологии и согласно установленной в группе процедуре.

Следующим этапом является совместный анализ информации, который позволяет поставить диагноз и облегчает постановку однозначных и понятных для всех участников группы целей. Если группа знает, к чему должна стремиться, благодаря отличному знанию и пониманию целей, тогда каждый профессионал представляет свои предложения, опираясь на знания и умения, которыми владеет, и для выполнения которых имеет соот-

ветствующие полномочия. Этот этап работы группы позволяет исключить действия, которые могли бы помешать работе других профессионалов. Поэтому он требует от участников группы умения представить по существу рациональные аргументы во время дискуссии и принятия обоснованных решений.

Осуществление действий, позволяющих достичь цели, проходит в атмосфере доверия, при которой не забывается о постоянном систематическом обмене ключевой информацией, что помогает отслеживать прогресс терапевтического процесса.

Последним этапом является отчетность. Основывается она на последующем анализе информации и дискуссии, во время которой поддаются оценке, как успехи, так и их отсутствие; все для того, чтобы вместе найти лучшее решение.

Терапевтическая группа, как было сказано ранее, состоит из различных специалистов, а также включает в себя пациента и его близких. Все участники являются полноправными, но у каждого из них своя роль, в соответствии с его компетенциями. Работой группы руководит один человек – руководитель или координатор. В учреждениях медицинского ухода, таких как больницы, как правило, координатором является врач, в пунктах медико-санитарной помощи – медсестра. Представители этих двух профессиональных групп являются стержнем междисциплинарной группы, однако на сегодняшний день не могут работать в одиночку. Взаимозависимыми в комплексном уходе за пациентом и дополняющими работу врача и медсестры становятся действия таких специалистов, как физиотерапевт, психолог, диетолог, социальный работник и все чаще встречающиеся сегодня в системе ухода за людьми с хроническими заболеваниями медицинский опекун и опекун духовный, например, священник. Состав такой группы может быть расширен в зависимости от проблем пациента, а также от места, в котором осуществляется уход.

Одним из основополагающих принципов, обязывающих участников группы, является взаимоуважение и полноправие всех участников, а также принятие самостоятельности профессионалов. ■

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10, 48, 68, 80 шт.

Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл

Крем-гель

для душа
300 мл

Шампунь

для всех типов волос
увлажняющий
500 мл

Крем

для тела
моющий, 3 в 1
500/1000 мл

Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл

Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл

Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл

Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл

Масло

для ухода
150 мл

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



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

www.seni.ru

Крем
защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл

Крем
защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

Инконтиненция и преодоление табу благодаря новым технологиям

Петр Хромински,
физиотерапевт, Тренерская Группа TZMO SA, г. Торунь, Польша

Когда я проводил первые тренинги на эту тему и принимал участие в первых конференциях, все подтверждали, что об инконтиненции / недержании мочи не принято говорить, и отмечали, что это табу нужно преодолевать. Тогда я делился со всеми своим мнением, что если инконтиненция и перестанет быть темой-табу, то никогда не перестанет быть неприятной темой. До сих пор все, что связано с нашим телом и внешним видом, является для нас стеснительным, но мы все чаще начинаем говорить об этом открыто. Разные компании, выпускающие средства для недержания мочи, способствуют снятию табу с этого недуга. Само обсуждение этой проблемы способствует тому, что мы все более умело подбираем слова для описания этой деликатной темы. Более того, мы начинаем замечать не только психосоциальный аспект, но и экономический. Было бы замечательно, если бы не приходилось беспокоиться о финансировании на абсорбирующее белье, но это не так. Финансовый аспект оказывает большое влияние на нашу жизнь. Даже если в стране предусмотрена компенсация на впитывающие средства, у нее есть свой лимит, поэтому необходимо мудро руководить закупками.

Одним из первых шагов к контролю финансовой составляющей было создание программы Seniomat, позволяющей контролировать расходы и распоряжаться изделиями для недержания мочи. Эта программа, прежде всего, помогает определить, какую степень недержания мочи имеет пациент, и какую впитываемость изделия следует для него подобрать, чтобы обеспечить его фактическую потребность при одновременном контроле затрат. Суть в том, чтобы не переплачивать, поскольку

Тринадцать лет назад, когда я начинал заниматься проблемой инконтиненции (недержания мочи), это была тема-табу. Что изменилось с тех пор, и помогают ли новые технологии преодолевать это табу?



– как показывает наш обширный опыт – потребители впитывающих средств чаще всего выбирают максимальную впитываемость, исходя из принципа «чтобы только не протекло». Стоит отметить, что качественный продукт означает оптимальную впитываемость, что не всегда означает впитываемость максимальную. В этом ключе мы проводили наши образовательные мероприятия и беседы об инконтиненции / недержании мочи в учреждениях. Однако медицинский персонал учреждений – это лишь часть тех людей, которые осуществляют уход за пациентами/подопечными с недержанием мочи. Есть и домашний уход, когда семьи ухаживают за своими близкими, и есть ситу-

ации, когда самостоятельные активные люди затронуты проблемой инконтиненции (чаще в легкой степени). Женщины в такой ситуации обычно справляются с помощью традиционных прокладок, и часто требуется около 3-х лет, прежде чем они отправятся к врачу, когда проблема усиливается. К сожалению, может быть уже слишком поздно для того, чтобы начать эффективно с ней бороться. Другие исследования показывают, что человек с проблемой инконтиненции на начальном этапе чаще задает вопросы производителю впитывающих средств. Почему так происходит? Потому что таким образом он хочет остаться анонимным, поскольку не должен никому рассказывать о

ОПТИМИЗАЦИЯ УХОДА



своей проблеме. Поэтому он узнает больше о своей особенности из Интернета, листовок или рекламных брошюр. Как же преодолевать табу в такой ситуации? Во-первых, мы должны понять чувство стыда, которое рождается вместе с появившимся недугом. Во-вторых, нужно позаботиться о конфиденциальности, а вместе с тем – о праве на личную жизнь. Благодаря этому мы сможем безопасно вести разговоры с человеком на эту тему. Что в наше время является наиболее конфиденциальной и личной вещью среди достижений техники? До недавнего времени, считалось, что это ПК, где аббревиатура означает персональный компьютер. Однако с развитием технологий появилась еще более приватная и личная вещь – мобильный телефон. Практически каждый сегодня имеет свой личный номер телефона, а современные изобретения – это гибриды телефона и компьютера, так называемые смартфоны. Кроме того, есть другие мобильные устройства – планшеты. Это они благодаря своей мобильности сопровождают нас в повседневной жизни. Там сегодня храним наши личные фотографии, фильмы, контакты и т.д., на них сохраняем свои любимые приложения / программы.

Принимая во внимание условия и цели: 1) конфиденциальность и приватность каждого из нас, 2) наличие устройства, которое всегда с нами, и 3) снятие табу с инконтиненции перед самими собой, мы решили создать мобильное приложение для каждого. Так появилось SeniControl App – приложение, задачей которого является, прежде всего, контролировать неконтролируемое... то есть неконтролируемое недержание мочи. Как это работает? Посредством введения данных приложение позволяет определить наши повседневные привычки – как часто ходим в туалет, сколько жидкости выпиваем за сутки, а также то, как часто случаются с нами эпизоды недержания мочи, и сколько фактически (в течение дня, недели, месяца) мы используем средств. Приложение является мобильной формой дневника миций, дневника, в который до этого момента от руки записывались вышеперечисленные данные, для того чтобы определить степень недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая) и подобрать для нее подходящую степень впитываемости продукта. Дневниковая форма, однако, не давала ни одного конкретного ответа, не говоря уже о непрактичности ручки и листка бумаги.

Приложение SeniControl App дает нам гораздо больше, нежели просто осознание наших повседневных действий, связанных с недержанием мочи. Прежде всего, в приложении был задействован специальный алгоритм. Он позволяет пересчитать все введенные в приложение данные таким образом, чтобы спустя 3 дня регулярного заполнения автоматически получить информацию о степени недержания мочи и рекомендованных продуктах с их оптимальным количеством в сутки. Дополнительно приложение предусматривает создание нескольких профилей. Это означает, что можно использовать приложение не только для себя, но также использовать его опекунам с мыслью о своем подопечном или даже нескольких подопечных. Заполняемый таким образом мобильный дневник миций копит информацию, которая может пригодиться не только для выбора подходящего впитывающего продукта (что часто является большой проблемой), но также дает возможность составления статистики, которые можно использовать для визитов к врачу. Эти знания наверняка облегчат постановку диагноза, планирование помощи и позволят контролировать расходы, связанные с покупкой средств для недержания мочи. Использование мобильного приложения SeniControl App помогает изучить проблему до того, как мы решимся на визит к врачу, а также помогает лучше понять свою ситуацию, если диагноз уже поставлен. Однако и в том и в другом случае мы будем нацелены на подходящее впитывающее средство и внесем свой вклад в преодоление табу проблемы инконтиненции, в первую очередь, перед самими собой. А это уже первый, очень важный шаг. ■

Seniomat.pl – путь в современность, или один день из жизни медсестер

Роберт Куява,

Европейский Центр Долгосрочной Опеки, г. Торунь, Польша

Pассмотрим как выглядит ее рабочий день. Ровно в 7 часов пани Иоанна приступает к работе. После смены одежды и обуви, держа в руке кружку кофе, она слушает свою коллегу, пани Иоланту, которая заканчивает ночную смену и сдает отчет. И хотя в отделении пребывает 43 подопечных, они говорят больше о пане Новаке, который плохо спал этой ночью, и которому требовалось несколько раз сменить подгузник и дать дополнительные лекарства. Эта тема главная в кратком обмене мнениями, но пани Иоланта должна уходить – она спешит на автобус.

Передача обязанностей могла бы проходить гораздо проще, если бы обе женщины руководствовались одним и тем же планом опеки, основанным на индивидуальных потребностях подопечных. В этом случае достаточно было бы взглянуть на список мероприятий, и стала бы ясной ситуация с пациентами.

В восемь часов утра приходит время кормления подопечных. В отделе – привычная суматоха, медсестры совершают обход по комнатам, обмениваются комментариями. Пани Иоанна должна пройти по комнатам и оценить состояние подопечных. Это задача не из легких, она требует много энергии и дисциплины, чтобы выполнить ее правильно и быстро. Ключ к успеху – удостовериться, что все мероприятия по уходу за подопечными проведены должным образом. Пани Иоанна обращает особое внимание на возможную необходимость изменения рациона.

В свою очередь, напечатанный на листе бумаге индивидуальный план ухода для каждого подопеч-

Представляю вам пани Иоанну, медицинскую сестру одного из многочисленных учреждений социальной защиты в Польше. Пани Иоанна работает в этой области 25 лет, и можно смело сказать, что она знает все секреты этой работы и немногое способно ее удивить.



ного сразу дал бы понимание степени удовлетворения потребностей подопечных и повлиял бы, например, на форму рациона во время завтрака. Такой план также был бы прекрасным архивом выполненных процедур, а значит, не только инструментом организации работы персонала, но и аргументом в беседах с семьями пациентов.

Наступает время заполнения документов, пани Иоанна должна заняться ими, поскольку приближается конец месяца, и нужно подготовить заявления на компенсацию затрат.

Это необходимо для обеспечения подопечных абсорбирующими изделиями. За столько лет работы пани Иоанна не смогла полюбить эту утомительную рутину: трудоемкое заполнение бумаг, сверка номеров карт и идентификационных номеров личности. Пани Иоанна прекрасно знает, что не может постоянно откладывать выполнение этой задачи, ей нужно найти 6 часов покоя и выписать сорок три заявления. Это хороший результат, раньше это могло занять целых два дня и больше, если появлялись ошибки.

ОПТИМИЗАЦИЯ УХОДА



С другой стороны, шесть часов это все еще очень большой срок – ведь это время не посвящено подопечным. Такая рутинная задача, как выписывание заявлений на компенсацию на следующий месяц, должна занимать пятнадцать минут максимум. И это возможно.

К трем часам дня стопка заявлений на компенсацию перестает расти, а на столе остаются две карточки, срок действия которых истек. Пани Иоанна знает, что это ее ошибка: она просто забыла, что двум ее подопечным нужно сделать новые карты. При таком объеме обязанностей такое упущение не удивительно. К сожалению, сегодня уже нет времени, чтобы это исправить, нужно сделать заказ.

При таком нагромождении информации важно использовать достижения техники, различные приложения, чтобы напоминать себе о важном. Многие из них абсолютно бесплатны.

Пани Иоанна собирает карты, выписанные медсестрами, переписывает позиции в свой заказ, пытается вспомнить, кто заказывал дополнительные средства по уходу за кожей. Кажется, она ни о ком не забыла. Включает факс и кладет в него лист бумаги. Для уверенности звонит поставщику, чтобы убедиться, получил ли он факс, и будет ли реализован заказ.

Создание заказа – это очередная обязанность, которая занима-

ет много времени. Кроме того, это практически такое же напряженное дело, как заполнение заявлений на компенсацию, ведь так легко о чем-то забыть или допустить ошибку, а речь идет о больших деньгах, которых в учреждениях социального обслуживания никогда не бывает слишком много.

В начале пятого пани Иоанна выходит с работы. Она опаздывает, поэтому наскоро передает дела своей вечерней сменщице.

В современном учреждении рутинный подход к подопечным – это реликвия ушедших лет. Будущее несет за собой уход индивидуальный и полностью отвечающий потребностям подопечных, которые, так или иначе, являются клиентами.

Учреждение социального обслуживания, в котором работает пани Иоанна, еще не установило у себя программы Seniomat.pl, а значит, путь в современность еще не был начат. Seniomat.pl – это компьютерная программа, разработанная и созданная при активном участии учреждений социального обслуживания, для того чтобы наилучшим образом отвечать их потребностям и ожиданиям. Программа функционирует в облачном сервисе, благодаря чему не зависит от надежности оборудования, а обслуживание происходит с помощью интернет-браузера. Премьера программы состоялась в Тору-

ни, во время XVII Международной конференции долгосрочной опеки в 2014 году.

Первым шагом для работы в программе Seniomat является создание базы данных подопечных. Она становится электронной картотекой пациентов и абсолютно не зависит от оборудования, на котором используется. Пользователь имеет доступ к базе с любого компьютера во всем мире. Благодаря встроенным механизмам оценки психофизиологического состояния подопечного, Seniomat.pl помогает подобрать тип и размер впитывающего продукта, а также дополнительных продуктов, например, продуктов по уходу за кожей. Полезной функцией является также противопролежневая анкета, позволяющая оценить состояние и подобрать соответствующую повязку.

Томаш Косяк из хосписа Бельско-Бяла: «Когда я вводил данные пациентов, мне было интересно, будут ли соответствовать рекомендации продуктов в программе Seniomat заказываемым на практике продуктам. Соответствовали на 100 %».

Отправной точкой для создания программы было утверждение, что каждый подопечный нуждается в индивидуальном подходе к состоянию его здоровья. По этой причине центральным пунктом программы Seniomat.pl является план ухода, то есть современный, электронный вариант традиционных планов ухода, используемых в учреждениях социального обслуживания. В доступной и понятной форме Seniomat.pl делит неделю опекуна на конкретные дни, а опекун имеет возможность внесения любого количества изменений и списка процедур по уходу, чтобы наилучшим образом отразить в программе реальный способ функционирования учреждений. Результатом этих работ является программа, позволяющая координировать работу персонала, например, благодаря упрощению передачи обязанностей, верификации выполненных процедур или созданию архива по уходу подопечного. Это также прекрасный инструмент для работы с семьей подопечного – обе-

спечивает визуализацию истории ухода, а также построение образа учреждения как современного и сконцентрированного на потребностях пациентов центра. Правильно составленный план ухода отражается на скорости создания заказов – программа считает прогнозируемую потребность во впитывающих средствах и вспомогательных продуктах.

«Я ежемесячно ввожу дополнительные продукты в план ухода, когда делаю заказ, согласно плану: компенсируемые и некомпенсируемые. Теперь не приходится делать это отдельно, что очень помогает, сокращая время создания заказа. [...] План ухода является особенно полезным в контактах с семьями, поскольку у нас отмечены гигиенические процедуры на случай упреков, что что-то не сделано. Это элемент внутреннего контроля, подтверждение того, что ты сделал», – Ельжбета Добжиньска, учреждение социального обслуживания, Торунь.

«Не нужно ничего записывать, только внести в программу Seniomat заказываемый продукт. Это изменения к лучшему: перед глазами актуальная картина заказываемых продуктов и не нужно делать записей», – Ельжбета Добжиньска, Учреждение социального обслуживания, Торунь.

«План ухода эффективен, поскольку он считает, согласно дневнику миций, сколько подгузников нужно заказать, и какие наиболее подходят для людей с конкретными размерами. Я считаю, что это хорошее решение», – Лилла Рольницка, учреждение социального обслуживания, Торунь.

Люди, внедрившие программу Seniomat.pl, считают процесс обслуживания заявлений на компенсацию затрат одним из важнейших плюсов, которые принесла программа. Когда картотека подопечных будет дополнена данными из заявлений на компенсацию, управлять ими станет намного проще, нежели при традиционном способе. Подготовка заявлений на следующий месяц займет всего несколько минут, а на распечатанном

листке мы получим не только все необходимые данные пациента, код болезни и название средства, но также данные лица, подписывающего заявление со стороны учреждения социальной защиты. Такие карты автоматически проверяются на формальную правильность. Единственное, что необходимо заполнить, это печать и подпись врача. Для занятых социальных работников огромным упрощением является также автоматическое напоминание о приближающемся окончании срока действия карты месячного снабжения.

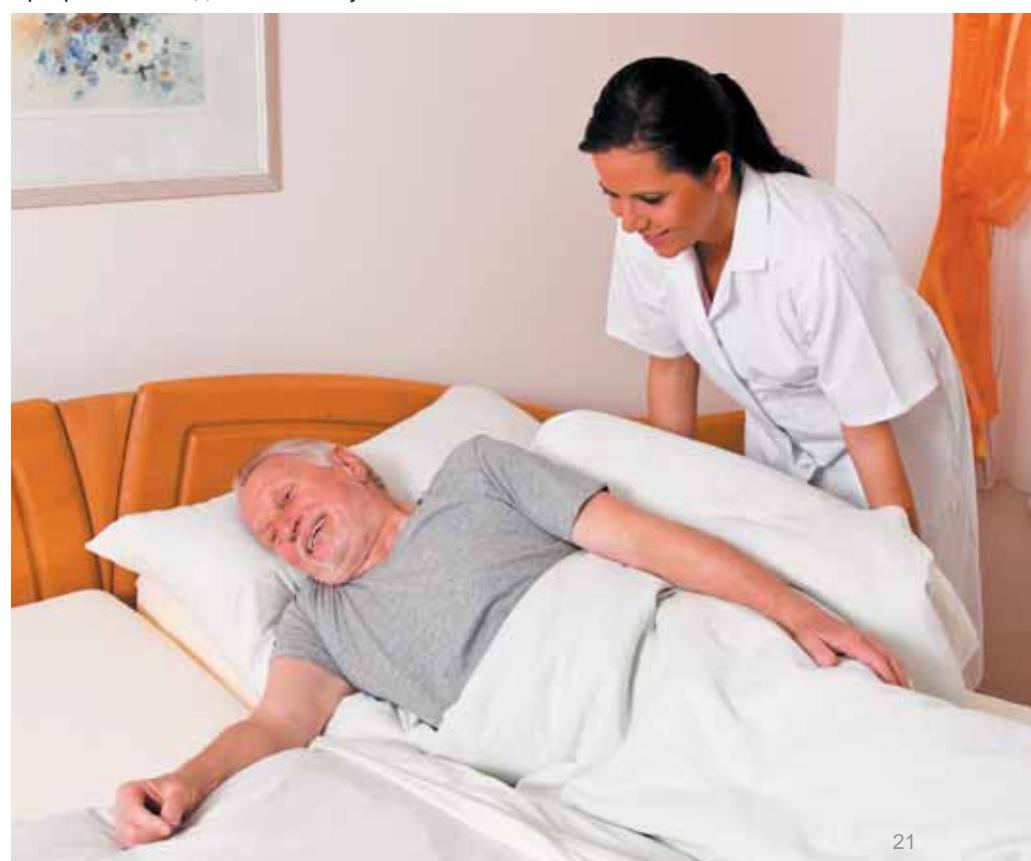
«Seniomat.pl ускорил создание заявлений благодаря тому, что их уже не нужно выписывать, а выписывание требует тишины, концентрации. Ошибка в одной цифре приводит к тому, что заявление приходится выбросить. В программе Seniomat это делается быстрее и уже без ошибок – это экономия времени. Весь процесс стал проще», – Мариола Юрга, Учреждение социального обслуживания, Пшчина.

С точки зрения пользователей программы Seniomat, не менее важной функцией, чем подготовка заявлений на компенсацию, является обслуживание компенсируемых и некомпенсируемых заказов. Программа всегда имеет актуаль-

ный ценник, который отражает все торговые условия учреждения. Благодаря первоначальной работе в виде подготовки плана ухода и введения данных по компенсации, заказ продуктов для подопечных – это вопрос нажатия пары кнопок. Более того, заказ является полностью электронным и отправляется прямо к поставщику без необходимости дополнительного подтверждения по телефону, электронной почте или факсу.

«Быстрый заказ – это просто восторг. После введения данных нажимаем на кнопку «фамилия» – и готово. Если все данные внесены, то просто нажимаю, отправляю и жду, когда привезут пеленки. Это отличное решение», – Лилла Рольницка, учреждение социального обслуживания, Торунь.

Использование программы Seniomat.pl в учреждениях социальной защиты позволяет сэкономить время и отлично упрощает процесс оформления заказа. Благодаря этой экономии, каждый пользователь может быть награжден баллами Seniomat. Баллы можно обменять на награды, такие как участие в Международной конференции долгосрочной опеки или тренинг по технике перемещения пациента. ■



ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ в работе среднего медицинского персонала в уходе за тяжелобольным

Наталья Вячеславовна Филаткина,

главная медсестра, ГБУ г. Москвы Психоневрологический интернат № 30 Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы (ГБУ ПНИ № 30), г. Москва, Россия

В феврале 2016 года на базе государственного бюджетного учреждения г. Москвы психоневрологического интерната № 30 Департамента труда и социальной защиты населения (ДТСЗН) г. Москвы начал действовать проект по оптимизации использования абсорбирующего белья инвалидами учреждения. Данный проект предполагает внедрение в учреждении электронной системы Seniomat, результаты которой помогут рационально применять абсорбирующее белье среди инвалидов, повысят эргonomичность и выявят положительный экономический эффект использования.



Проект по оптимизации использования абсорбирующего белья обладает адресностью и способствует осуществлению индивидуального подхода к инвалидам при выборе и использовании абсорбирующего белья. Проект реализовывался при непосредственном участии польских специалистов Петра Хромински и Алины Фальговски.

Психоневрологический интернат представляет собой стационарное учреждение для оказания социально-медицинских услуг инвалидам старше 18 лет, страдающих психическими расстройствами. В интернате абсорбирующее белье используется (в соответствии с индивидуальной программой реабилитации) преимущественно инвалидами, которые находятся в отделениях милосердия, что со-

ставляет 210 человек. Данные инвалиды, как правило, нуждаются в постоянном постороннем уходе и наблюдении со стороны медицинского персонала.

Инвалиды отделений милосердия имеют прямые показания к использованию абсорбирующего белья: наличие недержания мочи и (или) кала; ограничение подвижности различной степени, нарушение умственных способностей, а также некоторые соматические заболевания, связанные с необходимостью его применения.

В соответствии с письмом ДТСЗН г. Москвы № 09/49/943 от 22.10.2009 г., инвалиды интерната, нуждающиеся в применении абсорбирующего белья (подгузники и пеленки) и имеющие в ИПР соответствующие рекомендации, обеспечивались абсорбирующим бельем ежемесячно через центры социального обслуживания г. Москвы. С декабря 2012 года поставки абсорбирующего белья в интернат осуществляются согласно контрактам УСЗН ЮАО г. Москвы с поставщиками абсорбирующего белья. В соответствии с ИПР, в интернат поступают подгузники с учетом только размерного ряда, а такие показатели, как впитываемость, модификация, ограничения в подвижности инвалида при назначении абсорбирующего белья, как правило, не учитываются.

В связи с этим задачами проекта по оптимизации использования абсорбирующего белья явились:

- 1) сбор информации об инвалидах, использующих абсорбирующее белье (с использованием анкет);
- 2) ведение индивидуальных дневников микций;
- 3) анализ результатов анкет в контексте оптимизации;

4) подбор соответствующих продуктов и утверждение правильности используемого абсорбирующего белья в настоящее время;

5) ввод информации в систему Seniomat;

6) изучение впитывающих изделий и продуктов для ухода среди медицинских работников интерната.

Принцип работы программы Seniomat:

- в каждом отделении милосердия устанавливается программа. Назначается ответственное лицо за контролем введения данных инвалидов (как правило, старшая медсестра отделения);

- ежедневно средним медперсоналом контролируется режим потребления жидкости инвалидом, диурез, количество самостоятельного посещения туалета, состояние кожных покровов;

- по мере необходимости – коррекция данных об инвалиде, которые используют абсорбирующее белье;

- старшая медсестра всегда может отследить, сколько человек использует абсорбирующее белье, какого размера, впитываемости и модификации.

- вся информация из отделений стекается к администратору (как правило, это главная медсестра). Администратор видит обобщающие данные всех отделений милосердия, анализирует их и своевременно составляет заказ для инвалидов учреждения, опираясь на реальные потребности в абсорбирующем белье.

Программу seniomat отличают удобство, эффективность и простота в использовании.

Даже маленькая, но системная ошибка, снижающая эффективность использования абсорбирующего белья (неправильно подобранный размер, неправильное одевание и т.п.) способна привести к существенному увеличению необоснованных затрат. Частая смена подгузника или появление осложнений (опрелости, раздражение кожи) также увеличивают трудозатраты медицинского персонала.

Желательно, чтобы при применении абсорбирующего белья медицинские работники руководствовались либо разработанными

алгоритмами или методическими рекомендациями, либо знаниями, полученными в ходе регулярных занятий, проводимых в интернате.

В результате внедрения проекта можно сформулировать некоторые критерии его качественной реализации:

- экономичность по сравнению с привычными и традиционными способами. Правильно подобранные средства позволяют экономить время и средства на стирке (не требуется вода, стиральный порошок, электричество), частоте мытья, переодевания, смене постельных принадлежностей;

- эргономичность. Средства по уходу должны быть простыми и легкими в использовании как для инвалида, так и для ухаживающего персонала, подгузники должны легко, без лишних трудозатрат и физических усилий надеваться и сниматься и др.;

- экономия на абсорбирующем белье. Индивидуально подобранные по размеру, модификации и

впитываемости средства позволили приобретать абсорбирующее белье в необходимом, но значительно меньшем количестве;

- реальные результаты (экономическая и эргономическая эффективность, отсутствие осложнений, повышение качества ухода, жизни инвалида) дают возможность оценить преимущества использования разнообразной продукции.

Таким образом, реализация проекта по оптимизации использования абсорбирующего белья, внедрение программы Seniomat в учреждении, регулярные образовательные мероприятия с медицинским персоналом, осуществляющим уход за инвалидами, разработка алгоритмов по уходу и периодический контроль за их соблюдением позволяют не только рационально использовать выделенные средства, но и улучшить качество ухода и медицинской помощи, что также имеет очевидный положительный экономический эффект. ■



ИМЕНУЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

На правах рекламы Соответствие подтверждено



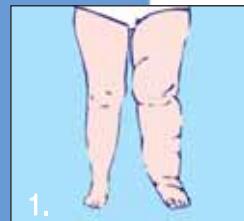
Наборы matopat - помощь в лечении лимфатического отёка

Терапевтический эффект:

- уменьшение лимфатического отека
- поддержание положительных эффектов ручного лимфатического дренажа
- повышение эффективности работы сердечно-сосудистой мышцы (увеличение объема транспортированной крови и лимфы)
- ускорение регенерации фиброзной ткани
- уменьшение активности воспалительного процесса в коже

Набор matopat для терапии лимфатического отёка включает в себя:

- трубчатый бинт - защищает кожу под компрессионным бинтом
- легкая и пушистая подкладка - заполняет пространство под компрессионной повязкой, защищает кровеносные сосуды и нервные окончания от излишнего сдавливания и повреждения, впитывает пот и отделяемое, снижает риск возникновения раздражения кожи
- набор компрессионных бинтов - обеспечивает постоянное поверхностное давление и увеличение оттока крови и лимфы во время терапии
- гипоаллергенный пластырь - для фиксации компрессионной повязки



Перед использованием, пожалуйста, проконсультируйтесь с врачом или специалистом по реабилитации.

ДОСТОИНСТВО В БОЛЕЗНИ

Барбара Лукавска,

*клинический психолог, Лечебно-профилактическое учреждение
им. Ежи Попелушко в Торуни, г. Торунь, Польша*

Для того чтобы обеспечить больному условия, в которых он будет чувствовать, что к нему относятся достойно, мы должны понимать, какие факторы влияют на это. Существует убеждение, что это зависит главным образом от подхода людей, осуществляющих опеку. Однако не только отношение персонала влияет на чувство собственного достоинства больного. Не последнюю роль играет и способ организации окружения и работы, а также сам пациент – черты его характера и взгляды.

ПОНЯТИЕ ДОСТОИНСТВА

Для того чтобы понять, чем является достоинство, необходимо различать следующие понятия:

- **личное достоинство** – связано с выполнением общественной роли; выражается в его индивидуальном способе поведения (достоинство священнослужителя, учителя, врача, мэра и т.д.), это понятие является близким к понятию «честь», оно может быть утеряно;
- **достоинство личности** – проистекает из отношения человека к самому себе, отражает чувство собственной ценности, уважение к себе;
- **человеческое достоинство** – является чем-то фундаментальным и неизменным, проистекает из факта принадлежности к человеческой расе, является безусловным и одинаковым для всех, выполняет функцию объективной нормы морали.

Человеку без личного достоинства (например, преступнику) или достоинства личности (человеку с недостаточным чувством собственной ценности, не принимающему себя) **присущее человеческое достоинство**. Независимо от наших взглядов и убеждений мы должны с достоинством относиться к каждому человеку, особенно к человеку в болезни. Как говорил Ян Павел II участникам международ-

Проблема достоинства человека поднимается во многих областях науки (философии, психологии, социологии, теологии, праве). Имеется множество документов – как церковных (например, Катехезис Католической Церкви), так и государственных (например, Всеобщая декларация прав человека), в которых говорится о человеческом достоинстве. С большим воодушевлением говорится о достоинстве в болезни, перечисляются общие принципы поведения. Однако, с точки зрения человека, осуществляющего опеку над больным, не хватает конкретных указаний относительно того, что именно означает «сохранение достоинства больного»?



ного конгресса католических врачей 20.03.2004 года: «...внутренняя ценность и человеческое достоинство каждого человека не изменяются никогда, независимо от конкретных обстоятельств его жизни. Человек, даже тяжелобольной или не способный к выполнению более сложных задач, является и навсегда останется человеком, никогда не станет «растением» или «животным»...»

РАБОТА ПЕРСОНАЛА И ДОСТОИНСТВО БОЛЬНОГО

Существенное влияние на чувство достоинства больного человека оказывает персонал, осуществляющий над ним опеку.

Персоналу следует помнить о:

- **соблюдении конфиденциальности** – использовании шири, занавесок, закрытии дверей, ограниченном количестве людей во время осуществления медицинских процедур, размещении на дверях таблички «Просьба не входить»;
- **личном пространстве** – обеспечении больному хорошего доступа к личным вещам, выделении определенного места для встреч больного с посетителями, близкими таким образом, чтобы близкие больного не чувствовали себя нарушителями, отвлекающими персонал;
- **субъективном отношении** – больной должен чувствовать себя

субъектом, а не объектом наших процедур, независимо от состояния здоровья, он остается человеком, которому полагается уважение;

● **предоставлении информации**

– пациент имеет право получать информацию о состоянии здоровья и запланированном медицинском вмешательстве таким образом, чтобы это было для него ясно и понятно;

● **принятии во внимание мнения пациента** – ситуация пребывания под опекой профессионалов не должна быть синонимом ограничения дееспособности больного и во всем принятия решений за него. В тех вопросах, где он в состоянии принять решение самостоятельно, необходимо предоставить ему такую возможность. С психологической точки зрения это является чрезвычайно важным. Трудно представить себе, что больной, мнение которого никто не учитывает, может сохранить чувство собственного достоинства.

Решающим элементом в работе над чувством собственного достоинства пациента является диалог. Он должен поддерживать пациента в сохранении в нем человеческой личности, скрытой под болезнью. Чем больше опекуны подчеркивают ценность пациентов (т.е. чем больше видят перед собой человека, а не болезнь), тем легче больному сохранить чувство собственного достоинства. Маленькие знаки внимания – подать стакан воды, тарелки, очки или слуховой аппарат, поправить подушку или простыни – могут быть посланием, укрепляющим пациента в убеждении, что он является человеком, достойным внимания.

Особенно важным являются усилия, которые должны приложить опекуны для обеспечения больным:

– **автономии** – возможности принимать решения там, где больной может сделать это самостоятельно, например, какую одежду хочет сегодня надеть;

– **чувствия идентичности**, уникальности, таким образом, чтобы больной ощущал себя как отдельную, неповторимую личность, а не как очередного больного. Можно облегчить пациенту эту ситуацию, хотя бы с помощью разрешения иметь личные вещи, связанные с интересами, или с помощью одевания пациента таким образом, чтобы он мог чувствовать себя собой, а не только «пациентом из палаты № 5»;

– **чувствия собственной ценности** – использование умений больного, его интересов таким образом, чтобы он чувствовал себя нужным другим, выходил за пределы роли больного.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧУВСТВА ДОСТОИНСТВА БОЛЬНОГО

Необходимо понять, какие факторы оказывают влияние на то, чувствует ли больной достойное к нему отношение. Вполне возможно, что, несмотря на наши профессиональные действия, больной не чувствует себя достойно. Почему так происходит? Стоит помнить, что пациент, попадающий под нашу опеку, имеет свой личный багаж жизненного опыта. Этот опыт формировал его и повлиял на те или иные убеждения, комплексы, страхи.

Особенно важной является проблема непринятия старости – как со стороны молодых людей, так и со стороны людей стареющих. Несмотря на то, что мир стареет, все еще господствует культ молодости, а понятие «старый» является синонимом кого-то, кто хуже. Обратим также внимание на то, что в последние годы говорится о людях старшего возраста, а значит, профессионально неактивных, как о той группе, которая наиболее «отягощает» государственное финансирование (пенсии!). При этом создается убеждение, что в отсутствии средств на выплаты пенсий виноваты сами пенсионеры. В свою очередь, тему размера пенсий лучше не поднимать. Можно ли чувствовать себя полноценным, достойным членом общества в таких условиях, особенно если человек болен?

Все вышеперечисленные аспекты оказывают значительное влияние на то, сохраняет ли с психо-



логической точки зрения человек чувствует собственного достоинства, или нет.

Факторами, которые влияют на чувства больного, являются:

- **уровень зрелости** – умение переоценки своей жизни в случае болезни, обретения новых целей, умение справляться с эмоциями, объективная самооценка;

- **черты личности** – интроверсия или экстраверсия, несмелость, отсутствие умения просить о помощи или принимать помощь, сильная потребность в независимости;

- **принятие** себя, своей болезни, измененного болезнью тела – во времена культа молодости, пластических операций, бегства от старения, болезней для многих людей раскрытие тела будет ассоциироваться с лишением молодости;

- **потребности** – для одного больного помочь в кормлении будет желанна, для другого будет чем-то обидным, лишающим достоинства; с уверенностью многие люди в своей жизни имели опыт предложения свободного места в автобусе человеку старшего возраста, вызвавшего обиду у этого человека.

С другой стороны, возникает иная психологическая проблема, касающаяся потребностей больного. Например, больной хочет, чтобы его кормили, потому что дрожащая рука доставляет ему дискомфорт, и в то же время мы знаем, что он в состоянии выполнить это действие самостоятельно, тогда – заботясь о достоинстве больного – должны ли мы удовлетворить его потребность (накормить) или позаботиться о сохранении самостоятельности и уговорить его кушать самостоятельно? А если кто-то не хочет быть самостоятельным, потому что никогда им не был? Или не хочет принимать самостоятельных решений, потому что никогда этого не делал, и всегда кто-то другой принимал за него решения? Как позаботиться о его независимости? Какая модель поведения будет правильной?

Невозможно на все вопросы дать однозначный ответ. Помочь нам может только индивидуальный подход к больному. Не всегда наше убеждение, что полезнее для больного, является обоснованным.



ОРГАНИЗАЦИЯ ОКРУЖЕНИЯ И РАБОТЫ И ДОСТОИНСТВО БОЛЬНОГО

Окружение, в котором пребывает больной, – как физические условия, так и связанные с организацией работы – оказывает влияние на чувство собственного достоинства больного. На то, чувствует ли больной достойное отношение к себе, влияют такие факторы, как:

- физическое окружение, то есть условия, в которых находится больной, с упором на те аспекты окружения, которые позволяют сохранить конфиденциальность и достоинство, например: одно- и двухместные комнаты, комфортное пространство, эстетичный дизайн, ширмы, занавески / жалюзи, удобный доступ к ванной комнате;

- организация занятости адекватного количества ухаживающего персонала, компетенции, концентрация на человеке, а не на процедурах и бюрократии, система обучения, выработка личного отношения (борьба с действиями типа «для собственного удобства не одеваем сегодня пациента, потому что в полдень его будет обследовать врач – таким образом, у нас будет меньше работы»).

В учреждениях, где имеется проблема нехватки персонала, работники главным образом будут стрем-

иться выполнить необходимые процедуры и заполнить документацию. Будет ли время задуматься о достоинстве больного, когда не обеспечены достойные условия труда? Однозначно нет. Ставка на качество, о которой столько говорят в последнее время, к сожалению, не всегда идет в паре с соответствующей организацией труда. Часто поднятие качества означает увеличение числа обязанностей, а не персонала. Кроме того, профессии, связанные с осуществлением ухода за больным человеком, не пользуются очень большим уважением в обществе (сколько раз мы слышали комментарий: «Она здесь для того, чтобы менять подгузники, за это ей платят»). Мы уважаем бизнесменов, директоров, потому что они зарабатывают много денег. Уважаем ли мы опекунов с минимальной заработной платой по стране?

Забота о достоинстве человека, затронутого болезнью, должна осуществляться во всех вышеперечисленных областях и являться результатом взаимодействия целой группы – начиная с опекуна и заканчивая директором учреждения. Даже самая подготовленная группа без правильного руководства не справится с таким серьезным делом, каким является сохранение достоинства больного человека. ■

АССЕРТИВНОСТЬ — профессионализм в отношениях с подопечным

Дорота Тылюс,

Европейский Центр Долгосрочной Опеки, Польша

АССЕРТИВНОСТЬ — МОДА ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Сегодня много говорят об ассертивности. Можно сказать, что это слово стало модным — к сожалению, не сама ассертивность, понимаемая как позиция, образ действий и стиль поведения, а слово как таковое. Термин весьма популярен и зачастую воспринимается очень упрощенно, а именно как искусство отказа.



Aссертивность означает уважение к себе и другим. Она состоит в уверенности индивидуума в том, что его мнение, убеждения, мысли и чувства так же важны, как и мнение, убеждения, мысли и чувства других, и что другие имеют право на такую же уверенность.

Предлагаю лучше узнать сущность ассертивности, но не в связи с бытующей модой, а в связи с ее пользой для построения отношений с пациентом.

ЧЕГО ЖДАТЬ ОТ АССЕРТИВНОСТИ?

В ежедневной работе с подопечным зачастую возникают затруднения, которые вызывают нашу злость и могут спровоцировать агрессию. Случаются ситуации, приводящие к нашей чрезмерной податливости. В таком случае наиболее адекватной позицией станет ассертивность. С ее помощью мы можем эффективнее способствовать решению многих сложных ситуаций в опеке над пациентом, например, проблем, связанных с нежеланием сотрудничать и ухаживать за собой, или

агрессией со стороны подопечного.

Однако ассертивность не является панацеей от всех бед. В очень сложных ситуациях, таких, например, как трата оставшихся денег на спиртные напитки подопечным, страдающим алкоголизмом, мы не можем ожидать, что ассертивность поможет нам решить проблему, поскольку волшебной палочкой она не является. И все же это позиция, которая, в отличие от агрессии и податливости, не обострит проблему, а поможет нам — как работникам, так и пациентам — сохранить психическое равновесие.

КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ АГРЕССИВНОГО И ПОДАТЛИВОГО ПОВЕДЕНИЯ?

АГРЕССИЯ

ПОДАТЛИВОСТЬ



Чтобы ответить на вопрос, стоит ли проявлять ассертивность, давайте проанализируем, какие последствия приносят нам другие формы поведения — агрессивность и податливость. Принятие этих позиций приводит к многочисленным последствиям. Представить себе их легко, стоит лишь на минуту задуматься. Чаще всего мы ведем себя агрессивно вследствие бессилия. Агрессия помогает нам в разрядке накопленных эмоций. Однако давно уже известно, что такой способ управления эмоциями не ведет ни к чему хорошему, не решает проблему, а наоборот, за пресловутое минутное облегчение нам приходится дорого платить. Если мы теряем самообладание и ведем себя агрессивно, например, кричим на подопечного, отказывающегося от принятия ванны, иногда это может привести к тому,

что он примет ванну, хотя гораздо вероятнее, что он ответит агрессией в соответствии с правилом: агрессия порождает агрессию. Другими последствиями могут стать углубление нашего чувства бессилия и возникновение чувства вины. Я уже не говорю о возможных служебных или даже криминальных последствиях. Следует также заметить, что растущее чувство бессилия, отсутствия контроля над ситуацией являются двигателем «выгорания» на работе. Податливое поведение также не приведет к улучшению ситуации. Зачастую мы ведем себя пассивно, «потому что так проще». У нас нет сил убеждать подопечного, чтобы он выпил компот или изменил позицию, что может привести к обезвоживанию или пролежням. Временами у нас также нет сил отказать подопечному в помощи в ситуации, когда состояние здоровья позволяет ему самому выполнить какое-либо действие. Так возникают парадоксальные ситуации, когда, например, в 24.00 мы даем ему кофе, потому что он очень настаивал, а мы не можем отказать. Несложно предвидеть, что таким образом мы стимулируем такую же, если не большую, его настойчивость в следующий раз. Другим последствием, кроме углубления проблемы, является возникновение у опекуна чувства несправедливости и снижения самооценки.

Следует знать, что лица с заниженной самооценкой могут быть более предрасположены к пассивному поведению, а вынужденная податливость приводит, в свою очередь, к снижению самооценки. Таким образом, легко попасть в порочный круг снижения собственной самооценки.

АЛЬТЕРНАТИВА – АССЕРТИВНОСТЬ

Ассертивное поведение не является пассивным, так как состоит в уважении собственных прав, самостоятельном определении границ своей приватности и их защите. Оно не является агрессивным, поскольку не нарушает границ, установленных другими, не является манипулятивным, поскольку в основе его лежит открытость и откровенность.

Ассертивность – это среднее между крайними позициями – агрессией и податливостью. Краеуголь-



ным камнем ассертивной позиции является убежденность в возможности сохранения уважения и достоинства обеими сторонами, а поведение и способ общения не должны их нарушать. В случае агрессивного поведения может быть попрано достоинство, тогда как в случае податливости наступит его унижение. Отношения между опекуном и подопечным должны быть равноправными, без ущерба для прав каждой стороны.

Трудность опеки над другим человеком состоит в диспропорции между знаниями об уходе, которыми обладает пациент и медицинский персонал. Это явление может предрасполагать нас как «знающих больше» автоматически ставить себя выше и принуждать подопечных к выполнению наших указаний. Возникает вопрос: каким образом нам следует себя вести и общаться с подопечным, чтобы эффективно выполнять уход, одновременно оберегая субъективность как пациента, так и собственную? В решении этой проблемы нас поддерживает ассертивность, и именно поэтому ее стоит развивать. Она приводит к двустороннему эффекту, оберегая как пациентов, так и нас.

КАК РАЗВИВАТЬ АССЕРТИВНОСТЬ?

Наверное, вы уже успели подумать, читая предшествующий абзац: звучит хорошо, но как это выглядит на практике? Каким образом эти принципы можно претворить в жизнь?

Обязательное условие

Одним из самых частых затруднений, возникающих при опеке над пациентом, является его безучастность, возникающая зачастую вследствие негативного настроя. В момент, когда необходимо давать медицинскому персоналу указания касательно развития ассертивности, я замечаю аналогию.

Обязательным условием эффективного укрепления собственной ассертивности является глубокая убежденность в ее необходимости, приводящая к полной вовлеченности. Подобно тому, как лечение хронических ран требует усилий и является продолжительным процессом, так и укрепление ассертивности требует времени. Следует знать, что ассертивность не бывает врожденной. Ее можно развивать на каждом этапе жизни, а успех такого предприятия зависит преимущественно от нашей решительности.

Этап 1. Узнайте больше!

Возьмите книгу в руки!

Если мы уверены в необходимости укрепления асертивности, не остается ничего другого, кроме как начать чтение. Это первый этап, с которого стоит начинать развитие асертивности.

Во всей своей полноте асертивность состоит из трех базовых элементов: позиция, поведение и стиль общения. Сначала стоит побольше узнать об асертивности как позиции. Для этого подойдет чтение литературы. К сожалению, до сих пор в Польше не появилась книга, которая бы представила асертивность в применении к меди-



цине, тем не менее, на рынке уже можно найти множество литературы на тему общей асертивности.

Этап 2. Познайте себя!

Из книг мы узнаем, что в каждом из нас есть определенные индивидуальные тенденции к податливости и агрессивности, которые строго зависят от характера ситуации и типа отношений, соединяющих нас с конкретным человеком. Если есть желание развить асертивность, следует прежде всего лучше узнать себя. Необходимо определить ситуации, в которых мы впадаем в гнев или пассивность. Такое поведение одновременно вредно для пациентов и/или нас самих. Этап наблюдения можно сравнить с диагностикой: после идентификации собственных тенденций к податли-

вому и агрессивному поведению мы сможем начать эффективные действия, поскольку стоит помнить, что цель развития асертивности не состоит в том, чтобы быть асертивным всегда и везде. Эта цель недостижима и не необходима. Важно развивать асертивность в тех областях, где ее дефицит опасен для нашей профессиональной и индивидуальной эффективности, и, следовательно, удовлетворенности. Именно идентификации этих областей служит этап «Узнай себя!».

Этап 3. Пора браться за инструменты

Асертивность – это не просто идея, которая оставляет нас наедине с собой, если мы пытаемся ее воплотить в жизнь. Практическим выражением асертивности является стиль поведения и общения. В данных аспектах она не ограничивается лишь предположениями, но предоставляет нам конкретные инструменты. И все же, как часто происходит с инструментами, они не работают сами по себе и не являются исключительными.

Это означает, что их эффективное использование требует, в первую очередь, изучения, а затем – хорошей практики. Изучить их и научиться использовать мы можем в ходе обучения в форме тренинга асертивности. Здесь мы можем узнать, как справляться с гневом, как реагировать на агрессивное поведение подопечных, как уберечься от нежелательного податливого поведения, как добиться того, чтобы наши слова возымели силу, и, наконец, как вести себя в ситуациях,

когда мы находимся под давлением семьи подопечного, начальника и самого подопечного.

Этап 4. Тренировка делает мастера

После определения ситуаций, в которых нам хотелось бы изменить свое поведение, или ознакомления с методами, которыми можно в указанных ситуациях воспользоваться, остается лишь воплотить их в жизнь. Выработка асертивного поведения требует определенных усилий, связанных с изменением привычек, которые принято называть второй натурой человека.

ПОЧЕМУ ЭТО СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ?

Те, кто уже асертивны, легче справляются с такими ситуациями, когда нужно отказать в просьбе, выполнение которой противопоказано по медицинским соображениям. Они знают, как себя от этого оградить. В особо сложных ситуациях они также могут регулировать свои эмоциональные реакции, включая гнев. Они могут поддерживать действенность своих обоснованных решений, смягчать и неоднократно разрешать появляющиеся конфликты. Все вместе это приводит к росту последовательности действий, что в опеке означает гораздо более высокую эффективность при минимальных затратах. Асертивность помогает нам также уберечься от профессионального «выгорания» благодаря повышению чувства контроля.

АСЕРТИВНОСТЬ – ПРАВО ИЛИ ОБЯЗАННОСТЬ?

Говоря об асертивности, очень часто отмечают, что она является нашим правом, но не обязанностью. Обычно я полностью соглашаюсь с данным утверждением. Однако ситуация меняется, если я думаю о людях, работающих в медицине. Полагаю, что в отношениях с пациентом в рамках профилактики как тяжелых ситуаций, так и лечения, именно асертивность является методом выбора. Можно сказать, что это лекарство первой линии. В случае опекунов, медсестер и врачей асертивная позиция, образ действий и стиль общения – это признак профессионализма. ■



ИСКУСТВЕННОЕ ПИТАНИЕ

Анита Фабиашевска,
доктор медицины, Центр Ухода и Опеки (ЦУО) в Торунь, г. Торунь, Польша

Mожно предположить, что похожие, если не более высокие показатели недоедания касаются пациентов, над которыми осуществляется длительная опека. У больных с хроническими заболеваниями, в пожилом возрасте, нередко с неврологическими или тяжелыми формами слабоумия в анамнезе часто имеются проблемы с глотанием, жеванием или аппетитом. Отсюда возникает необходимость кормления через зонд, то есть при помощи чрескожной гастроэнтеростомии. У больных этой категории отсутствие надлежащего сбалансированного питания приводит к дальнейшему ухудшению работоспособности, способности к самообслуживанию, снижению иммунитета и повышению восприимчивости к инфекциям. У лежачих пациентов повышается риск развития пролежней. Конечным результатом хронического недоедания являются более длительное лечение, повышение расходов на лечение и повышение риска смерти.

В соответствии с текущим состоянием медицины, для правильного кормления хронически больного через желудочно-кишечный тракт, с учетом его потребностей, необходимо искусственное питание в качестве дополнения к домашнему при ненарушенном процессе глотания или как единственный тип питания. Факторы в поддержку искусственного питания:

- строго определенный состав (с точки зрения калорийности, содержания питательных веществ, витаминов, минералов) указан на упаковке;
- возможность устранения компонентов, непереносимых пациентом или вредных для него (лактозы, глютена, холестерина);
- возможность подбора диеты под текущие потребности больного (диабетическая диета, диета для ослабленных больных, с пролежнями, высококалорийная диета и др.);

По данным Польского парентерального и энтерального сообщества, у 30 – 50 % пациентов возникает недоедание. Как правило, это связано с длительным пребыванием в стационаре, повышенной заболеваемостью, повторными госпитализациями и высокими расходами на лечение.



- низкая вязкость, плотность, осмолярность (что снижает риск заражения зонда или трубки для чрескожной эндоскопической гастроэнтеростомии (ЧЭГ));

- стерильная пища снижает риск инфекций (готовится под контролем микробиологических тестов);

- можно вводить питание капельно, с помощью насоса, или болюсно, в зависимости от потребностей пациента;

- комфорт для пациента – питание при искусственной диете подается по тонким, гибким, малотравматичным зондам, которые мало раздражают слизистую оболочку, таким образом сводя к минимуму риск пролежней;

- удобство для сотрудников – искусственное питание не требует длительного приготовления.

Единственным недостатком искусственного диетического питания остаются высокие расходы на его приобретение. Пациенту для

обеспечения полноценного питания требуется примерно 1,5–2 л еды. В настоящее время стоимость искусственного диетического питания пациента под опекой ЦУО не компенсируется Национальным фондом здравоохранения (НФЗ), а стоимость проживания, ухода и лечение пациента при длительной стационарной опеке сильно недооценена. Таким образом, часто возникает вопрос об отказе от такого вида питания для части больных из-за отсутствия средств.

В соответствии с рекомендациями Европейского сообщества энтерального и парентерального питания:

- ослабленным пожилым людям нужно использовать пероральные питательные препараты для того, чтобы улучшить или поддержать их состояние;

- гериатрическим пациентам с расстройствами глотания нужно ис-

пользовать энтеральное питание для обеспечения оптимальных питательных и энергетических веществ, чтобы улучшить их питание или сохранить его на прежнем уровне;

- гериатрическим пациентам после ортопедических операций и после перелома шейки бедра нужно использовать пероральные питательные препараты для профилактики осложнений;
- не использование питательных препаратов может увеличить риск развития пролежней.

Риски, связанные с применением искусственной диеты:

- неправильный выбор диеты с точки зрения количества пищи или вида диеты;
- неправильное введение, как правило, слишком быстрое;
- непереносимость искусственной диеты.

ЦУО в Торунь решили ввести искусственное энтеральное питание. Этот тип питания стали применять к нескольким десяткам пациентов, которых кормили через зонд или

трубку для ЧЭГ. Причиной назначения этой специальной диеты в основном была низкая масса тела пациентов или потеря веса во время их пребывания в ЦУО.

Одной из первых пациенток, к которой стали применять искусственное питание, была 51-летняя больная с тяжелой формой рассеянного склероза. У пациентки при поступлении в ЦУО были значительная слабость верхних конечностей, атаксия, спастический парапарез, пролежни в области крестца, глубокое расстройство глотания, что привело к необходимости чрескожной гастроэнтеростомии для обеспечения питания.

Вначале для пациентки использовали высококалорийную домашнюю диету. Однако наблюдалась прогрессирующая потеря массы тела (с 44 кг при поступлении до 36 кг), возникали рецидивирующие инфекции дыхательных путей – двукратная тяжелая пневмония, требующая госпитализации. В октябре 2008 года начали применять высококалорийную искусственную диету – масса тела увеличилась до 56,5 кг в январе 2010 года. Также отмечено небольшое повышение работоспособности пациента – увеличилось время сидения без заметного утомления. В течение периода наблюдения с октября 2008 по январь 2010 года у пациентки не наблюдались респираторные инфекции, лихорадочные состояния, не требовалась антибактериальная терапия. Результаты лабораторных исследований показали нормализацию значений морфологии крови и биохимических показателей.

Другим пациентом, к которому применили искусственное питание, был 60-летний больной, поступивший в мае 2008 года с диагнозом вегетативного состояния после остановки сердца при остром инфаркте миокарда. Пациента кормили через трубку для ЧЭГ, используя домашнюю диету, его масса тела при поступлении была 69 кг. Во время своего пребывания в ЦУО трижды ему требовалась обязательная госпитализация из-за пневмонии, кроме того, несколько раз назначались антибиотики в связи с рецидивирующей инфекцией дыхательных путей. Наблюдалась анемия,

несмотря на добавление в рацион железа и витаминов, поэтому больному было проведено однократное переливание эритроцитарного концентрата крови. Лабораторные исследования обнаружили низкий уровень альбумина, снижение уровня железа в сыворотке крови. В марте 2009 года пациент весил 64 кг, ему начали давать искусственное питание, в результате вес постепенно увеличился до 68,4 кг. Также удалось нормализовать уровень гемоглобина, который вырос до 13,9 г/дл, и гематокрита – до 40,9%. Сохранен низкий уровень холестерина 121 мг/дл и триглицеридов 77 мг/дл. Кроме того, у пациента до января 2010 года не было респираторных инфекций дыхательных путей, требующих антибактериальной терапии.

Из десяти пациентов, для которых использовалась искусственная диета, только у одного были симптомы непереносимости диеты. Этой пациентке было 69 лет, она поступила в вегетативном состоянии после остановки сердца при остром инфаркте миокарда, осложненным тампонадой сердца. Неоднократные попытки включить в диету пациентки искусственное питание оканчивались неудачей: наблюдалась рвота или срыгивание пищи сразу же после ее введения либо в течение следующего часа, вздутие живота, случаи жидкого стула. Такие явления отмечались независимо от способа питания – болюсно несколько раз в течение дня или с помощью насоса с продленным временем введения до нескольких часов. Скорее всего, эти явления могут быть классифицированы как пищевая аллергия, особенно если учитывать, что у пациентки уже был диагноз аллергического ринита, рецидивов бронхиальной астмы и кожных реакций типа крапивницы после применения некоторых косметических средств и препаратов ухода за кожей. Мы были вынуждены вернуть эту пациентку на домашнюю диету. ■



Активизация пациента с деменцией в домашних условиях

Ева Вжос,

специалист по трудотерапии, Лечебно-профилактический пансионат в Торуни, г. Торунь, Польша

Mы не должны торопить, исправлять пациента, а также раздражаться на него. Нужно помнить, что он нуждается в нашем терпении и заботе. Мы должны стараться привлекать его к какой-либо работе, но ни в коем случае не заставлять, поскольку в этом случае мы получим противоположный результат. Планируя занятия пациента, стоит помнить, что они должны проходить по более-менее установленному плану, например, завтрак в 9:00 ч, после завтрака можно поговорить с пациентом о сегодняшнем дне (дата, место пребывания), о планах на сегодня, о том, какие он мог бы выполнить работы – эти пункты должны быть частью каждого дня. Нужно добавить, что мы не можем дать какую-либо работу пациенту и при этом оставить его одного. Необходимо присесть рядом с ним и в случае необходимости направлять его или помогать ему.

Для активизации пациента можно использовать разные формы трудотерапии. Трудотерапия – это укрепление физического и психического состояния пациента, целью которого является активизация пациента с помощью выполнения различных обозначенных действий. Она позволяет продолжать и развивать свои увлечения и интересы. Трудотерапия должна подбираться индивидуально в соответствии с потребностями пациента, принимая во внимание его физическое и психическое состояние, возраст, увлечения, навыки и актуальное самочувствие. С этой целью предусматривается несколько форм трудотерапии. К наиболее важным относятся:

Эрготерапия или трудовая терапия

Используя эту форму терапии, женщины могут выполнять различные домашние работы, такие как уборка (вытирание пыли, подме-

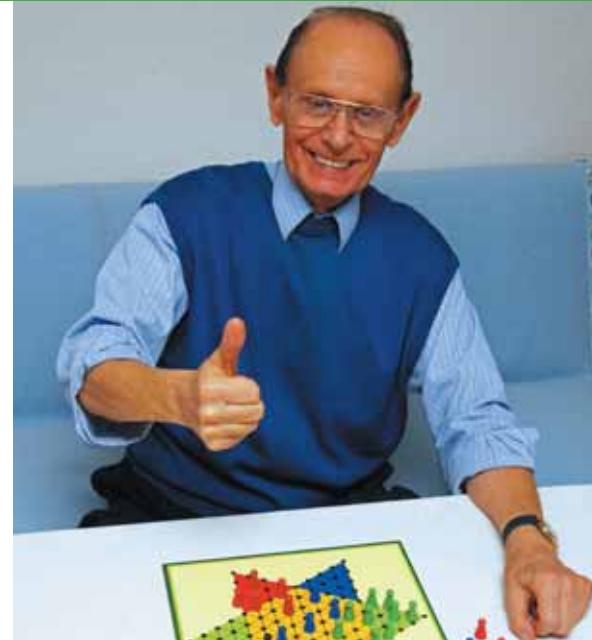
тание пола), ручные работы, такие как вышивание крестиком, вязание на спицах (простые петли), вязание крючком, ткачество (можно, например, из старых ненужных кусочков материала вырезать квадраты одинаковой длины и сшить их вместе как одеяло). Хорошим занятием является также разматывание и сматывание пряжи в клубок – это действие позволяет занять руки пациента и отвлечь его от проблем в этот момент.

Мужчины, в свою очередь, могут выполнять работы в саду (например, работа граблями, собирание овощей или веток) или легкую столярную работу (например, обновление какой-то старой полки – сначала ее шлифовка, очистка, а в завершение – покрытие краской).

Арт-терапия или терапия изобразительным творчеством

В этой форме терапии как женщины, так и мужчины могут продемонстрировать свои изобразительные способности, например, из разноцветной бумаги вырезать небольшие квадратики и делать из них заготовки, которыми можно обклеить предварительно нарисованное изображение. Еще одна идея – это лепка из пластилина или глины различных вещей или фигур. Можно также нарисовать на листе бумаги набросок, а заданием пациента будет раскрасить его красками или пастелью.

Выбирая эту форму терапии, нужно принять во внимание тот факт, что такая работа требует очень много времени и большого терпения. Нужно также помнить о необходимости перерывов во время выполнения работы. Более того,



мы должны помнить о том, что завершение такой работы может занять несколько дней.

Музыкотерапия или терапия музыкой

Музыкотерапия может проходить в двух формах: активной (пациент участвует в терапии) и пассивной (пациент только слушает и не принимает участия в терапии). Женщины и мужчины могут петь любимые песни времен своей молодости, могут играть на инструментах известные им произведения прошлых лет. Можно также слушать по радио религиозные проповеди, что дает возможность верующим продолжать религиозную практику.

Бывают случаи, что пациент, слушая свои любимые мелодии, часто вспоминает какие-то приятные мо-

менты. Музыка часто действует на пациентов умиротворяюще и даже успокаивающе. В случаях, когда пациент перевозбужден или агрессивен, стоит спеть ему его любимую песню. Как показывает опыт, это действует неоднократно, и пациент спустя мгновение забывает о том, что его беспокоило до этого.

Книготерапия или терапия, использующая книги, газеты, журналы

Так же, как в музыкотерапии, здесь есть две формы участия: активная (пациент сам читает) и пассивная (мы читаем пациенту). Важным является подбор книг и газет. Мы должны учитывать вкусы и пол, а также тяжесть заболевания подопечного. Важно проверять, что и как читает пациент, например, не держит ли он газету вверх ногами или не читает ли он постоянно один и тот же текст. Следует также знать о том, что на начальной стадии пациент сам может читать, а позже нам следует читать ему.

Мы можем читать с пациентом Библию или произносить молитвы, если он религиозен. Опыт показывает, что со временем таким образом удается стабилизировать агрессивное поведение пациента.

Стоит также помнить о том, что пациент не запоминает всего содержания сразу, поэтому текст можно разделить на несколько фрагментов.

Хореотерапия или терапия танцем

Используя эту форму терапии, танцуют чаще всего под любимую музыку. Можно также выполнять двигательные упражнения под музыку. Не стоит придавать большого значения технике танца. Суть хореотерапии скорее заключается в хорошем развлечении, поэтому даже если у кого-то нет профессиональных способностей, стоит использовать эту форму активности, поскольку она доставляет пациенту много радости.

Людотерапия или терапия, использующая игры и развлечения

Женщины очень любят разгадывать кроссворды, а мужчины любят играть в шахматы или шашки. Поэтому используем разного рода головоломки, например, из дерева на любую тему, суть которых заключается

в подборе недостающих элементов к целому или сложении рассыпанных элементов в одно целое. Можем складывать кубики и собирать пазлы с пациентом. Однако нужно помнить о выборе подходящего уровня сложности для нашего подопечного.

Кинезитерапия или терапия движением – реабилитация

Сюда входят всевозможные гимнастические упражнения. Это может быть простая, неутомительная гимнастика, которая обеспечит движение, например, глубокие вдохи, повороты шеи, взмахи руками и ногами, скручивания восьмерок руками и ногами, наклоны в позиции сидя, поднятие коленей вверх, попеременное касание руками ушей: правая рука – левое ухо, левая рука – правое ухо. Безусловно, пациент выполняет все упражнения в силу своих возможностей.

Лесотерапия или терапия, использующая лесные прогулки

В этой терапии важным является контакт с природой. Во время таких прогулок мы разговариваем с пациентом об окружающей природе, можем расспросить его, например, о животных, которые живут в лесу, о том, какие здесь растут грибы и деревья – таким образом мы поддерживаем знания пациента и тренируем ослабленные болезнью познавательные функции. Так же, как и музыкотерапия, эта форма терапии действует на пациента успокаивающе, когда он является раздражительным или нервным.

Фильмотерапия или просмотр фильмов

Рекомендуется просмотр с пациентом фильмов времен его молодости, которые, подобно музыке или книге, могут пробудить воспоминания.

Кулинарный тренинг или приготовление пищи

Например, приготовление завтрака с пациентом. Пациент должен сам намазать на хлеб масло, положить ветчину и т.д. Мы можем с пациентом накрывать на стол, а при случае проверить, помнит ли он, чем едят суп, а чем режут мясо. Нужно позволить пациенту как можно больше делать самому (толсто ли, тонко ли намазан хлеб – важно, что это сделал сам пациент). Нужно стараться как можно реже делать что-либо за него.

Тренинг на чувство реальности

Необходимо как можно чаще тренировать с пациентом пространственно-временную ориентацию. Я советую обсуждать с пациентом сегодняшнюю дату (день, месяц, год, пору года, день недели), место, где он находится, адрес места жительства, город, область, страну. Важным является проговаривание имен и степени родства ближайших родственников, а также совместный просмотр фотографий и рассказы о том, кто чем занимается, чтобы пациент постоянно запоминал как можно больше.

Гигиеническое обучение

В ходе повседневной деятельности мы должны инструктировать пациента для того, чтобы как можно длительнее сохранять его самостоятельность. Стоит шаг за шагом объяснять ему простые инструкции и в случае необходимости помогать в выполнении задания.

Организуя свободное время пациента, стоит помнить о том, чтобы занятия были разнообразными, соответствовали его интересам и возможностям. Нужно выбирать такие занятия, которые смогут заинтересовать пациента. Не нужно проводить все сразу. Например, сегодня можно провести с пациентом тренинг на чувство реальности и книготерапию, а завтра, если у пациента будет желание, попеть песни или пойти на прогулку. Не нужно принуждать пациента к какой-либо работе, если у него нет никакого желания – в противном случае мы оттолкнем подопечных от совместной терапии.

Постараемся также помнить о том, что пациент нуждается в уделении ему времени, внимания и большом терпении. Не стоит оставлять пациента одного. Нужно стараться сопровождать его при выполнении любого задания. Часто происходит так, что семья или опекуны заменяют пациента при выполнении разных действий. Происходит так по многим причинам: из-за отсутствия времени, терпения или по причине гиперопеки. Важно помнить, однако, что, если мы выручаем пациента, то способствуем ускоренной потере навыков. Поэтому важно инвестировать время и энергию в то, чтобы наш пациент мог дольше оставаться самостоятельным, а благодаря этому – чувствовать себя полноценным членом общества. ■

Физическая активность и спорт для лиц с умственной отсталостью

Вальдемар Сковроньски,

доктор, факультет реабилитации Академии физического воспитания им. Юзефа Пилсудского г. Варшава, Польша

Hа сегодняшний день лица с умственной отсталостью¹ (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities²) являются полноправными гражданами своего местного сообщества и имеют такие же права, как и другие граждане.

Целью реабилитации лиц с умственной отсталостью является достижение самого высокого уровня личностной, социальной и профессиональной зрелости. Практика показывает, что даже лица со сравнительно низким интеллектуальным уровнем могут достичь достаточно высокого результата социальной адаптации.

Для реабилитации предназначены образовательная система специального начального и профессионального обучения, а также учреждения социальной помощи и другие государственные и негосударственные инициативы.

Создаются мастерские защищенной работы, а также рабочие места, приспособленные для лиц с умственной отсталостью. Везде существенную роль играют физические возможности их участников.

В физическом воспитании и спорте часто возникают ситуации, требующие формулирования команд и выполнения конкретно-образных действий, которые наиболее понятны группе умственно отсталых лиц. Стимуляция конкретно-образного типа активизирует умственную

В некоторых научных работах, касающихся физической активности, раньше бытовало мнение, что лица с умственной отсталостью могут участвовать только в специальных формах двигательной активности («Дзедзиц-Наследник», 1988 г.). Долго считалось, что дети с умственной отсталостью не в состоянии состояться в спорте. С семидесятых годов XX века начали активно задумываться о том, как можно формировать и развивать способности лиц с интеллектуальной отсталостью. Оказалось, что путем целенаправленной деятельности в разных сферах жизни можно достигать на удивление хороших результатов. Как оказалось, наибольших образовательных и спортивных результатов можно достичь в физической активности.



деятельность, заставляет думать и требует практических действий.

Активность в физическом воспитании и спорте является наиболее приближенной к так называемому естественному воспитанию. Одной из важных проблем физического воспитания и спорта у лиц с умственной отсталостью является познание и изучение физических возможностей. На сегодняшний день при определении степени умственной отсталости не принимается во внимание физическое развитие данного лица. Это означает, что

независимо от физических достижений лицо с умственной отсталостью считается отсталым и с этой точки зрения. Но так бывает далеко не всегда. Тестирование и оценка физических возможностей должны быть неотъемлемой частью процедур определения человека к специальному или интеграционному, а, может, даже к регулярному физическому воспитанию и спорту. Последний вариант нельзя исключать, например, если речь идет о лицах с легкой степенью отсталости, занимающихся специальным спортом.

¹ Термин введен в 1997 году Международной ассоциацией научных исследований интеллектуальной отсталости, который заменяет термин «умственная недостаточность».

² http://www.aamr.org/About_AAIDD/MR_name_change.htm, 27-04-2004. В 2007 году организация изменила название с American Association on Mental Retardation (AAMR) на American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Практическое наблюдение за участниками мировых состязаний на специальных Олимпиадах не зафиксировали резкого скачка в развитии под влиянием ситуации, связанной с тренировками, определенной спортивной дисциплины, подготовкой, поездками и пребыванием в новых городах или странах, а также участие в международных спортивных состязаниях. Профессионалы изо дня в день становятся все более приспособленными к жизни в среде, являющейся для них чужой.

Определения и классификации приводили к определенным последствиям для лиц с умственной отсталостью. Они заключались в их оценке как нуждающихся в помощи во всех сферах их жизни. Физическое воспитание и спорт имели специально адаптированную форму физической активности, несмотря на практический уровень и возможности этих лиц.

В настоящий момент идет поиск оптимальных решений всестороннего улучшения их положения. Подчеркивается огромное значение физической активности лиц с умственной отсталостью для общего улучшения их состояния. Похоже, что в свете современного подхода в определении и диагностировании лиц с умственной отсталостью будут в значительной мере участвовать специалисты в области физического воспитания.

В новом подходе к лицам с умственной отсталостью предлагаются заменить действующую до сих пор четырехступенчатую классификацию, предусматривающую легкую, умеренную, значительную и глубокую отсталость, на четырехступенчатую шкалу, которая будет включать в себя виды необходимости помощи, но с оговоркой, что помощь или поддержка не должны одинаково касаться всех без исключения аспектов жизни человека. Можно, например, утверждать, что лицо с умственной отсталостью, которое демонстрирует соответствующий уровень двигательной способности, может успешно участвовать в занятиях физической культурой и спортом.

Определение областей, где требуются помощь или поддержка, основывается на четырехмерной

схеме. Помощь может иметь следующий характер (Петрулевич, 1994):

- периодический – помощь оказывается время от времени, в течение короткого периода времени, с разной интенсивностью, опекаемое лицо самостоятельно, только в определенные периоды нуждается в помощи, например, при потере работы или проблемах со здоровьем;

- ограниченный – только в определенных аспектах жизни, помощь оказывается регулярно в течение определенного периода, например, при профессиональном обучении;

- расширенный – регулярная помощь без ограничения времени и места, например, ежедневная длительная помощь дома и на работе;

- полный – постоянная помощь высокого уровня интенсивности, например, обеспечение всех необходимых жизненных аспектов.

Факторы, вызывающие умственную отсталость, могут приводить к различного рода нарушениям двигательной способности. Большинство специалистов указывают на ее задержку по сравнению с полноценными людьми.

Целью реабилитации лиц с умственной отсталостью является достижение самого высокого из возможного уровня личностной, социальной и профессиональной зрелости.

К самым важным принципам, применяемым в реабилитации лиц с умственной отсталостью, относятся:

- принятие – ребенок с умственной отсталостью должен иметь право на особую опеку, принятие и помощь. К нему следует относиться как к человеку с большими проблемами развития;

- помощь – оказывается в любой педагогической деятельности, каждый ребенок имеет право на помощь в процессе развития. Опекун должен помочь ребенку в активизации его биологических сил, в самостоятельной жизни, в преодолении трудностей развития, а также трудностей, вытекающих из умственной отсталости;

- индивидуализация – напоминает о необходимости адаптации учебного процесса к индивидуальным способностям ребенка, а также о том, что каждый воспитанник является личностью (индивидуальностью);

- педагогическая терапия – в процессе воспитания ребенок подвергается разным формам лечения: медицинской терапии, психотерапии, социотерапии, а также педагогической терапии, которая, поддерживая терапевтические действия, является полностью независимой терапией;

- сотрудничество с семьей – основной идеей является использование влияния самых близких родственников с целью получения как можно лучшего воспитательного эффекта.

Реабилитация лиц с умственной отсталостью основывается на:

- познании каждого индивидуума – условий его развития, истории жизни, характера и степени умственной отсталости, а также связанных с этим этиологических факторов;

- принятии во внимание в методах обучения и воспитания темперамента данного лица;

- ориентировании в заторможенности, которая возникла из-за неудовлетворенных потребностей;

- ориентировании в характере воздействия среды на данный индивидуум;

- создании условий, формирующих новые мотивации;

- подгонке заданий к силам и возможностям индивидуума;

- применении в полном объеме компенсационных, коррекционных, упорядочивающих и динамических методов.

Физическая активность лиц с умственной отсталостью наряду с глобальным развитием индивидуума позволяет им участвовать в спортивной жизни. Это увеличивает общественную сознательность и знания о возможностях лиц с умственной отсталостью. Со своей стороны родители, члены семьи и опекуны лиц с умственной отсталостью испытывают чувство радости и гордости благодаря участию их подопечных в спорте. Существенную пользу мы видим в расширении компетенции педагогов, тренеров и профессионалов в области конкуренции и спортивных дисциплин, которыми могут заниматься дети и молодежь с умственной отсталостью. ■

Seni Cup-2016

Татьяна Николаевна Вихарева,

*менеджер отдела по работе с учреждениями долгосрочной опеки филиала № 1
ООО «БЕЛЛА Восток», г. Москва, Россия*

Bтурнире приняли участие воспитанники психоневрологических интернатов Центрального федерального округа:

- из г. Москвы – команды психоневрологического интерната № 5, психоневрологического интерната № 13, психоневрологического интерната № 22, психоневрологического интерната № 30;
- из Московской области – команды Звенигородского психоневрологического интерната, Черкизовского психоневрологического интерната, Егорьевского психоневрологического интерната, Колычевского ПНИ, объединенная команда Орехово-Зуевского и Кувшиновского психоневрологических интернатов;
- из Калужской области – команды Нагорновского психоневрологического интерната, Жиздринского психоневрологического интерната;
- из Липецкой области – команда Александровского психоневрологического интерната.

Кто-то является постоянным участником турнира, а кто-то приехал в первый раз.

Seni Cup – это не просто спортивное состязание, это прежде всего большой и долгожданный праздник для всех участников. Два дня участники не только играют в футбол, но и общаются между собой, заводят новых друзей, а на церемониях закрытия и открытия получают массу удовольствия от развлекательной программы.

В этом году организаторы не только пригласили профессиональные коллективы, но и предоставили возможность выступить с развлекательной программой участникам – воспитанникам интернатов. И ребята просто поразили всех своими талантами! Оказывается, они не только отлично играют в футбол, но и прекрасно танцуют и поют. Воспитанники из Александровского психоневрологического интерната потря-

26 и 27 мая 2016 г. на базе подмосковного Курорт-парка «Союз» МИД РФ прошел шестнадцатый отборочный турнир по мини-футболу среди лиц с ограниченными возможностями Seni Cup, организованный филиалом № 1 ООО «БЕЛЛА Восток».

сающие исполнили песни Трофима и Юры Шатунова, а танцевальный коллектив Колычевского психоневрологического интерната так сплясал «Калинку» и «Цыганочку», что вызвал бурный восторг у всех зрителей. После такого успеха остальные участники загорелись желанием выступать в следующем году, на глазах рождались креативные идеи. Так что, судя по всему, на турнире зародилась новая традиция.

В гости к ребятам приехал участник популярных телепроектов «Удиви меня», «Минута славы», «Уличная магия» иллюзионист Дмитрий Вольный. Он показал волшебные фокусы, в некоторых номерах ребята принимали активное участие и были очень рады прикоснуться к магии и узнать секреты некоторых фокусов.

Поздравить ребят с началом турнира приехала заместитель заведующего отделом по вопросам социального обслуживания, опеки и попечительства управления по вопросам социального обслуживания и реабилитации инвалидов Министерства социального развития Московской области Киприушна Екатерина Ивановна. Она сказала теплые слова участникам и пожелала всем удачи.

Церемония открытия завершилась красочным зрелищем: более сотни воздушных шаров взмыли в небо, отпущенные ребятами на удачу.

Начались игры в группах. Накал страстей на нашем любительском турнире ничуть не меньше, чем на чемпионате мира по футболу: игроки радуются победам и горчачатся неудачам, а болельщики активно их поддерживают. Воспитанники Звенигородского психоневрологического интерната приехали на турнир в этом году впервые и привезли с собой об-



УХОД И ПИТАНИЕ



ширную группу поддержки, которая вселяла в своих игроков уверенность, и ребята выступили очень достойно для новичков. Две команды, приехавшие на турнир в первый раз, – Жиздринского психоневрологического интерната Калужской области и психоневрологического интерната № 22 г. Москвы – тоже показали весьма интересную игру. И пусть у них не все получилось, но это только начало: у ребят огромный потенциал и желание побеждать, и они обязательно добьются успеха!

Отдельно стоит отметить девушки-игроков, особенно вратарей. Не каждый мужчина смог бы так отважно защищать ворота, как делали это девочки! Турнир Seni Cup не ставит возрастные рамки для игроков на поле, он для всех, кто любит и хочет играть в футбол.

Во второй день шла серьезная игра за первые места. Участники второй лиги, занявшие первое и второе места, перейдут в первую лигу. Главный приз в первой лиге – поездка на турнир в Польшу, на финал Seni Cup, который проводится в г. Торуни. Это не просто интересная поездка, это большая честь и ответственность – представлять свой регион на финале турнира. На финал Seni Cup в Польше съезжаются игроки из разных стран – России, Украины, Белоруссии, Германии, Латвии, Литвы, Чехии, Венгрии, Словакии, Польши, и победа там дается очень непросто.

В финал первой лиги вышли команды Егорьевского и Черкизовского психоневрологических интернатов. Они уже встречались в финале два года назад, тогда победил Егорьевский психоневрологический интернат. Финал турнира получился очень эффектным и эмоциональным. Игра закончилась ничьей – 1:1, и была назначена серия пенальти. Накал страстей был

неописуем. И вот определился победитель – Черкизовский психоневрологический интернат! Это первая победа этой команды, ребята шли к ней много лет и честно заслужили награду своим трудом и упорством.

Наконец наступил долгожданный момент награждения победителей. Все команды получили кубки и медали от организаторов турнира и подарки от Федерации футбола инвалидов России. На церемонию закрытия приехал президент общественной организации инвалидов «Федерация футбола инвалидов России» Луначарский Георгий Сергеевич. Он видел, как ребята играют в футбол, отметил высокий уровень их подготовки и выразил свое восхищение игрой. Почетным гостем турнира был футболист Высшей лиги команд СССР «Шахтер», «Днепр», «Динамо-Киев», заслуженный тренер, президент футбольного клуба «Кривбасс Украина» Фомин Виктор Константинович.

На церемонии закрытия участников турнира ждал сюрприз – выступление финалистов проекта «Минуты славы» на Первом канале, победителей и призеров десятков соревнований по BMX flatland – спортивно-агрессивной, музыкально-прогрессивной банды MAD-Sport's. Ребята были потрясены тем, какие трюки можно выполнять на велосипедах, и бурно выражали свой восторг свистом и аплодисментами.

За торжественное музыкальное сопровождение построения команд, а также праздничное настроение у всех собравшихся отвечали участницы коллектива барабанщиц «Виват, Россия!».

Церемония закрытия закончилась, участники турнира разъехались по домам до следующего года, а победителя турнира еще ждет ответственная игра в финале. Пожелаем ребятам удачи! ■



XIX Международная конференция долгосрочной опеки «РОЛЬ СЕМЬИ, СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ И МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДЛГОСРОЧНОЙ ОПЕКЕ»

27 – 29 сентября 2016 г.

Центр культуры и конгрессов «Йорданки», Аллея Солидарности, 1-3, г. Торунь, Республика Польша

ПАТРОНАТ

European Association for Directors and
Providers of Long-Term Care Services for the Elderly E.D.E.
Польское геронтологическое общество
Польское общество долгосрочной опеки

**Участники смогут обменяться опытом и обсудить актуальные вопросы
долгосрочной опеки в рамках сессий:**

- Сотрудничество с семьей в долгосрочной опеке.
- Координация ухода за пожилым человеком и хроническим больным в разных европейских странах в местной перспективе.
- Использование современных технологий в уходе за несамостоятельным человеком.
- Значение питания и двигательной активности в процессе здорового старения.
- Различные измерения качества при уходе за несамостоятельным человеком.

ЕВРОПЕЙСКИЙ ЦЕНТР ДЛГОСРОЧНОЙ ОПЕКИ

приглашает на обучение социальных работников, средний медицинский персонал, врачей, и других лиц, заинтересованных в развитии современных технологий ухода за тяжелобольными людьми.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ:

- современный гигиенический уход за тяжелобольным;
- безопасное перемещение тяжелобольных;
- современные средства для профилактики и лечения хронических ран;
- оптимизация затрат учреждения при закупках гигиенических средств;
- правила первой помощи;
- психологические аспекты в работе с тяжелобольным и его родственниками.

В качестве преподавателей школы выступят международные эксперты в области ухода – ведущие российские, польские и немецкие специалисты.

Обучение технологиями современного ухода поможет:

- улучшить качество жизни тяжелобольного;
- повысить комфорт труда ухаживающих за больным;
- снизить затраты на уход;
- поддерживать благоприятные психологические отношения в трудный период времени.

Все занятия проводятся в формате семинара с элементами тренинга, что позволит каждому участнику получить практические навыки.

Количество участников ограничено, необходима предварительная регистрация.

Место проведения: г. Москва.

Время проведения: 8 – 12 августа 2016 г. ежедневно с 10:00 до 16:30.

Стоимость обучения: бесплатно.

Для получения информации о правилах участия и регистрации обращайтесь по телефону горячей линии: 8-800-200-800-3 или по электронной почте: ecod@bella-tzmo.ru.

Организатор: Обособленное подразделение ООО «БЕЛЛА Восток» Учебный Центр дополнительного профессионального образования «Европейский центр долгосрочной опеки».

Редакторы:
Краковицк Пётр
Кшижановски Доминик
Модлиньска Александра

ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ ДОМА: ЛЕЧЕНИЕ, УХОД, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хронические болезни



Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход,
реабилитация. Хронические болезни»
в комплекте с DVD-диском



seni

Вы можете приобрести эту книгу
в подарок Фонду помощи хосписам ВЕРА
www.hospicefund.ru



Если человека нельзя
вылечить, это не значит,
что ему нельзя помочь

Сделать пожертвование в фонд можно со счета
мобильного телефона!

Вы можете отправить смс со словом *Вера* и
суммой пожертвования на короткий номер 9333.

Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также организация питания, правил приема лекарственных препаратов, их действия и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Как купить книгу? Вы можете:

- заказать по электронной почте kniga@seni.ru;
- позвонить по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 для приобретения книги наложенным платежом Почтой России (06.00 – 22.00 ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).

www.seni.ru

г. Москва, Филиал №1 ООО «БЕЛЛА Восток»
142712, Московская область, пос. Горки Ленинские,
зона придорожного сервиса автодороги «МКАД - аэропорт Домодедово»,
владение 7, стр.1

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
198627, г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д.235а

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024, г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд, д.2/3

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036, г. Екатеринбург, ул. Суходольская, д.197

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152, г. Нижний Новгород, ул. Кащенко, д.2

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла-Дон»
344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д.1/52