

ФОРУМ

ISSN 2312-5713

Долгосрочной Опеки

№ 4(12) декабрь 2016



РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ДОМАШНЕМ УХОДЕ

Роль медсестры в домашнем уходе

Движение для оздоровления

seni

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
№ ПИ № 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 редакция:

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

форум

Номер 4 (12) декабрь 2016 г.
Подписано в печать 16.12.2016 г.
Выход в свет 23.12.2016 г.

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

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

В журнале использованы фото
авторов статей и Pressfoto.ru

Дорогие друзья!

Декабрь – начало зимы и последний месяц в уходящем году. Для каждого человека это время осмысления и подведения итогов в работе, в отношении к жизни, к окружающему миру.

Еще это прекрасная пора для того чтобы помечтать и загадать в канун Нового года все то, что хотелось бы воплотить в жизнь и осуществить в следующем году.

Так и мы планируем поделиться на страницах нашего «Форума» новыми интересными статьями. Все темы значимы и необходимы к освещению, особенно такие, как «Организация и управление в учреждениях долгосрочной опеки», «Роль семьи и медучреждений в работе органов опеки», «Уход и питание при различных заболеваниях», «Жизнь детей в хосписе».

Наш декабрьский номер посвящен теме: «Роль медсестры в домашнем уходе при различных заболеваниях».

В настоящее время роль медицинской сестры в лечебном процессе постоянно развивается и возрастает. В домашнем уходе медсестра должна обладать не только милосердием, но и знаниями особенностей ухода за больным, сложными медицинскими познаниями. Уход домашней медсестры за больным играет важную роль в поддержании его стабильного состояния и предупреждении тяжелых осложнений, и в конечном итоге – в выздоровлении пациента.

В продолжение рубрики «Движение для оздоровления» мы публикуем статьи о скандинавской ходьбе. В этот раз вы узнаете о необходимом оснащении и о методах тренировок и с полной готовностью сможете двигаться за здоровьем!

Редакция журнала «Форум долгосрочной опеки» выражает благодарность своим авторам. Ваш опыт дает возможность получить знания, которые облегчат труд специалистов в сфере опеки и хосписной помощи.

Ждем новых авторов и новых публикаций.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»
fdo@bella-tzmo.ru

содержание

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ДОМАШНЕМ УХОДЕ

ПРИНЦИПЫ И ПРАКТИКА УХОДА

- 7 Пачковска А.
Роль медсестры в коммуникации с семьями людей с хроническими заболеваниями
- 11 Хлебек Е.
Роль семейной медсестры в организации домашнего ухода за лежачими пациентами
- 14 Гловацка И.
Роль медсестры в уходе за пациентом с болезнью Альцгеймера и его семьей
- 17 Куява В.
Роль медицинского опекуна в осуществлении ухода за хронически больными и несамостоятельными пациентами
- 21 Семенова Г. С.
Роль медицинской сестры выездной бригады паллиативного отделения
- 24 Кузьмина С. Б.
Новосибирский хоспис. Более 10 лет на службе людям

ОСОБЕННОСТИ ТРУДА МЕДСЕСТРЫ

- 27 Гловацка И.
Боль в пояснично-крестцовом отделе (L-S) позвоночника – серьезная проблема домашних медсестер – как предотвратить и как лечить?
- 30 Парфенова Т. А.
Профессиональное выгорание у медработников

ДВИЖЕНИЕ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ

ИНТЕРЕСНЫЕ ПОДРОБНОСТИ

- 33 Гаворска М., Лесь А.
Скандинавская ходьба, или Nordic Walking. Шагаем за здоровьем. Часть II. Азы скандинавской ходьбы
- 36 Гаворска М., Лесь А.
Скандинавская ходьба, или Nordic Walking. Шагаем за здоровьем. Часть III. Азы скандинавской ходьбы



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

Учебный центр

долгосрочной опеки

13 декабря 2016 года в офисе компании ООО «БЕЛЛА Восток» прошло торжественное открытие Учебного Центра Дополнительного Профессионального Образования «Европейский центр долгосрочной опеки».

Нашим УЦ разработана программа повышения квалификации «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком».

Цель программы – получение профессиональных знаний, умений, навыков, освоение новых методик, усовершенствование профессиональных компетенций специалистов среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (работники домов интернатов, хосписов; сиделки; опекуны) по созданию благоприятных и комфортных условий для тяжелобольных и пожилых людей.

По окончании обучения лицам, успешно освоившим программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, будет выдаваться удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Программа ПК включает в себя учебные модули:

- «Психологические аспекты в работе с тяжелобольным и его родственниками»;
- «Гигиенический уход за тяжелобольным или пожилым человеком»;
- «Безопасное перемещение тяжелобольных пациентов»;
- «Современные технологии в работе с хроническими ранами»;
- «Первая помощь в неотложных ситуациях».

Все занятия будут проходить с элементами практики, что позволит максимально вовлечь каждого участника в образовательный процесс.

По окончании специалист должен будет знать:

- правила общения с пациентами (их родственниками/законными представителями);
- правила ухода за престарелыми, тяжелобольными и инвалидами в домашних условиях;
- нормы этики в профессиональной деятельности;
- здоровьесберегающие технологии при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода;
- порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода;
- методы помощи при физиологических отравлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода;
- порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях;
- правила кормления пациентов с недостаточностью самостоятельного ухода;
- условия безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики;
- показатели функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента.



РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В КОММУНИКАЦИИ С СЕМЬЯМИ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*

Пачковска Агнешка,

психолог, психосоциальный тренер. Хоспис им. Евгениуша Дуткевича, Гданьск, Польша

Тяжелая стадия болезни сильно дезорганизует жизнь близких больного. В это время появляется осознание прогрессирующей потери самостоятельности больного. Семья должна привыкнуть к этой мысли, по-новому распределяя силы и обязанности между членами. Такие действия помогают поддерживать внутреннее равновесие в семье, обеспечивая ее дальнейшее функционирование на удовлетворительном уровне. Однако для решения многих проблем семье часто недостаточно собственных сил и ресурсов (1).

Семья представляет собой систему взаимоотношений, происходящих между отдельными ее членами, поэтому иногда происходит так, что при болезни одного из ее членов все остальные концентрируются вокруг него, значительно преобразуя свою жизнь, подстраивая ее под потребности больного и отказываясь от прежнего образа жизни. Иногда происходит противоположная ситуация: семья отодвигает от себя слишком болезненную и трудную проблему, отводя больному место на «периферии» семейных отношений. Одним из признаков такого поведения является отсутствие посещений, а во время посещений разговоры о больном и при нем, но без приглашения его принять участие в обсуждениях и семейных решениях. Обе модели

* Статья разработана на основе книги: P. Krakowiak, A. Paczkowska, A. Janowicz, B. Sikora, Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów nieformalnych – rodzin i wolontariuszy, Gdańsk 2013.

Хроническое, прогрессирующее, а особенно неизлечимое заболевание является источником многочисленных проблем не только для пациента, но также для его близких. Хроническое заболевание меняет жизнь всей семьи.



поведения являются неправильными и провоцируют негативные эмоции у больного, а также усталость или недовольство со стороны опекунов. Можно предотвратить подобные ситуации, если члены семьи будут сменять друг друга в выполнении опекунских действий и оказывая поддержку близкому человеку, для того чтобы жизнь протекала гладко. Однако если болезнь длится долго, существует вероят-

ность истощения сил и опекунского потенциала семьи. Зачастую необходимым является оказание семье посторонней помощи, чтобы не доводить ее до состояния истощения. Члены опекунской группы, кроме заботы о тяжело больном, также должны заботиться о его близких, стараясь помочь семье в поддержании внутреннего равновесия и наилучшего состояния, свести к минимуму чувство отсутствия



поддержки и снизить высокое эмоциональное напряжение.

Эффективная работа профессионалов должна способствовать (2):

- тенденции к избеганию конфликтов между членами семьи и большому пониманию по отношению к поведению больного;
- увеличению согласованности действий среди членов семьи;
- большой концентрации вокруг потребностей больного, избегая при этом пренебрежения своими потребностями и потребностями других членов семьи;
- созданию ситуаций, облегчающих жизнь больного;
- повышению информированности о принципах осуществления ухода за больным, в особенности целесообразности использования на последующих стадиях болезни процедур и действий, не улучшающих состояние больного, а наоборот, ухудшающих качество его жизни;
- улучшению ориентации на тему возможных форм помощи, в том

числе психологической, духовной, социальной или финансовой.

Внутрисемейная ситуация, оказывающая существенное влияние на жизнедеятельность больного, является причиной того, что задачи профессионалов, в том числе медсестры, ориентированы не только на больного. Хорошие отношения между медсестрой и семьей больного чаще всего определяет правильная коммуникация. Базовые знания основ коммуникации являются важными для осознанного формирования взаимного сотрудничества. Процесс коммуникации проходит на разных уровнях: с помощью слов, а также, прежде всего, в невербальной форме – с помощью жестов, мимики, движений тела, различных символов или знаков. Ошибки в этой области или неправильное поведение могут привести к недопониманию и появлению чувства неудовлетворенности от осуществляемого ухода или также усиливать негативные эмо-

ции со стороны всех лиц участвующих в уходе за больным.

Каким же образом с помощью коммуникации можно построить хорошее сотрудничество с семьей больного? Помня о том, что процесс коммуникации происходит постоянно, стоит присмотреться к своей невербальной коммуникации, поскольку именно она оказывает наибольшее влияние на то, как вас воспринимает другой человек. Невербальная коммуникация происходит с помощью мимики лица, жестов, интонации голоса, позы или внешнего вида. Даже наилучшим образом подобранные слова и время, посвященное семье для объяснения некоторых вопросов, не будут как следует восприняты без согласованности с языком телодвижений. Раздражение в голосе, нервные движения рук, отсутствие зрительного контакта сразу же становятся заметными собеседнику, подсознательно им воспринимаются и интерпретируются. Осознание

значения невербальных способов коммуникации подталкивает к оценке собственных привычных форм общения. Стоит посмотреть на себя со стороны и задать себе различные вопросы: Что я делаю в общении с больным и его семьей? Какой / какая я в отношениях? Как я здороваюсь? Как я выгляжу на рабочем месте? Какое у меня чаще всего выражение лица, когда я захожу в дом к больному? Какие позы я принимаю, когда отвечаю на вопросы семьи? Если ли что-то, что мне мешает, что я хотела бы изменить в своей невербальной коммуникации? Есть ли у меня какие-то привычки: паузы в разговоре, скре-

щивания рук, обгрызание ногтей и т.п.? Как часто я получаю касающуюся меня информацию от окружения, которая не совпадает с моей оценкой самого / самой себя?

Самоанализ с точки зрения посылаемых невербальных сообщений может мотивировать на борьбу с некоторыми собственными негативными привычками. Это важно, поскольку невербальная коммуникация выполняет очень много функций – прежде всего информирует об отношении к собеседнику, о переживаемых эмоциях или личных чертах характера. Правильная невербальная коммуникация может стать главнейшим союзником в

работе медсестры, время которой на больного и его семью все больше сокращается из-за прогрессирующей бюрократии и нехватки кадров. Дружелюбный голос, установление зрительного контакта, сдержанная одежда могут помочь в передаче семье важнейшей информации. Внутреннее чувство компетенции, уверенность в собственных способностях, доброжелательное отношение к пациенту и его близким передаются чаще всего неосознанно в невербальных сообщениях. Таким же образом проявляются и негативные послания. Неуверенность, страх, злость, усталость, пренебрежение стано-



ваться очевидными через язык тела и могут вызвать недовольство у больного или его семьи.

Построение хороших отношений с семьей больного – это также работа о правильной вербальной коммуникации. Терапевтическая роль коммуникации выражается главным образом через способность внимательно и активно слушать собеседника. Само умение выслушать может оказаться успокаивающим фактором. Почему так происходит? Дело в том, что слушая кого-то, вы как бы посылаете сигнал собеседнику: «Ты являешься важным для меня. Я чувствую тебя. Твои проблемы волнуют меня. Я принимаю тебя как человека. Я хочу узнать твой мир». Умение слушать вмещает в себя большую поддержку. Что значит слушать активно? Это такой вид беседы, при котором слушатель задает вопросы, показывает свою заинтересованность, но не занимает в разговоре доминирующего положения, не оценивает. Слушатель создает атмосферу для того, чтобы вторая сторона тоже могла выговориться. Основным средством активного слушания является подтверждение получения информации. Оно заключается в выражении заинтересованности с помощью мимики, соответствующих жестов, зрительного контакта, задавания вопросов, мотивирования к беседе. Другим примером активного слушания является перефразирование или повторение своими словами того, что только что сказал собеседник. Это своего рода задавание вопросов о том, правильно ли был понят смысл слов собеседника. Перефразирование является очень полезным, когда мало времени и нужно выявить проблему и обратить внимание на некоторые вопросы. Если собеседник услышит собственный ход мыслей, высказанный другим человеком, то у него есть шанс посмотреть со стороны на свой рассказ, обдумать некоторые его аспекты. Другим методом активного слушания является уточнение рассказа собеседника, то есть задавание вопросов о том, что именно собеседник имел в виду. Эта техника пригодится в том случае, когда собеседник говорит очень обобщенно. Легко

сделать неправильные выводы, последствиями которых могут стать разногласия. Уточнения также дают возможность собеседнику еще раз задуматься над смыслом произносимых им слов. Следующий метод это отражение. Эта техника заключается в назывании замеченных эмоций, появляющихся в поведении собеседника. Благодаря этому можно побудить другого человека к рассуждениям, с помощью которых он сможет осознать собственные чувства.

Выделяют следующие приемы активного слушания (3):

- **Подтверждение получения информации** может происходить посредством:

- жестов – наклона головы, наклона туловища в сторону собеседника;
- мимики лица;
- вопросов по теме беседы;
- короткого словесного подтверждения: «Ага», «Это интересно»;

- **Уточнение информации**, когда собеседник ограничивается общими словами (например: «Когда все это закончится?», «Я больше никогда не хочу принимать эти лекарства», «С меня хватит всего этого»):

- «Что это для вас значит?»;
- «Можете ли вы рассказать больше на эту тему?»;
- «Что вы конкретно имеете в виду, говоря...?»;
- «В чем именно дело?»;

- **Перифраз (пересказ)** с помощью задавания вопросов:

- «Если я правильно вас понял / поняла, то...»;
- «Вы считаете, что...»;
- «Другими словами, вас беспокоит...»;
- «Этим вы хотите сказать, что...»;

- **Отражение чувств** с помощью описания эмоций, замеченных у собеседника:

- «Я вижу, что вам грустно»;
- «Понимаю, что тогда вы почувствовали боль»;
- «У меня создается впечатление, что вы нервничаете, когда говорите об этом»;
- «Я слышу злость в вашем голосе».

Перечисленные приемы активного слушания – это способы построения хороших отношений. Их общей чертой является не навязывание ответов, отсылка к внутренним переживаниям, благодаря чему собеседник имеет возможность упорядочить собственные проблемы. Оказываемая таким образом поддержка может стать важной для семьи пациента, но также может облегчить работу медсестры. Приобретение умения слушать, правильно задавать вопросы и описывать действительность может оказывать благоприятное влияние на качество сотрудничества с семьей больного. Однако существует одно условие: вербальная коммуникация выполняет свои терапевтические задачи, но только тогда, когда согласуется с языком тела. Выражение словами любопытства или заботы не будут как таковые восприняты, если не будут подкреплены искренностью в голосе.

Работа над искусством коммуникации, в особенности знание ценности невербальной коммуникации может оказать существенную помощь в общении медсестры с семьей больного в то время, когда помощь становится все более трудной задачей. Старания профессионалов и семьи, их взаимное сотрудничество и заинтересованность не всегда приносят ожидаемые результаты каждой из сторон. Но уже сами попытки установления хороших отношений с помощью осознанной коммуникации могут облегчить заботу о больном.

Литература

1. Por. M. Reclaw (red.), Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych, Warszawa 2011.
2. K. De Walden Gałuszko, U kresu, Gdańsk 1996.
3. Por. M. Motyka, Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej – zintegrowany model czynników terapeutycznych, Kraków 2002. ■

РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ДОМАШНЕГО УХОДА ЗА ЛЕЖАЧИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Хлебек Ева,

региональный консультант по вопросам семейного ухода, Министерство Здравоохранения, Польша

Согласно ст. 28 Закона от 27 августа 2004 г. об учреждениях медицинской помощи, финансируемых из государственного бюджета, медицинская сестра первой помощи, будучи выбранной получателем услуг, планирует и реализует комплексный медико-санитарный уход за получателем услуг в области:

- 1) укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- 2) процедур общего ухода;
- 3) диагностических процедур;
- 4) медицинских процедур;
- 5) реабилитационных процедур;

Медицинская сестра ПМП планирует и реализует комплексный медицинский уход за человеком, семьей, общностью в среде проживания, включая уход за:

- 1) здоровыми и больными независимо от пола и возраста, за исключением новорожденных младше 6 недель от роду;
- 2) людьми с ограниченными возможностями.

В рамках оказания услуг медико-санитарной помощи медсестра ПМП взаимодействует с:

- 1) врачом ПМП и с согласия врача проводит медицинские процедуры;
- 2) медсестрой ПМП отделения гигиенического образования и воспитания или школьной гигиенисткой;
- 3) фельдшером ПМП;
- 4) домашней медсестрой долгосрочного ухода;
- 5) другими поставщиками услуг в соответствии с потребностями подопечных;
- 6) представителями организаций и институций, занятых в сфере здравоохранения;

Знаете ли вы свою семейную медсестру (первая медицинская помощь – ПМП)? Этот вопрос я задаю каждый раз, когда беседую с человеком, ищущим помощи в организации ухода за лежачим больным дома. В 90 % случаев ответ звучит так: «А кто это такая?» В этом месте начинаются долгие рассуждения на тему заявления о выборе врача, которое пациент подает врачу ПМП, медсестре ПМП, фельдшеру ПМП.



- 7) семьей (опекунами) получателя услуг.

Согласно вышеперечисленным положениям, семейная медсестра должна быть организатором ухода за лежачим больным в домашних условиях.

Самой трудной задачей для семьи / опекуна является возвращение близкого человека из больницы, особенно тогда, когда внезапная болезнь исключила его из прежней

социальной жизни и сделала человеком, нуждающимся в уходе. Меняется жизнь не только больного человека, но и его семьи, которая должна принять брошенный ей судьбой вызов. Начинается лихорадочный поиск людей, которые могли бы помочь справиться с этой ситуацией. Одним из таких людей должна быть медсестра ПМП. Это она шаг за шагом подскажет, как подготовить дом к возвращению больного, где получить оборудование, необхо-



димое для оказания ухода, оценит уровень знаний и навыков опекунов в области болезни, выполнении повседневных действий, и на основании этого подготовит для опекунов и больного план по уходу.

Первые дни пребывания больного дома требуют активного вовлечения всех лиц, принимающих участие в уходе за больным, и наиболее компетентным человеком в вопросе координации этих действий является и должна быть семейная медсестра. Медсестра укажет, в том числе, на других поставщиков услуг в области ухода за пациентом в домашних условиях в рамках договора с Национальным фондом развития здравоохранения (долгосрочный сестринский уход, домашний хоспис для детей и взрослых, долгосрочный уход за пациентом с искусственной вентиляцией легких в домашних условиях и т.п.). Для того чтобы воспользоваться услугами вышеперечисленных учреждений, необходимо сотрудничать с семейной медсестрой.

Ситуация, в которой оказались пациент и его семья, требует помощи не только в области оказания медицинских услуг, но также в области оказания социальной помощи. В плане по уходу за пациентом, в соответствии с оценкой проблем, семейная медсестра должна подсказать наименования организаций социальной помощи и другие центры поддержки больных и их опекунов. Фонд «Вместе изменим мир», издав руководство «Мы справимся», создал образовательный инструмент, в том числе и для семейной медсестры, в котором содержится информация для опекунов, а также показана техника ухода за лежачим больным, указаны вспомогательные средства. Это первое руководство, содержащее в себе наиболее важную информацию для организации ухода за лежачим больным в домашних условиях.

Несмотря на предоставление опекунам всей необходимой информации в соответствии со стан-

дартами высокого искусства медицинского ухода, в виду разных причин опекуны не всегда в состоянии справиться со стоящими перед ними задачами. В этой ситуации семейная медсестра подсказывает, какими возможностями могут воспользоваться опекуны для того, чтобы их близкий человек мог получить помощь в стационарном учреждении.

Что сделать для того, чтобы вышеперечисленные задачи семейной медсестры в рамках ухода за больным в домашних условиях не оставались только положениями закона, что сделать для того, чтобы пациент и его семья не блуждали, ища помощи и поддержки от профессионалов?

Что сделать для того, чтобы заявление о выборе медсестры ПМП было не просто листком бумаги, на котором записаны личные данные, а документом реализации услуг по отношению к пациенту? ■

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



Крем

защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл

Крем

защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

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)

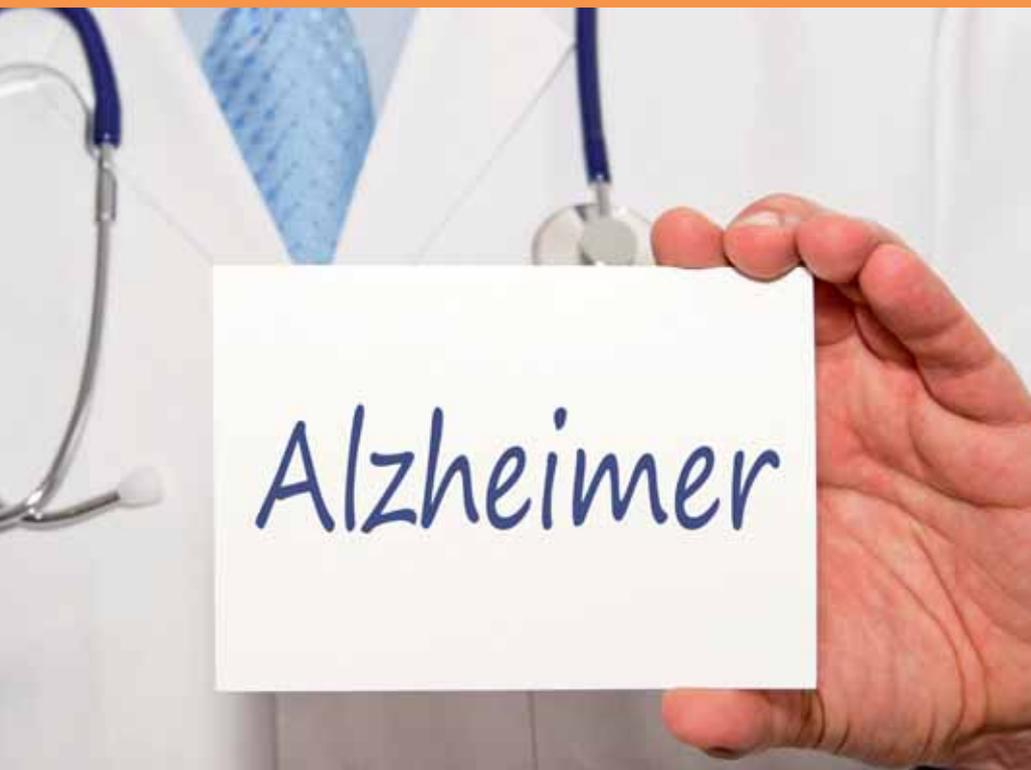
www.seni.ru

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ЕГО СЕМЬЕЙ

Гловацка Ивона,

медицинский консультант ТЗМО «Торуньский завод перевязочных материалов», Польша

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной формой деменции. Риск заболевания возрастает у людей в возрасте после 65 лет и насчитывает 30–40 %. Зачастую люди с этим заболеванием остаются дома под присмотром семьи.



Уход за людьми с болезнью Альцгеймера требует междисциплинарного подхода со стороны медсестры, врача, физиотерапевта и социального работника. Целью ухода является улучшение качества жизни больного и его семьи. В статье представлена роль медсестры в уходе за больным и его семьей, конкретные

аспекты обустройства жилья, в котором находится больной, принципы коммуникации с пациентом с болезнью Альцгеймера.

Болезнь Альцгеймера является формой первичной дегенеративной старческой деменции (1). На начальной стадии ее симптомы трудно отличить от умеренных когнитивных нарушений памяти, проявляющихся после 65 лет. Наруше-

ния памяти возрастают постепенно в первые 2–3 года, затем появляется замедленность движений, потеря языковых навыков (произнесения слов, называний предметов, правильного устного изъяснения (2). Болезни Альцгеймера сопутствуют также нарушение ориентации во времени, неумение адаптироваться в незнакомой обстановке, депрессивные состояния, различные мании. На начальном этапе симптомы заболевания недооцениваются семьями, часто причины их объясняются как признаки старости. Проведение компьютерной томографии головного мозга позволяет найти атрофии в головном мозге, расширения борозд, увеличение объема боковых желудочков мозга. Нейрохимические исследования могут определить снижение активности нейротрансмиттеров: ацетилхолина, серотонина и норадреналина (3).

Для заболевания характерны следующие этапы развития:

- умеренная деменция,
- деменция средней степени,
- тяжелая деменция,
- последняя стадия (4).

Уход за пациентом с болезнью Альцгеймера требует междисциплинарного подхода, участия врача, медсестры и физиотерапевта. Важную роль в этой группе играет медсестра. Она выполняет функции:

– опекунскую – включает в себя предоставление медицинской помощи и управления опекой, может иметь профилактический, лечебный, реабилитационный характер;

- образовательную – включает в себя передачу знаний семьям, пациентам и работникам службы здравоохранения;

- организационную – включает в себя деятельность медсестры как участника группы междисциплинарного ухода;

- научно-исследовательскую – включает в себя деятельность на благо развития сестринского дела, разработку исследовательских проектов.

Важной задачей медсестры в уходе за пациентом с болезнью Альцгеймера является организация подходящего для данной стадии болезни процесса ухода. Процесс этот означает современную систему ухода, систематическое определение биопсихосоциального состояния пациента, а также обоснованные и целенаправленные действия, целью которых является улучшения функционального состояния больного. Характерные черты процесса ухода – это многоэтапность, непрерывность и динамичность, последовательность и

временная преемственность, комплексный подход к уходу, широкие возможности реализации.

Наиболее распространенными проблемами в уходе за пациентами с болезнью Альцгеймера на тяжелой стадии являются:

- ограничения самостоятельного функционирования в результате нарушений ориентации, памяти;

- угроза безопасности и возможность пропажи больного;

- риск появления боли, воспалений в полости рта;

- риск запоров, диареи, тошноты и рвоты;

- отсутствие у пациента контроля за поддержанием собственной гигиены;

- угроза иммобилизации;

- осложнения в результате ограничения активности: контрактуры суставов, отеки.

Задачей медсестры, осуществляющей уход за пациентом, реализующей принципы процесса ухода, является нахождение – в согласии

с пациентом и его семьей – средств для устранения или уменьшения появляющихся недугов.

Медсестра как участник междисциплинарной группы в комплексном уходе за пациентом с болезнью Альцгеймера должна принимать участие в подготовке опекуна в области ухода за больным, помогать ему решать конкретные проблемы, касающиеся ухода за кожей, принципов правильного кормления, гигиены. Она должна иметь возможность приходить на дом к пациенту в целях оценки его состояния здоровья и функционирования, а также затем, чтобы в случае необходимости предложить конкретные решения, улучшающие его жизнь в окружающей среде. В уходе за пациентом медсестра выполняет также реабилитационную функцию, включающую в себя выполнение основных упражнений для улучшения физического состояния – так называемых пассивных упражнений. Физическая активность играет важную роль на каждом этапе бо-



лезни Альцгеймера, предотвращает развитие сердечно-дыхательных осложнений, улучшает общее физическое состояние человека.

Целью ухода за пациентом является поддержание наилучшего качества жизни больного, замедление прогрессии болезни и предотвращение институционализации пациента. С этой целью медсестра должна выполнять в широком смысле образовательную функцию, в особенности потому, что информация о болезни часто является шоком для пациента и всей его семьи.

Важным элементом осуществления ухода за больным является приспособление жилья для его потребностей. Ниже представлены несколько принципов оборудования помещений для человека с болезнью Альцгеймера.

КВАРТИРА

Необходимо закрыть все входы на балкон, розетки; спрятать все стеклянные предметы, вазы, столовые приборы.

КУХНЯ

Все предметы, такие как переключатель газа, спички должны быть скрыты от бесконтрольного использования больным.

КОМНАТА БОЛЬНОГО

Пациент должен чувствовать себя уверенно в своей комнате, для этого необходимо обеспечить ему безопасный доступ к кровати, столу и т.п. Рекомендуется снятие ковриков, о которые больной может споткнуться. Если этого требует состояние больного, необходимо обеспечить доступ к кровати с обеих сторон, приделать к кровати поручни, стремянки, помогающие подняться с кровати и передвигаться по бокам. В комнате больного должны находиться также его любимые предметы, фотографии, альбомы.

Задачей медсестры, осуществляющей уход за пациентом с болезнью Альцгеймера, является контроль условий, в которых он находится, а также помощь семье в решении проблем, связанных с уходом, кормлением, появляющимися нарушениями памяти, которые постепенно усиливаются. Нарушения памяти являются важной проблемой для людей, ухаживающих за

больными с хроническими заболеваниями. Сначала отмирание нервных клеток вызывает нарушения свежей памяти, больной живет воспоминаниями из прошлого. В этой ситуации не стоит насильно разубеждать его или конфронтировать с ним, поскольку это вызовет у него страх и агрессию. Семья пациента должна установить распорядок дня, фиксированное время приема пищи, что способствует уменьшению чувства страха и депрессии у больного (4).

С развитием болезни пациент нуждается во все большем внимании. На начальной стадии болезни пациент самостоятельно заботится о своей гигиене, самостоятельно удовлетворяет свои повседневные потребности. Со временем выполнение этих действий требует участия третьих лиц, а задачей медсестры является научить семью правильному выполнению действий по опеке и уходу (гигиена, одевание, питание). Когда больной утрачивает полный контроль над выделительными функциями, появляется необходимость использования абсорбирующих средств. Медсестра учит семью пациента, какие изделия выбирать и как их использовать.

Серьезно проблемой для семьи человека с болезнью Альцгеймера является общение с ним. Задачей медсестры является информирование семьи о правилах коммуникации с больным на данном этапе развития болезни (5, 6).

Медсестра также должна информировать семью больного о значении физической активности. Реабилитация является необходимым элементом работы с человеком с болезнью Альцгеймера. Физическая активность улучшает работу сердечно-сосудистой и мышечной систем, улучшает самочувствие, предотвращает атрофию мышц. Весной и летом следует побуждать членов семьи, чтобы они вместе с больным проводили время на свежем воздухе, что будет способствовать усилению чувства безопасности и близости у больного.

Медсестра является звеном, объединяющим междисциплинарную группу, работающую с больным. Она находится в постоянном

контакте с ведущим врачом, информирует о состоянии больного, в случае необходимости объявляет о потребности контрольного визита.

Часто медсестра является советником семьи, информирует о местах, где можно получить постоянную или временную финансовую помощь. Когда семья не справляется с осуществлением ухода, существует необходимость помещения больного в лечебно-профилактическое учреждение. На этом этапе медсестра дает информацию, где в данной местности существуют такие учреждения и на каких условиях можно поместить в них больного.

Суммируя вышесказанное: медсестры играют важную роль в уходе за пациентами с болезнью Альцгеймера и их семьями. Их главные задачи заключаются в обучении семьи в вопросе развития болезни, способов борьбы с симптомами и помощи в решении проблем связанных с осуществлением ухода. Медсестры также являются источником поддержки для больного и его семьи; предоставляют информацию о местах оказания материальной помощи, принципов возврата денежных средств за полагающиеся пациенту изделия; выполняют роль посредника в коммуникации пациента и его семьи со специалистами из других областей медицины.

Литература

1. Jaracz K., Kazubski W. (2008), *Pielęgniarstwo neurologiczne*, PZWL, Warszawa.
2. Barcikowska M., Bilikiewicz A. (2004), *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej*, Seria Biblioteka Neurologii Praktycznej, Czelej, Lublin.
3. Trybka E., *Ponadczasowa pamięć*. Impuls, Kraków.
4. Grochmal-Bach B. (2007), *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera: podejście terapeutyczne*, WAM, Kraków.
5. Krzyżowki J. (2004), *Psychogeriatría*. Medyk, Warszawa.
6. Adamczyk K. (2000), *Pielęgniarstwo neurologiczne*, Czelej, Lublin. ■

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ОПЕКУНА В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА за хронически больными и несамостоятельными пациентами

Куява Веслава,

региональный консультант по вопросам семейного ухода, Министерство Здравоохранения, Польша

Анализ статистических данных позволяет утверждать, что Польша с 60-х годов XX века относится к демографически «старым» странам, а сегодня ее можно отнести к странам с прогрессирующим старением населения. Прогнозы Центрального статистического управления показывают, что в ближайшие годы будет наблюдаться радикальное ускорение явления старения польского населения, что в 2035 году вызовет увеличение доли людей старше 60 лет приблизительно до 30 %.

Таким образом, демографическая ситуация давно является серьезной проблемой для системы здравоохранения в Польше. Требуются существенные изменения, которые адаптируют систему к потребностям населения. Необходимо помнить о том, что получателями услуг до сих пор является та часть населения, которая в силу пожилого возраста и связанных с ним заболеваний является несамостоятельной.

Многочисленные наблюдения указывают на лавинный рост количества людей, нуждающихся в профессиональной долгосрочной опеке, как стационарной, так и домашней при одновременном пропорциональном сокращении работников в области медицинской опеки. Это подтверждают хотя бы тревожные прогнозы, касающиеся профессионально активных медсестер. На сегодняшний день на 1 тысячу поляков и полячек приходится 5 медсестер, что при европейских показателях – 10 медсестер на такое же количество людей – чрезвычай-

Потребность в долгосрочной опеке, осуществляемой стационарно и в домашних условиях, является прямо пропорциональной росту количества стареющего населения.



чайно беспокоит. Таким образом, счет становится предельно ясным: количество медсестер сокращается, количество больных увеличивается. Возникает вопрос: насколько тяжелым будет крах рынка опеки?

Тем не менее, кажется, что эта проблема не должна быть настолько тяжелой: достаточно обратиться к новой помощи и грамотно внедрить в терапевтические группы медицинского опекуна. Упомина-

емые группы не являются чем-то новым на рынке медицинских услуг, они исправно функционируют во многих медицинских учреждениях, при условии, однако, что каждый входящий в состав такой структуры знает свои задачи, обязанности и полномочия, и осознает лежащую на нем ответственность. Факт, что в Польше обучение медицинских опекунов началось восемь лет назад, и они находят свое место в учреждениях долгосрочной опеки, а также все чаще в больничном деле возникает необходимость использования их знаний, умений и компетенций в процессе оказания медицинских услуг.

Междисциплинарная группа представляет собой группу людей из разных областей, занимающуюся решением конкретной проблемы, используя ресурсы, имеющиеся в распоряжении каждого члена группы. Состав такой группы зависит, в частности, от рода проблемы, а также от компетенции и возможностей отдельных участников опеки, в том числе неформальных. В долгосрочной опеке в зависимости от области оказываемых услуг, это будет врач (в том числе ПМП), мед-

сестра, физиотерапевт, медицинский опекун, трудотерапевт, психолог, социальный работник, сиделка, диетолог, духовник и другие.

К сожалению, возникает проблема формального характера.

В соответствии с действующим Приказом министра здравоохранения от 22 ноября 2013 г. о гарантированных услугах среди медицинских и опекунских услуг в рамках долгосрочной опеки (Законодательный вестник от 2013 г. поз. 1430 с поздн. изм.), гарантированные услуги, предоставляемые в медицинских учреждениях / центрах медико-санитарной помощи, охватывают:

- 1) услуги врача;
- 2) услуги медсестры;
- 3) общую реабилитацию, проводимую с целью уменьшения последствий нарушения опорно-двигательного аппарата и улучшения его работы;
- 4) услуги психолога;
- 5) трудотерапию;
- 6) фармакологическое лечение;
- 7) лечебное питание;
- 8) обеспечение медицинскими средствами, перечисленными в Приложении № 1 к Приказу, используемые при оказании гаранти-

рованных услуг в опекунском учреждении;

9) образование в области здравоохранения, основанное на подготовке получателя услуг и его семьи или опекуна к оказанию самопомощи и самообслуживанию в домашних условиях.

Руководство учреждений долгосрочной опеки в подавляющем большинстве нанимает на работу медицинских опекунов. Тем не менее, кажется, что отсутствие в вышеупомянутом списке услуг, оказываемых медицинским опекуном, является непонятным.

Похожая ситуация возникает в сфере первичной медицинской помощи – там не упоминается о медицинском опекуне. Практики прекрасно знают, что профессионально подготовленный медицинский опекун знал бы, что делать в группе с семейной медсестрой (ПМП) и, например, работником Центра социального обслуживания населения. Совершенно ясно, что финансирование услуг медицинского опекуна является одной из причин существующего положения, тем более что до сих пор процедуры Государственного фонда



здравоохранения устроены таким образом, что в них нет места для медицинских опекунов.

В домашней опеке, осуществляемой как медсестрами долгосрочной опеки, так и семейными медсестрами, большая область нуждается в заполнении с использованием знаний, умений и компетенций медицинского опекуна. Это все опекунские действия, совершаемые для людей с хроническими заболеваниями, пожилых и несамостоятельных людей, которые медсестра ввиду временных ограничений не в состоянии реализовать.

При выполнении вышеперечисленных задач можно использовать умение вести коммуникацию с подопечным, которое медицинский опекун приобретает в процессе обучения. Необычайно важной является также подготовка к работе в команде. Среди черт медицинского опекуна следует перечислить добросовестность, обязательность и способность сопереживать, особенно важную в контактах с подопечным. Выпускник школы, которая обучает профессии опекуна, является подготовленным для оказания помощи больному и несамостоятельному человеку в удовлетворении его биопсихо-социальных потребностей, ассистированию медсестре и другому медицинскому персоналу во время выполнения процедур по уходу, консервации, дезинфекции приборов и инструментов во время выполнения процедур.

Компетентный опекун знает и реализует действующие стандарты ухода, проявляет самостоятельность в выполнении многих опекунских действий, помогает другим членам междисциплинарной группы, осознает ответственность за результаты своих действий. Уход является процессом сопровождающим лечение и реализуется в отношении людей, испытывающих дефицит помощи. Уход могут осуществлять как медсестры, так и медицинские опекуны. Высший совет медицинских сестер и акушерок 4.12.2015 г. принял постановление о введении каталога обязанностей медицинского опекуна в отношении больных и несамостоятельных пациентов по направлению и под надзором медсестры. Везде, где ждали

этого решения, без сомнения, был достигнут ожидаемый результат. Тем не менее, я считаю, что там, где при создании междисциплинарной группы при участии медсестры и медицинского опекуна не обошли стороной важный этап, каким является строгое определение области обязанностей, полномочий и ответственности, это постановление является дополнением правильной организации работы.

Компетенции медицинского опекуна охватывают 2 главные области:

1. Основной уход: личная гигиена, помощь в принятии пищи, помощь в осуществлении выделительных процедур, перемещение пациента.

2. Опекунские функции: обеспечение безопасности, при взаимодействии с членами терапевтической группы – помощь в уходе и реабилитации, общения и поддержанию выполняемых социальных ролей, взаимодействие с социальным работником.

Важным вопросом для людей с хроническими заболеваниями, пожилых и несамостоятельных является потенциал семьи в области ухода и опеки. Анализ проблем и трудностей в области ухода проводимый во многих семьях, показал, что можно выделить ряд ситуаций, которые в разных конфигурациях или как исключение, оказывают влияние на возникновение синдрома семьи, не справляющейся с опекунскими функциями. Анализу и оценке подвергаются: структура семьи, физическая и психическая устойчивость ее членов, социальная жизнь членов семьи, бытовая ситуация, эмоциональное состояние, а также знания и умения членов семьи. В работе семейной медсестры большое значение имеет правильное распознавание проблем подопечного и его семьи, для того чтобы сформулировать индивидуальный медицинский диагноз. Семейная медсестра (ПМП) устанавливает индивидуальный план по уходу, определяет существующие биопсихосоциальные проблемы, зачастую совместно с подопечным и его семьей определяет, кто является неформальным опекуном. В этой области часто имеется пробел: в результате трансформации системы, эмиграции и других факто-

ров большинство семей состоит из 1–2-х человек. Все меньше многопоколенных семей, подготовленных для роли неформальных опекунов в случае болезни, инвалидности одного из их членов и т.д.

Возникает вопрос: где искать помощи? Как выдержать очередь в медицинские учреждения / центры медико-санитарной помощи, если уже сейчас существует острая необходимость круглосуточной опеки? Что посоветовать такому человеку? Где найти профессиональную помощь?

В значительной мере источником помощи могут быть соседи, знакомые, волонтеры или учреждения социального обеспечения с той областью задач, которые определяются как опекунские. Это место для работы медицинского опекуна, который совместно с семейной медсестрой или медсестрой долгосрочной опеки может реализовать индивидуальный план по уходу за пациентом.

В Польше был реализован проект, в котором признали потенциал должности медицинского опекуна, под названием «Поддержка системы непрерывного образования медицинского персонала в области гериатрии, финансируемого Европейским социальным фондом в рамках Оперативной программы «Человеческий капитал – Варшава, 2012»».

Определение процесса образования в рамках проекта подразумевает, что:

«Медицинский опекун при осуществлении ухода за пожилыми людьми должен взаимодействовать, прежде всего, с медсестрой и другими практиками первой медицинской помощи в области:

- планирования и реализации комплексной гериатрической оценки (КГО) в междисциплинарном сотрудничестве с целой группой практиков первой медицинской помощи;
- разработки плана по уходу за пожилыми и несамостоятельными пациентами;
- помощи при выполнении медицинских процедур;
- выполнения рекомендаций медсестры и врача по осуществляемому уходу;



- помощи в удовлетворении потребностей, связанных с поддержанием гигиены тела или осуществления гигиенических процедур, поддержания чистоты и окружающей пациента эстетической обстановки;
- помощи несамостоятельному пожилому пациенту в удовлетворении потребностей, связанных с принятием пищи и осуществлением выделительных процедур, а также в поддержании двигательной активности и использовании ортопедических средств и реабилитационного оборудования;
- дезинфекции и консервации приборов и инструментов, используемых во время выполнения медицинских процедур;
- документирования выполняемых процедур и действий;
- помощи пожилому и несамостоятельному пациенту в приспособлении к условиям жизни в больнице и изменениям, связанным с хроническим заболеванием, оказании эмоциональной поддержки,

помощи в общении с окружением, опекунской и терапевтической группой и другими людьми;

- оказания помощи в состояниях, угрожающих жизни и здоровью;
- осуществления ухода в соответствии с принципами этики.

Медицинский опекун должен владеть знаниями о современном оборудовании, используемом в процессе ухода и опеки, таком как ортопедические кровати с регулируемой высотой и приспособлениями, противопролежневые матрасы, санитарно-гигиеническое оборудование, оборудование, облегчающие перемещение больных, в том числе носилки, инвалидные коляски, приспособления, стабилизирующие положение, и другие медицинские средства. Важной является постоянная актуализация знаний правил, касающихся пособий, льгот, доплат, возврата денег (в т.ч. из Государственного фонда здравоохранения) при закупке этих позиций».

В заключение:

1. Медицинский опекун является профессиональным услугодателем в области основных опекунских услуг, участие которого в работе междисциплинарной группы, осуществляющей опеку над пожилыми, хронически больными и несамостоятельными пациентами должно быть признано хорошей практикой в долгосрочной опеке.

2. Существует неотложная необходимость предоставления опекунских услуг в рамках медицинского обеспечения при участии медицинского опекуна. ■

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ

паллиативного отделения в домашнем уходе при различных заболеваниях, помощь родственникам за хронически больными и несамостоятельными пациентами

Семенова Галина Сергеевна,

*медицинская сестра выездной службы отделения паллиативного ухода
Новосибирской районной больницы № 1, Россия*

Немаловажную роль в уходе за тяжелобольными имеет работа медицинской сестры, ведь она является младшим специалистом по отношению к специалисту-врачу, т.е. его помощником. Так в чем же заключается ее помощь? Для этого я приведу выдержку из учебника «О принципах и практике ухода» Вирджинии Хендерсон: «Уникальная функция медицинской сестры заключается в оказании помощи индивиду, больному или здоровому, в выполнении таких мероприятий, содействующих сохранению и восстановлению здоровья или спокойной смерти, которые он мог бы обеспечить себе сам, если бы имел необходимые для этого силы, волю и знания». Помимо выполнения должностных обязанностей, профессиональная медсестра обязана знать и уметь многое: это и этика с деонтологией, нормативные акты, стандарты деятельности медицинской помощи, умение на практике применять весь багаж знаний.

А медицинская сестра паллиативной помощи, помимо всего этого, должна уметь проявлять заботу, эмоции, уметь говорить о вопросах жизни и смерти, владеть техникой активного слушания, тактично и своевременно обсуждать с родственниками темы неминуемой смерти. При работе с пациентами медицинская

К нам обращаются за помощью люди, у которых в связи с заболеванием возникает целый комплекс проблем: социальных, медицинских, бытовых, психологических и духовных. Пациенты и их родственники под гнетом всех этих проблем не всегда могут выявить главную, они теряются и не могут сформулировать, в чем нуждаются в первую очередь. Наша задача – помочь им в этом.

сестра должна иметь индивидуальный план ухода, в который будут вноситься коррективы при изменении тяжести состояния больного. Есть пациенты, которые по каким-либо моральным, психологическим, иногда даже религиозным убеждениям отказываются от госпитализации и готовы принять нашу помощь на дому. Также есть пациенты, которые возвращаются из стационара домой на определенный промежуток времени, но родственники нуждаются в помощи и контроле по уходу за больным. Большинству из них нужна помощь медицинской сестры. По наблюдениям за пациентами, их можно разделить на три группы.

Первая группа – пациенты, которые понимают тяжесть своего заболевания, но продолжают по возможности вести активный образ жизни. На первый взгляд они кажутся здоровыми людьми, но это как раз те люди, которые не могут еще выявить главную проблему и не могут понять, в чем они нуждаются в первую очередь. Зачастую у та-

ких пациентов возникает проблема нарушения естественных физиологических потребностей, например, колостомы, опухоль анального отверстия, выделения из влагалища или недержание мочи. Все эти аспекты не мешают им двигаться, ходить, но они мешают им общаться. Первая мысль, которая приходит им в голову, – запах, калоприемник, подгузник. Для таких людей эти вещи являются непреодолимой психологической проблемой. В этих случаях медицинская сестра должна научить пациентов правильно с этим справляться, чтобы они чувствовали себя полноценными людьми, например, научить менять калоприемник в домашних условиях.

Перед сменой калоприемника, место, где будет меняться пакет, надо застелить чистой простыней, во избежание попадания содержимого на мебель. Подготовить теплую комнатную воду, стерильные ватные тампоны, перчатки, новый калоприемник и лоток или полиэтиленовый мешок для отработанного материала. Тщательно вымыть и

затем обработать руки дезинфицирующим средством. Надеть стерильные перчатки.

Возьмитесь рукой за край мешка и потихоньку начинайте отлеплять от поверхности тела. Аккуратно надавливайте свободной рукой на кожу в процессе отклеивания. Снимите и склейте пополам использованный резервуар перед утилизацией.

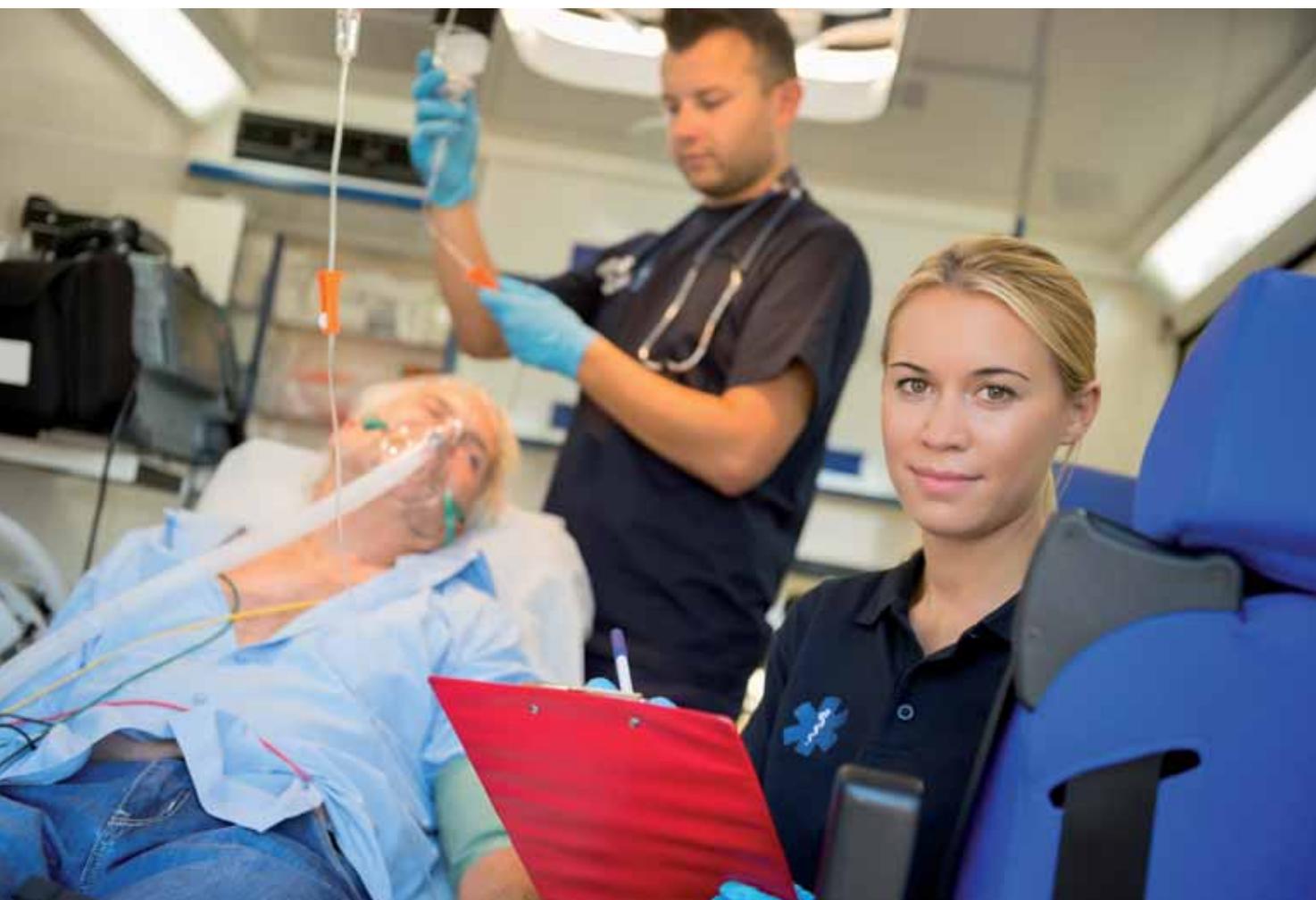
Обработайте тампонами кожу вокруг свища теплой водой без применения мыла и спиртовых растворов, чтобы избежать повреждения нежного места. Промакивающими движениями просушите полотенцем или салфеткой. Дайте высохнуть эпидермису естественным путем. Не пытайтесь оттереть клеевой слой от мешка – возникнет сильное раздражение. Клей отойдет сам при последующих применениях калоприемника. С помощью специальных средств или салфеток обработайте кожу. При раздраженной коже можно

применять защитный крем с аргинином марки Seni. В калоприемнике вырежьте отверстие нужного размера и приклейте к коже.

У людей с недержанием мочи или выделениями из влагалища, анального отверстия возникает страх перед подгузником. Этого тоже можно избежать. Таким больным можно рекомендовать сетчатые трусики-фиксаторы, которые очень тонкие, не имеют швов и очень просты в уходе, в них, что называется, тело «дышит», они хорошо фиксируют прокладку, которую можно подобрать любого размера по потребности пациента. Можно выбрать трусики и прокладки: у изделий San Seni – оптимальное соотношение качества и цены. Большинство пациентов комфортно себя в них чувствуют и продолжают вести обычный образ жизни.

Ко **второй группе** можно отнести пациентов, уже чаще находящихся дома, нуждающихся в какой-

либо помощи родных и близких. В этом случае нужно определить степень самостоятельности пациента. Необходимо мотивировать пациента к каким-либо действиям, уделять ему внимание, но исключить излишнюю опеку во избежание межличностного конфликта между ним и его близкими. У таких больных часто наблюдается снижение аппетита, слабость. Можно порекомендовать ароматерапию: можно разрезать апельсин, выпечь булочку, а для кого-то почистить чеснок – все это возбуждает аппетит. Также эти люди становятся менее подвижными и иногда могут долгое время лежать в одном положении. В этом случае уже возникает риск образования пролежней 1 степени – видимое покраснение кожи в местах сдавливания тела с поверхностью постели. Медицинская сестра должна провести беседу о профилактике пролежней. Противопролежневый режим состоит из трех основных пунктов:





– уменьшение степени и длительности сдавливания кожных покровов;

- активизация кровообращения;
- защита кожи от инфицирования.

Больной как можно меньше должен находиться в одном положении, при покраснении кожи нужно сделать легкий массаж, можно с помощью активизирующих гелей, можно использовать гель с гуараной марки Seni для улучшения кровообращения.

Третья группа – это те больные, которые постоянно нуждаются в посторонней помощи. Родственники не всегда могут справиться сами, в этом случае помощь медицинской сестры просто необходима. В домашних условиях больной должен находиться в светлой комнате, комната должна проветриваться. В целях безопасности у кровати не должно быть ковриков, подход к больному желателен должен быть

с двух сторон, окно должно быть в поле зрения больного, необходимо больше движущихся предметов. Как правило, основной проблемой таких пациентов являются пролежни. По их наличию или отсутствию у больного можно оценить качество ухода. Чтобы избежать образования пролежней, медицинская сестра должна ознакомить родственников с профилактикой и обработкой пролежней. Для этих пациентов рекомендуются противопролежневые системы. Постельные принадлежности, которые соприкасаются с кожей больного, не должны быть грубыми, недопустимо образование складок. Во время переворачиваний больного необходимо обязательно осматривать его кожный покров, чтобы начальный этап образования пролежней не остался незамеченным. При повороте лежачего больного полезно внимательно обследовать спину, помассировать и устроить

воздушные ванны. При образовании пролежней медицинская сестра проводит обработку и обучает родственников. В современной медицине существуют интерактивные повязки, которые обладают комплексным направленным действием, такие как Medisorb G, Medisorb A, Medisorb H, Medisorb F. Эти повязки способны поддерживать оптимальную для заживления среду.

В случае необходимости всегда есть возможность госпитализации больного в стационар. Показаниями к госпитализации являются наличие некупирующегося хронического болевого синдрома, проведение симптоматической терапии, необходимость паллиативной хирургической манипуляции, госпитализация по медико-социальным показаниям.

Медицинская сестра выездной службы не только выполняет врачебные назначения, она нередко становится практически членом семьи пациента. ■

НОВОСИБИРСКИЙ ХОСПИС. БОЛЕЕ 10 ЛЕТ НА СЛУЖБЕ ЛЮДЯМ

Кузьмина Светлана Борисовна,

директор, ООО Новосибирский Хоспис, г. Новосибирск, Россия

В 2003 г в Новосибирске была организована первая выездная служба помощи больным на дому – Новосибирский хоспис. Учредителем был Якушин Сергей Борисович. Изначально планировалось развернуть стационар для пациентов с ограниченными возможностями и выездную службу помощи на дому. На сегодняшний день широко развита выездная служба. С 2008 г. ее возглавляет Кузьмина Светлана Борисовна.

Вот уже 12 лет мы помогаем жителям Новосибирска справляться с проблемами ухода за тяжелобольными людьми, наши сиделки ухаживают на дому и, если есть необходимость, в стационаре по просьбе родственников, обучаем родственников правилам ухода за лежачими пациентами, правилам профилактики пролежней, помогаем советами. У нас не умолкает телефон

– к нам обращаются с самыми разнообразными вопросами медицинского, социального, юридического, житейского плана, и мы стараемся ответить на все.

О нас и нашей работе люди узнают из Интернета, где у нас размещен свой сайт NOVOSIBHOSPIS.RU с подробным изложением наших возможностей, о нас есть подробная информация в «дубль гис», часто наши бывшие клиенты рассказывают о нас своим знакомым.

Осуществляют уход на дому профессиональные сиделки. Это чуткие, доброжелательные женщины, которые относятся к пациентам с душевной теплотой, терпимостью, человеколюбием, умеют искренне сопереживать, понимать больного человека, обладают навыками ухода за тяжелобольными людьми. Ежемесячно мы проводим обучение своих сотрудников. В обязанности сиделки входит не только гигиенический уход – смена постельного и нательного белья, впитывающего белья (подгузника), но и профилактика осложнений, таких как пролежни, застойная пневмония, контрактуры суставов.

Очень важна психологическая поддержка как больного, так и его родственников. Мы не занимаемся





лечением, но мы можем держать под контролем многие симптомы, такие как боль, образование пролежней, застойные явления в легких. Мы не можем избавить близких людей от переживаний, но можем научить их правильно ухаживать за своими родными, правильно общаться с ними. Ухаживая за больным человеком, мы, как правило, надеемся на благоприятный исход, либо на какое-то улучшение состояния. Но, к сожалению, не все пациенты поправляются. Теряет ли смысл уход за больным человеком, который не может поправиться? Конечно, нет! Если больного нельзя вылечить, это не значит, что нельзя ему ничем помочь. Более того, умирающие люди нуждаются в более тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе. Это трудное испытание для всех – и родственников, и сиделок – сопровождать

угасающего пациента на всех этапах умирания. Если человек может открыться, откровенно поговорить на волнующие его темы (чаще это обсуждение своих похорон, разговоры о смерти вообще и о своей в частности), то он получает большое облегчение и внутреннее успокоение, страдания и чувство одиночества отступают от него.

Для того чтобы эффективно помогать больному человеку, необходимо понимать, какие серьезные и специфические проблемы возникают у него. Он хочет чувствовать себя защищенным, ему важно знать, что делается все что возможно, чтобы помочь ему, он не хочет страдать от болей и страхов, непонимания и одиночества. Он не должен ощущать себя в изоляции, должен знать правду. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления, нужно общаться с

пациентом честно, искренне, доверительно. Нужно относиться к нему так, как нам бы хотелось, чтобы относились к нам в трудный период жизни. Этому мы учим и сиделок и родственников пациента.

Уход на дому имеет свои преимущества:

В домашних условиях больной человек чувствует себя уютнее, комфортнее, безопаснее – «родные стены помогают».

И пациент и ухаживающий за ним человек могут жить нормальной полноценной жизнью. Пациент имеет возможность участвовать в жизни семьи, чувствовать себя нужным и востребованным. Домашняя еда больше соответствует потребностям больного человека. Дома есть время и место, чтобы выразить свою боль, гнев и страдания, здесь быстрее формируются доверительные отношения.



Наши подопечные – это люди с ограниченными возможностями и дефицитом самоухода в результате различных заболеваний – после инсульта, переломов костей, онкологических процессов и других болезней, приводящих к инвалидизации человека, а также престарелые пациенты, нуждающиеся в присмотре, – с когнитивными нарушениями, психической патологией без агрессии и возбуждения. Кроме ухода, многие из них нуждаются в реабилитации, и для этих целей у нас организован пункт проката инвалидных кресел-колясок, ходунков, костылей, функциональных кроватей. Сиделки активно участвуют в реабилитации пациентов, помогают им ходить на ходунках, костылях, разрабатывают суставы рук и ног, выполняют упражнения для разработки суставов, упражнения на мелкую моторику.

Больные, находящиеся на постоянном постельном режиме, относятся к наиболее тяжёлой для ухода категории. Отсутствие двигательной активности приводит к

развитию множества осложнений, ухудшающих общее состояние и даже создающих угрозу жизни больного. При уходе за лежачими больными важно проводить профилактику следующих осложнений: пролежней, гипостатической пневмонии, запоров, тромбозов, контрактур. Для лечения пролежней мы используем салфетки MEDISORB.

Большую помощь в уходе за нашими подопечными оказывают современные средства ухода. На протяжении 12 лет мы используем серию средств для ухода SENI Care и весьма довольны их качеством – они проверены временем. Самым ярким примером качества ухода с помощью средств «Сени» является отсутствие пролежней. Значимость этого достижения может оценить тот, кто хоть один раз столкнулся с задачей профилактики пролежней.

В своей работе мы пользуемся следующими принципами:

– в любую минуту быть готовыми прийти на помощь;

– принимать во внимание и стараться удовлетворить психические, социальные и духовные потребности больного;

– проявлять терпение, понимание, оказывать больному эмоциональную поддержку, дать возможность выговориться, не прерывать, не останавливать его, быть с ним честным и искренним;

– помочь больному справиться со страхами, гневом, слезами.

Больной хочет чувствовать себя защищенным, уверенным – и мы можем дать ему уверенность в том, что он не будет одинок, не будет испытывать физических страданий, сможет общаться так, как ему этого хочется.

Мы с пониманием относимся к проблемам пациентов и их родственников, мы открыты для общения и всегда готовы прийти на помощь! ■

БОЛЬ В ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМ ОТДЕЛЕ (L-S) ПОЗВОНОЧНИКА – серьезная проблема домашних медсестер. КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ И КАК ЛЕЧИТЬ?

Гловацка Ивона,

медицинский консультант TZMO «Торуньский завод перевязочных материалов», Польша

Опорно-двигательный аппарат домашних медсестер подвергается множественным перегрузкам. Следствием этого являются проблемы костно-мышечной системы. 93 % болей приходится на пояснично-крестцовый отдел (1).

В данной статье описываются основные причины болей позвоночника в пояснично-крестцовом отделе, методы профилактики и наиболее важные способы консервативного лечения.

Позвоночник человека состоит из 33–34 позвонков. В него входят: 7 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых, 4–5 копчиковых позвонков. Поясничный отдел позвоночника ввиду своего расположения является областью, подверженной наибольшему воздействию, а также является наиболее подвижным отделом. В этом месте существует наибольшая вероятность повреждения тканей и возникновения болей. Болевые ощущения в пояснично-крестцовой области являются результатом многих факторов. К наиболее важным факторам относятся: паталогические изменения структуры позвоночника, спинного мозга, спинномозговых нервов и окружающих тканей. Признаком, сигнализирующим о возникновении проблемы, является боль. Боль выполняет охранно-предупредительную функцию, согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP) «боль является неприятным сенсорным и эмоциональным ощущением, связанным с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемым в катего-

Боли в позвоночнике относятся к цивилизационным болезням. Они являются одной из серьезнейших медицинских, общественных и экономических проблем.

Медсестры, осуществляющие уход за пациентом в домашних условиях, особенно подвержены появлению болей в пояснично-крестцовом (L-S) отделе позвоночника.



рии такого повреждения».

Медсестры, особенно работающие с пациентами на дому, являются наиболее уязвимыми к появлению болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Подопечными медсестер, работающих в сфере долгосрочной опеки, часто являются одинокие люди, люди старшего возраста или люди с ограниченными возможностями. Уход за такими пациентами требует от медсестры больших эмоциональных и фи-

зических вложений. Это касается помощи в принятии пищи, замены абсорбирующих средств, одевания и улучшения состояния пациентов. Основными причинами появления болей в позвоночнике являются:

- перемещение пациентов (их поднятие, переноска), изменение положения тела, выполнение процедур по уходу, то есть действий, при которых нужно наклоняться;
- отсутствие оборудования, позволяющего облегчить нагрузку на

позвоночник, например, реабилитационной кровати, носилок, механических тренажеров для растяжки позвоночника;

- частое выполнение одних и тех же действий в течение рабочего дня;
- необорудованные рабочие поверхности: отсутствие доступа к постели пациента с обеих сторон, риск скольжения и падения;
- отсутствие подходящей одежды и обуви;
- незнание принципов эргономики (3).

Средний медицинский персонал, работающий в области домашнего ухода, должен знать принципы про-

филактики. Профилактика болей в позвоночнике заключается в приспособлении работ выполняемых в повседневной жизни к индивидуальным возможностям позвоночника. Профилактика заболеваний позвоночника делится на первичную и вторичную.

I. Первичная профилактика нацелена на людей, которые еще не испытывают боли. К основным принципам, уменьшающим риск ее появления, относятся:

- действия, связанные с перемещением пациентов: необходимо находиться как можно ближе к паци-

енту, которого нужно переместить, расставить стопы на ширине бедер, согнуть колени – одновременно держа спину прямо – поднять голову и выпятить ягодицы;

- если есть возможность, следует пользоваться помощью других людей, доступного оборудования и использовать физические ресурсы пациента;

- необходимо носить соответствующую обувь на плоской подошве и свободную, не стесняющую движений одежду;

- следует всегда информировать больного о том, какое действие будет выполнено, и привлекать его к помощи и взаимодействию.

Средний медицинский персонал должен владеть знаниями в области эргономики работы, поскольку в результате появления болей в позвоночнике происходит потеря способности осуществления трудовой деятельности и активного участия в социальной жизни (4). Боли в позвоночнике имеют также экономические последствия – затраты на диагностику, лечение, реабилитацию, а также больничный отпуск и снижение работоспособности. Все эти факторы склоняют к анализу их причин и введения в учреждениях программ первичной и вторичной профилактики (5).

Заботиться о позвоночнике следует не только на рабочем месте, но также и дома. Особую роль в процессе профилактики и в ситуации появления боли в позвоночнике играет правильное выполнение повседневных действий, таких как:

- правильная осанка в положении стоя, которую характеризуют прямая спина, напряженные мышцы живота, спины и ягодиц. Следует заботиться о том, чтобы во время выполнения таких действий, как мытье посуды, глажение, сохранялась правильная осанка. Эти действия требуют длительных статических усилий. Важно, чтобы одна нога была размещена на табуретке или возвышении;

- освоение правильного сидячего положения, которое характеризуют прямая спина, выдвинутая вперед грудь, слегка расставленные ноги. Следует помнить, что стул и стол должны быть адаптированы к росту работающего человека;



– правильное положение во время сна, которое достигается с помощью использования соответствующего матраса, подстраивающегося под искривления позвоночника. Не менее важным элементом является подушка, которая обеспечивает правильное положение головы;

– поддержание физической формы. Двигательная активность влияет на укрепление мышечного корсета, стабилизирующего позвоночник, и улучшение подвижности суставов.

II. Вторичная профилактика направлена на предотвращение появления болевых симптомов у пациентов, которые испытали или испытывают эти недомогания. Консервативное лечение помогает уменьшить боль, улучшить качество жизни и избежать нейрохирургического вмешательства. К консервативному лечению относят:

а) **кинезитерапию** – целью выполнения упражнений при боли в L-S отделе позвоночника является увеличение подвижности суставов и укрепление силы мышцы выпрямляющей позвоночник, которая отвечает за стабилизацию. Человек, страдающий от болей в позвоночнике, не должен оставаться в постели, а наоборот, по мере возможности поддерживать физическую активность. Примерами упражнений, улучшающими подвижность позвоночника и дающими эффект деликатной мобилизации являются: «кошачья спинка», японский поклон (6). Хороших терапевтических эффектов при болях в позвоночнике можно достигнуть благодаря применению современных кинезитерапевтических методов, таких как:

– метод Маккензи, с помощью которого можно определить направление сдвига поврежденных тканей. Терапевт имеет возможность установить при помощи пациента, каким движением больной может вернуть на место смещенные ткани. Пациент активно, самостоятельно выполняемым движением или с помощью терапевта, старается определить точки обезболивания, которые позволяют привычным образом выполнять повседневные действия;

б) **классический массаж** является совокупностью приемов,

проводимых на поверхности тела пациента, которые устраняют болевые синдромы, заторы в болезненных местах. Массаж является непосредственным воздействием на тело пациента. Эта процедура способствует очищению кожи от омертвевших клеток. Во время массажа усиливается кровообращение и лимфообращение в кровеносных сосудах, благодаря чему обеспечивается доставка тканям и органам на массируемой поверхности питательных веществ и скорейшее устранение продуктов распада. Массаж оказывает воздействие на околопозвоночные мышцы в поясничной области, происходит их расслабление и устранение воспалительных медиаторов. Под влиянием массажа повышается эластичность, подвижность и прочность связок (7);

с) **физиотерапия**: к процедурам, используемым в лечении болей позвоночника относят: термотерапию, светолечение (светолечение лампой «Соллюкс»), парафинотерапию, грязевые обертывания, электротерапию, магнитотерапию. Эти процедуры способствуют снижению мышечного напряжения, снижают болезненность, способствуют расслаблению мышечной системы. Следует помнить, что процедуры теплотечения являются эффективными в лечении хронических заболеваний. В случае обострения болевого синдрома следует приостановить их выполнение (8);

д) **мануальная терапия** представляет собой метод, позволяющий устранить боли в позвоночнике с помощью выполняемых руками техник, задачей которых является улучшение подвижности нервов в тканях. Мануальные терапевты считают, что причиной появления болей является рестрикция, вызванная повреждением тканей, окружающих нервы (9);

е) **специальные положения тела** используются во время атак боли, рекомендуется такое положение, чтобы растянуть суставные поверхности;

ф) **фармакотерапия** – при терапии боли L-S отдела позвоночника применяются противовоспалительные, обезболивающие, стероидные и нестероидные лекарства.

В тот момент, когда консервативное лечение становится неэффективным, появляется необходимость хирургического вмешательства.

Медсестры, осуществляющие уход за больным в домашних условиях, в своей повседневной работе подвержены перегрузкам, влекущим за собой появление болей в пояснично-крестцовом (L-S) отделе позвоночника. Появление болей в спине влечет за собой невыход на работу, а также большие социально-экономические затраты. Огромное значение в предупреждении болей является знание принципов эргономики работы и первичной профилактики. Решение о хирургическом вмешательстве следует рассматривать в последнюю очередь, а для отдаления этого момента следует использовать консервативное лечение, охватывающее: кинезитерапию, физиотерапию, массаж, мануальную терапию.

Литература

1. A. Frąckowiak, Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej, Zeszyty Naukowe WSZOP w Katowicach, Nr 1(6)/2010, s.53-70.
2. C. Silvia i wsp., An ergonomical comparison between mechanical and manual patient transfer techniques, 2002, Work, 19, s.19-34.
3. B. Bielski, Higiena pracy w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2009.
4. G. Jarosiewicz, Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy. Poradnik dla pracowników służby zdrowia, Państwowa Inspekcja Pracy, Warszawa 2007.
5. M.E. McKinnon, M.R. Vickers, V.M. Ruddock, J. Townsend, T.W. Meade, Community studies of the health service implications of low back pain, Spine 1997; 22, s. 2161-2166.
6. J. Świerkot, Bóle krzyża – etiologia, Przewodnik Lekarza; 2006, 2 s. 691-697.
7. R. Walaszek, Masaż z elementami rehabilitacji, Rehmed, Kraków, 2001.
8. T. Mika, Fizykoterapia, Warszawa 1996.
9. A. Dakowicz, Przydatność wybranych technik terapii manualnej (trakcji i mobilizacji) w leczeniu zachowawczym objawowej dyskopatii L5-S1, Postępy Rehabilitacji 2009. ■

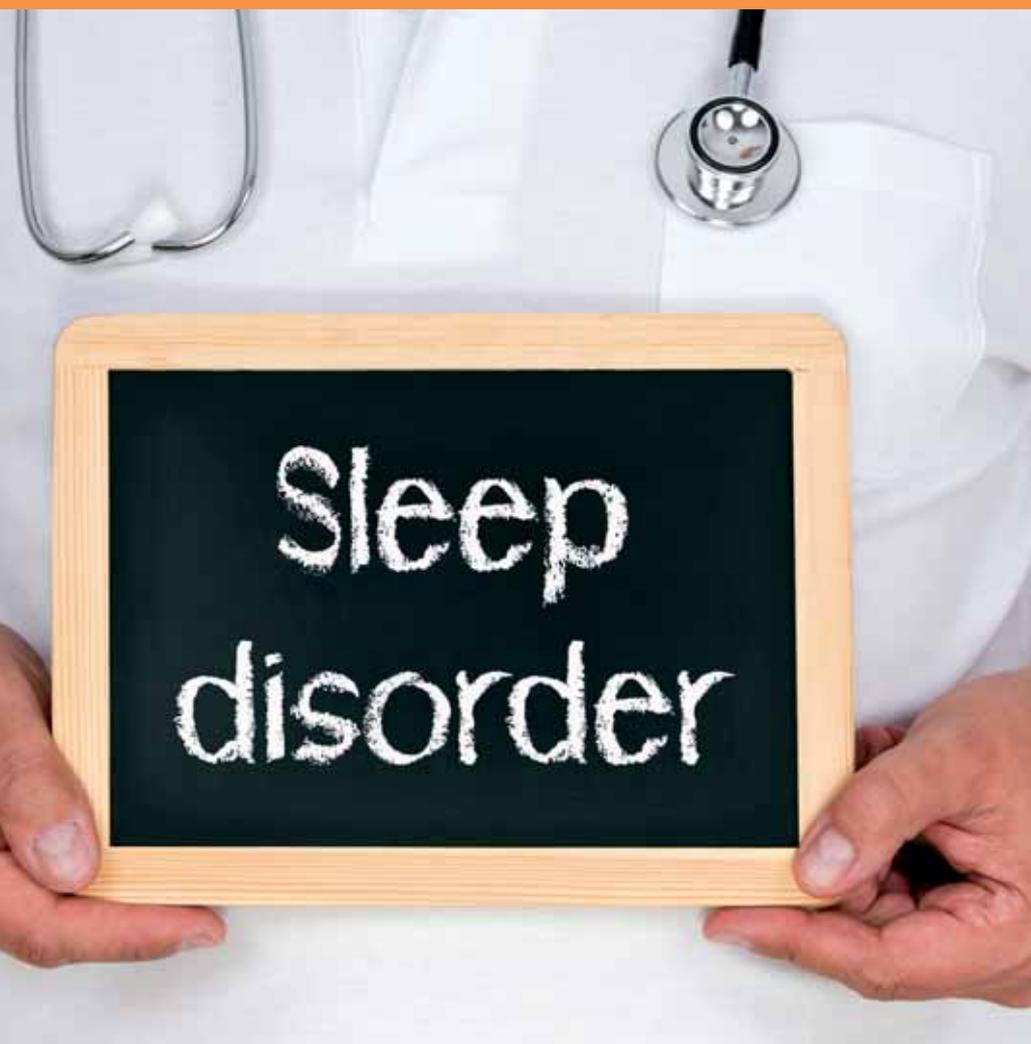
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ «ВЫГОРАНИЕ» У МЕДРАБОТНИКОВ

Парфенова Татьяна Анатольевна,

АНО «Самарский хоспис», медицинский психолог, Россия

Что есть «выгорание» – стигма профессионализма или расплата за сочувствие? В начале семидесятых годов ушедшего века американские психологи обратили внимание на то, что у медработников, которых коллеги считали высококлассными специалистами, неожиданно стали утрачиваться профессиональные интересы, стремление к дальнейшему профессиональному росту, появились черствость в отношении к пациентам, пренебрежительное отношение к товарищам по работе и т.п. Анализ этого выявил особую форму «болезни общения». Ее назвали «выгорание персонала».

Сам термин «выгорание» впервые предложил Freudenberger (1974) для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. По его мнению, «...эта неприятность случается с теми, чья работа сопровождается напряженным эмоциональным контактом с людьми. Среди симптомов эмоционального выгорания выделяют прогрессирующее безразличие, дегуманизацию в форме растущего негативизма, ощущение неудовлетворенности, деперсонализации и, в конечном счете, стремительное ухудшение качества жизни – даже на фоне финансового и карьерного благополучия». Однако он был далеко не первым, кто поставил вопрос об актуальности данной проблемы. Антон Павлович Чехов еще в конце XIX века сделал блестящее описание синдрома выгорания у врачей в рассказах «Июньч» и «Палата № 6», где он точно смог нарисовать картину расстройства, которое спустя почти 80 лет в научных терминах воспроизвели заокеанские психологи и психиатры. Социальный психолог К. Маслас (1976 г.) определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам. В России первые исследования на тему эмоционального утомления у учителей, врачей, медсестер были предприняты еще в 20-х годах прошлого века, но активно изучать и



обсуждать «синдром эмоционального выгорания» начали у нас лет 15 назад.

По современным представлениям, синдром «эмоционального выгорания» – это сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение, возникающее из-за продолжительной эмоциональной нагрузки, связанной с трудовой деятельностью. В результате исследования данного феномена было замечено, что эмоциональное выгорание наиболее характерно для представителей коммуникативных профессий, связанных с оказанием помощи другому человеку, испытывающему негативные переживания и оказавшемуся в критической ситуации. Об этом свидетельствуют многочисленные статистические данные, согласно которым врачи и медсестры находятся в группе риска.

В основе развития данного состояния лежит несоответствие между стремлением человека всем помочь и реальностью, которая свидетельствует об обратном. Непонимание ограниченности своих возможностей приводит к разочарованию и неудовлетворенности, подавленности, тревоге, ощущению снижения успешности и способности справляться с трудными ситуациями.

Ежедневно в процессе профессиональной деятельности медики подвергаются чрезвычайным стрессовым воздействиям в связи с постоянным и непосредственным контактом с больными, находящимися в тяжелом или критическом состоянии, переживающими различные отрицательные эмоции (гнев, обида, печаль, чувство брошенности и одиночества, отчаяние, безнадежность и т.д.). Рабочий день врачей и медсестер – это теснейшее общение с людьми, в основном – с больными, требующими постоянной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медики невольно и непроизвольно вовлекаются в них, в силу чего начинают и сами испытывать повышенное эмоционально-психическое напряжение, физическую усталость, что способствует исто-



щению психоэмоциональной сферы и появлению признаков эмоционального выгорания.

Выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для данного состояния:

– физические (повышенная утомляемость, нарушение сна, колебание АД, повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям);

– эмоциональные (безразличие, пессимизм, тоска, безнадежность,

одиночество, вина, агрессия, гнев, обида, тревога);

– поведенческие (формальное выполнение работы, повышенное употребление табака, алкоголя, лекарств, частые опоздания, цинизм по отношению к пациентам);

– интеллектуальные (сопротивление изменениям и новым формам работы, отказ от повышения квалификации);

– социальные (скудные отношения на работе и дома, ощущение изоляции и недостатка поддержки со стороны окружающих).

Парацельс, врач и философ средневековья, писал: «Придет время, когда врач будет целить больного самим собой». Т. о., памятью о том, что каждый медик является лекарством для больного, необходимо понимать и проверять себя: в каком состоянии находится мой инструмент, не являюсь ли я ядом, сокращающим жизнь пациента? Хотя универсального рецепта исцеления не существует, все эти проблемы решаемы, если ими целенаправлен-

но заниматься, тем более что «выгорание» – процесс с возможностью обратного развития. «Выгоранию» препятствует формирование профессиональной позиции на основе осознания своих мотивов и потребностей, реализуемых в трудовой деятельности («Кто я? Кто я как врач, медсестра? Зачем мне нужно помогать другим людям?»). Размышления на эти темы делают процесс работы осознанным, позволяют понимать и принимать себя, помогают устанавливать границы своих ресурсов: что я могу, чего я не могу. Понимание больного и сочувствие ему должны основываться не на идентификации с ним (или «растворении» в нём), а на позиции эмпатии (когда сочувствие и сопереживание сочетается с размышлениями о том, что я как профессионал могу сделать в этой ситуации). Кроме этого, соблюдая перечисленные ниже рекомендации, человек не только сможет предотвратить возникновение данного состояния, но и достичь снижения степени его выраженности:

– определение краткосрочных и долгосрочных целей своей деятельности;

– информирование о синдроме эмоционального выгорания (знания о данном состоянии позволяют вовремя заметить его проявления у себя и понять, что необходимо изменить);

– профессиональное развитие и самосовершенствование (курсы повышения квалификации, участие в конференциях и обучающих семинарах, самообразование – всё это устраняет фактор однообразия в работе и наполняет её творческим компонентом);

– забота о своём физическом и психическом состоянии (соблюдение режима труда и отдыха, правильное питание, адекватная физическая нагрузка);

– участие в тренинговых группах, направленных на выработку умения справляться с собственными стрессами и обучению адекватной заботе о себе (овладение навыками релаксации), балинтовских группах, которые способствуют осознанию медицинским работником своего опыта переживаний, связанных с общением с тяжелобольными людьми;

– поддержание психологического комфорта в профессиональной группе (формирование команды, существующей как единое целое, где каждый стремится поддержать друг друга в неформальном общении, когда у всех есть возможность поделиться своими чувствами и тем, что произошло).

Несмотря на сложность и серьезность, проблема СЭВ у врачей и медсестёр является решаемой при условии разработки системы мер по ее предотвращению на личностном и организационном уровне. Внимание к своему собственному здоровью должно становиться частью профессиональной культуры медиков, показателем их профессиональной компетентности. ■



СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА, ИЛИ NORDIC WALKING.

Шагаем за здоровьем

ЧАСТЬ II. АЗЫ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ

Гаворска Марта,

Лесь Анна,

*Европейская ассоциация содействия физической активности людей после 50 лет,
Польская федерация скандинавской ходьбы, Польша*

Сегодня мы продолжаем мысль о том, что дома социальной помощи как учреждения косвенного воспитания культуры восстановительного отдыха могут сыграть важную роль в процессе привлечения к скандинавской ходьбе своих подопечных и персонала. Целью настоящей статьи является предоставление всей информации на тему оснащения (тип и длина палок), обуви, одежды и источников информации о данном виде спорта. Эта информация разработана на основании вопросов, наиболее часто задаваемых начинающими.

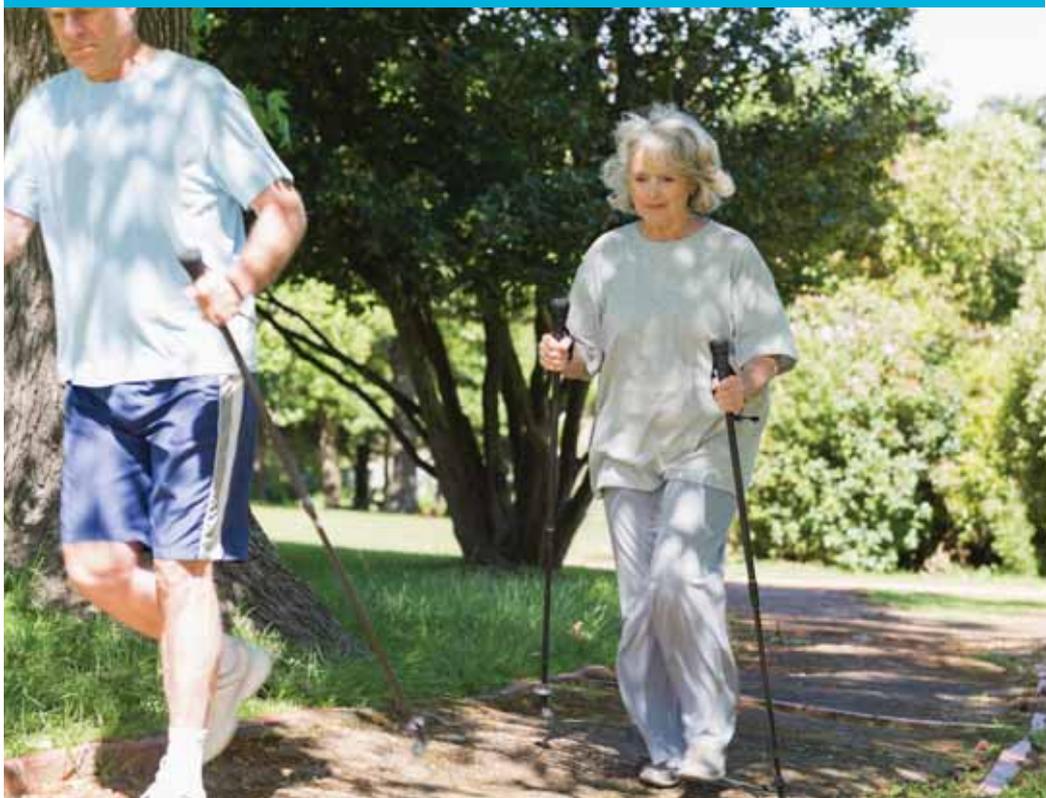
КАК УСТРОЕНА ПАЛКА ДЛЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ?

Палка является основной оснасткой ходака, поэтому о ней стоит знать как можно больше в момент принятия решения о покупке. Элементы палки, на которые следует обратить внимание, это:

» рукоятка (ручка) – лучше всего, если у нее анатомическая форма, которая не мешает при выбросе палки назад. Может быть изготовлена из различных материалов – пробки или резины. Наиболее приятна в прикосновении пробка, не позволяющая скользить даже вспотевшей ладони. Однако при длительном использовании пробка может выкрошиться. В палках для скандинавской ходьбы важна также возможность регулировать размер перчатки;

» темляк на рукоятке – стоит проследить, чтобы темляк был в форме перчатки. В отличие от тем-

В предыдущей статье о скандинавской ходьбе рассказано о достоинствах и пользе от применения данного вида спорта при различных хронических заболеваниях. Занятия на открытом воздухе и их естественность, а также благоприятное воздействие на здоровье ведут к постоянному росту приверженцев ходьбы с палками.



ляка из ремешков, перчатка как бы «крепит» палку к ладони, обеспечивая эффективную технику и улучшая комфорт при ходьбе. Некоторые палки оснащены так называемой системой быстрого выворачивания перчатки. Благодаря этому, если нужно принять звонок или попить воды, не нужно отсоединять

палку, снимая темляк, можно просто выпятить руку;

» стержень палки – от материала стержня зависит цена палки. Самые дешевые и тяжелые – алюминиевые (вес 425–440 граммов), доступны по цене несколько десятков злотых. Материал не особо прочен, и в ходе тренировок стержень

может сгибаться. Наиболее популярны палки, изготовленные частично из алюминия и углеволокна (вес около 360–400 граммов). Эти палки позволяют ходоку «почувствовать» снаряжение в ходе ходьбы. Самые легкие и в то же время дорогие палки изготовлены из углеволокна (вес около 300 граммов);

» конец / наконечник палки – изготовлен из нержавеющей стали, карбонового сплава или сплава карбидов, приспособлен для мягких поверхностей и снабжен насадкой, так называемым ботинком, используемым на твердых поверхностях типа асфальта, тротуара;

» кольца – ограничивают проникновение палки в мягкую поверхность.

Палки можно разделить на две категории: телескопические (складные, регулируемые) и постоянной длины. Встречаются так называемые трекинговые палки, приспособленные для ходьбы в горах. Это значит, что рукоятка профилирована иначе (расширена сверху), и при ее использовании в скандинавской ходьбе существенно нагружалось бы запястье. Разница также в длине темляка, который в случае трекинговых палок длиннее, чем в палках для скандинавской ходьбы. При скандинавской ходьбе палкой отталкиваются позади, тогда как при ходьбе в горах на нее главным образом опираются впереди.

При занятиях скандинавской ходьбой следует помнить, что для этого вида спорта не бывает плохой погоды, только плохая одежда! Одежда ходока должна соответствовать данным погодным условиям (...)

КАКАЯ ПАЛКА ДЛЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ ЛУЧШЕ – ПОСТОЯННОЙ ДЛИНЫ ИЛИ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ?

Сколько ходоков – столько и мнений, но наиболее популярной явля-



ется палка постоянной длины – она дешевле и легче (в сравнении с телескопическими из того же материала). Палки постоянной длины идеальны для тех, кто не должен их перевозить (например, в городском транспорте), обеспечивают комфорт, потому что не складываются при ходьбе (что может произойти с плохо завинченной телескопической палкой).

Телескопические палки (разборные, переменной длины) можно рекомендовать тем, кто путешествует, или в случае если одной парой палок хотя бы пользоваться больше одного человека (длина палки регулируется в пределах 70–140 см – максимальная длина палки зависит от производителя и модели). Телескопические палки в основном дороже и тяжелее палок постоянной длины, однако их можно регулировать, поэтому отпадает проблема выбора длины.

ВЫБОР ДЛИНЫ ПАЛКИ ДЛЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ

Палки для скандинавской ходьбы можно подбирать двумя методами: первый не требует от начинающего ходока расчетов, достаточно встать прямо, взять палку за рукоятку и проверить, составляет ли угол между плечом и предплечьем 90° (для людей с хорошо освоенной техникой ходьбы) или примерно 100° (для начинающих). На рисунке рядом графически представлен выбор длины палки.

Второй способ подбора длины палки состоит в умножении роста (в см) на коэффициент 0,66 (для начинающих), 0,68 – для людей с хорошо освоенной техникой ходьбы и 0,70 – для людей, практикующих спортивную ходьбу. Перерасчет – см. таблицу внизу.

РОСТ (см)	ЧЕЛОВЕК В ХОРОШЕЙ ФОРМЕ (длина палки, см)	ПОЖИЛЫЕ / ОСЛАБЛЕННЫЕ ЛЮДИ (длина палки, см)
150–160 см	110, 115 см	105 см
160–170 см	115 см	110 см
170–180 см	115, 120 см	115 см
180–190 см	120, 125 см	120 см
выше 190 см	125, 130 см	нет данных

Спортивная ходьба Для менее подвижных

ОБУВЬ ДЛЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ

Для начинающих свое знакомство со скандинавской ходьбой вначале достаточно будет удобных спортивных кроссовок, лучше всего на шнурках, хорошо фиксирующих стопу. Людям, которые решат ходить регулярно, подойдет обувь, соединяющая в себе элементы трекинговой и беговой. Когда мы входим в обувной магазин, все модели могут показаться одинаковыми или по меньшей мере очень похожими. Но важнее всего, чтобы обувь была удобной, хорошо стабилизировала стопу (особенно пятку) и имела амортизирующий вкладыш. В случае занятий скандинавской ходьбой в лесу или на травянистой местности важен также материал, из которого выполнена обувь, – лучше всего, если это водоотталкивающий и «дышащий» материал (мембрана).

ОДЕЖДА ДЛЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ

При занятиях скандинавской ходьбой следует помнить, что для этого вида спорта не бывает плохой погоды – только плохая одежда! Одежда ходока должна соответствовать данным погодным условиям, а также интенсивности выделения телесного тепла. Одежду стоит выбирать тщательным образом, так как она обеспечит нам комфорт при ходьбе.

Одежда для скандинавской ходьбы должна выполнять три основных функции:

- » впитывать пот, оставляя кожу теплой и сухой (слой одежды, прилегающей к телу, должен быть выполнен из натуральных материалов);

- » давать и удерживать тепло, а также защищать тело от холода;

- » защищать от дождя и ветра.

Количество слоев одежды должно зависеть от погодных условий и от местности, где мы намерены заниматься ходьбой.

ГДЕ ИСКАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЕ?

Лучшим и быстро обновляемым источником знаний о скандинав-

ской ходьбе является Интернет. Можно перечислить более десяти хороших страниц, которые профессионально ведут люди, знающие все секреты скандинавской ходьбы, включая:

www.pfnw.eu – веб-страница Польской федерации скандинавской ходьбы (PFNW), неправительственной организации, занимающейся подготовкой тренерских кадров и созданием базы данных инструкторов и тренеров во всех воеводствах в Польше (вместе с телефонными контактами инструкторов и тренеров);

PFNW – единственный представитель Международной федерации скандинавской ходьбы (INWA) в Польше.

В этом году Федерация организовала первые соревнования – Кубок Польши по скандинавской ходьбе, который прошел в шести городах. Первый этап состоялся в апреле в Кошалине, следующий – в мае в Барлинке и Гданьске, в августе в Гнезно, в сентябре в Тыраве Сольной (Бещады) и, наконец, финал – в октябре в Варшаве. В соревнованиях приняли участие люди различного возраста, начиная с самых

юных (2–4-летних) и заканчивая весьма пожилыми (свыше 70). Самому старшему участнику было 73 года. В соревнованиях принимали участие не только спортсмены, но и любители скандинавской ходьбы, которые хотели попробовать свои силы на различных дистанциях – 5, 10, 20 км. Еще одной идеей стали празднования Международного дня скандинавской ходьбы (ежегодно 10 октября), прошедшие в форме пикников на территории всей страны тоже по инициативе PFWN. В ходе мероприятий также можно получить инструктаж о том, как технично ходить с палками. А еще здесь можно наладить сотрудничество.

Знания на тему выбора оснащения, одежды и обуви также являются важным элементом процесса воспитания осознанного стремления к двигательной активности, включая скандинавскую ходьбу. В следующей из серии статей о скандинавской ходьбе мы представим азы техники хождения с палками, назовем самые частые ошибки и дадим указания по правильной технике. Итак, пешком за здоровьем со скандинавской ходьбой марш! ■



СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА, ИЛИ NORDIC WALKING.

Шагаем за здоровьем

ЧАСТЬ III. АЗЫ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ

Гаворска Марта,

Лесь Анна,

*Европейская ассоциация содействия физической активности людей после 50 лет,
Польская федерация скандинавской ходьбы, Польша*

В предыдущих статьях по скандинавской ходьбе (Nordic Walking) были представлены достоинства и польза данного вида спорта при различных хронических болезнях, а также исчерпывающе раскрыта тема выбора оснастки, одежды, обуви. В данной статье описаны структура тренировок по ходьбе и примеры упражнений, которые можно выполнять как разминку.



В соответствии с рекомендациями Коздронь (2008) по организации оздоровительной деятельности типа гимнастики или ходьбы для пожилых лиц, отдельный блок занятий должен происходить по следующей схеме:

» подготовка к занятиям » разминка
» основная часть » завершение.

Подготовка к занятиям (примерно 15 минут) – время для беседы ведущего с участниками занятий об их самочувствии и беседы участников между собой. В ходе подготовки проверяется также комплектность оборудования, например, установлены ли телескопические палки на правильную длину, исправен ли их механизм и поддерживает ли он необходимую длину. Также на этом этапе подбираются палки: одна правая и одна левая. Это важный элемент занятий, поскольку он способствует установлению и укреплению социальных контактов. Следующая часть занятий – разминка. Это немаловажная часть занятий, которой не следует пренебрегать при любой тренировке. Вне зависимости от того, ходим ли мы сами или в обществе, и независимо от формы тренировки, то есть вводим упражнения или же занимаемся только ходьбой, мы должны размяться! Разминке следует уделить 5–10 минут.

Целью разминки, типичной для занятия ходьбой, является подготовка мышц и двигательного аппарата к главной части занятий – тренировке. Тем не менее она не должна нас утомить. Ее значение



также состоит в том, что она позволяет расслабиться и отвлечься от повседневных забот.

После разминки приступаем к главной части занятий (собственно тренировке, 15–30 минут), то есть ходьбе или ходьбе в сочетании с упражнениями. Упражнения основной части должны быть подобраны в соответствии с индивидуальными возможностями занимающегося. Эта часть тренировки может состо-

ять из двух и более серий в форме непрерывной ходьбы, между которыми можно выполнить укрепляющие упражнения, а также дыхательные упражнения для замедления темпа занятий.

После основной части следует закончить тренировку, то есть в течение 5–10 минут успокоить организм. В данной части рекомендуются дыхательные упражнения, упражнения на расслабление и

растяжение. Завершение выполнения упражнений – это идеальный момент, когда вместе с упражнениями следует проанализировать ощущения, связанные с занятиями.

На последующих страницах представлены примеры разминочных упражнений. В последующих статьях будут описаны упражнения, типичные для отдельных фаз занятий по ходьбе.

Исходное положение для всех предлагаемых упражнений – стоя, ноги на ширине бедер, пальцы стоп минимально обращены наружу, колени полусогнуты; живот втянут, мышцы ягодиц напряжены, бедра выдаются вперед; плечи опущены, лопатки сведены, голова максимально вытянута вверх, подбородок немного подается назад.

УПРАЖНЕНИЕ 1

Вращение палками вперед

Хват двумя руками на ширине плеч, палки – на уровне грудной клетки.

Движение: широкие и медленные движения – вращение палками вперед. Повторить 5 раз в каждую сторону.

УПРАЖНЕНИЕ 2.

Вращение палками назад

Как выше. Вращение палками назад.

УПРАЖНЕНИЕ 3

Движение вперед-вверх

Хват двумя руками на ширине плеч, палки – на уровне грудной клетки. Движение:

- 1 – вытянуть руки вверх;
 - 2 – вернуться в исходную позицию;
 - 3 – вытянуть руки вперед;
 - 4 – вернуться в исходную позицию.
- Повторить 5 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 4

«На байдарке вперед»

Хват двумя руками на ширине плеч, палки – на уровне грудной клетки.

Движение: движение, имитирующее греблю на байдарке.

Повторить 5 раз движение, имитирующее греблю вперед.

УПРАЖНЕНИЕ 5.

«Возвращаемся на байдарке»

Как выше. Движения, имитирующие греблю назад.

УПРАЖНЕНИЕ 6

«Janosik»

Исходная позиция – как описано во введении.

Палки опираются о пол на ширине плеч.

Движение: поочередно поднимать то одну, то другую палку вверх.

УПРАЖНЕНИЕ 7.

Вращение бедрами влево

Исходная позиция – как во введении.

Палки опираются о пол на ширине плеч.

Движение: выполняем вращение бедрами влево – стараемся во

время упражнения работать только бедрами.

Повторить 5 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 8.

Вращение бедер вправо

Как выше. Вращение бедрами вправо.

УПРАЖНЕНИЕ 9.

Вращение колен влево

Исходная позиция – как во введении.

Палки опираются о пол на ширине плеч, стопы соединены, колени вместе.

Движение: ноги полусогнуты в коленях, выполняем вращение коленями влево – стараемся во время упражнения вращать только коленями.

Повторить 5 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 10.

Вращение коленями вправо

Как выше. Вращение коленями вправо.

УПРАЖНЕНИЕ 11

«Шитье на машине»

Исходная позиция – как во введении.

Палки опираются о пол на ширине плеч, стопы немного расставлены.

Движение:

1 – поднимаемся на пальцах, стараясь максимально потянуться вверх;

2 – вернуться в исходную позицию;

3 – перенести вес тела на пятки, пальцы тянем вверх;

4 – вернуться в исходную позицию.

Повторить 5 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 12.

«Раздавливаем окурок»

Исходная позиция – как во введении.

Палки опираются о пол на ширине плеч, стопы немного расставлены.

Движение: отрываем пятки от пола – выполняем движение раздавливания окурка пальцами стоп. Повторить 5 раз левой и правой ногой.

Предлагаем заниматься вместе. В следующей статье мы представим несколько упражнений из основной части. ■





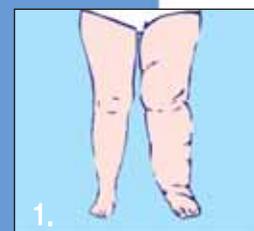
Наборы matopat - помощь в лечении лимфатического отёка

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



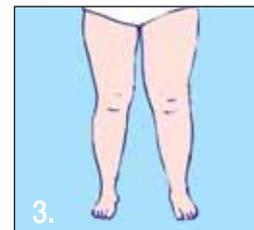
1.

ДО ЛЕЧЕНИЯ



2.

ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ



3.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

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

 TZMO SA

www.tzmo-global.com
www.matopat.ru

Горячая линия по России: 8-800-200-800-3

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

На правах рекламы Соответствие подтверждено

Редакторы:
Краковяк Пётр
Кишижановски Доминик
Модлинська 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



Фонд помощи
хосписам

Вера

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»
196627, 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