форум Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

№ 3(15) сентябрь 2017

УХОД И ПИТАНИЕ

Особенности геродиетики

Организация труда медперсонала

Специализация: рекламное СМИ. 16+

PREMIUM QUALITY

seni

Одноразовые впитывающие трусы

мягкий материал

AIR ДЫШАЩИЕ
позволяют коже «дышать»

EDS Extra Dry System
слой для быстрого впитывания

odour STOP
нейтрализуют запах

latex FREE
не содержат латекса

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД
4 размера, 2 варианта впитываемости – можно выбрать изделие в зависимости от индивидуальных потребностей.

УДОБСТВО
Боковые швы разрываются, что позволяет легко и быстро сменить использованное изделие.

СВОБОДА ДВИЖЕНИЙ
Оптимальны для тех, кто ведет активный образ жизни, а также для использования на занятиях по двигательной реабилитации.

КОМФОРТ
Надеваются и снимаются, как обычное белье.

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

www.seni.ru

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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

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

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

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

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

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

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

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

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

форум

Номер 3 (15) сентябрь 2017 г.
Подписано в печать 22.09.2017 г.
Выход в свет 6.10.2017 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

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

В журнале использованы фото авторов статей и Pressfoto.ru

форум

Дорогие друзья!

Вопросы особенностей геродиетики в учреждениях долгосрочной опеки всегда стоят на повестке дня. Правильный уход за людьми пожилого возраста и тяжелобольными подразумевает соблюдение принципов сбалансированного, рационального питания. Разработка специального меню, анализ потребностей и рациона – эти аспекты необходимы для эффективной работы учреждений и также влияют на клинические эффекты их жителей. Эксперты из Польши и Швеции делятся опытом внедрения принципов питания в домах ухода.

В рубрике «Организация труда медперсонала» представлены статьи коллег из Польши, в которых затронуты важные рабочие вопросы: роль питания при сменной работе, соблюдение эргономических условий работы медперсонала, психологическая помощь при синдроме профессионального выгорания.

Как и прежде, в нашем «Форуме» – всегда актуальные и практические советы от экспертов сферы долгосрочного ухода. Их опыт и знания способствуют созданию эффективных систем ухода, реализации стандартов различных форм помощи.

Мы приглашаем к взаимному сотрудничеству и обмену опытом на страницах нашего журнала медперсонал, руководителей коллективов, ухаживающих за пожилыми или инвалидами.

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

содержание

ОСОБЕННОСТИ ГЕРОДИЕТИКИ

8 Салетти А.
Влияние внедрения принципов питания на работу персонала домов престарелых и клинические эффекты для их жителей

12 Фигель М.
Практические аспекты в области выбора меню жителями учреждений социального обслуживания

17 Вальчак Й. А.
Болезнь Паркинсона – диета имеет значение

19 Гулиговска А., Костка Т.
Вода – важный элемент здоровья для старшего поколения

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА МЕДПЕРСОНАЛА

22 Зелинска К.
Питание при сменной работе

25 Сикора-Мыслек И.
Эргономические условия работы персонала сферы здравоохранения

28 Чечелевска Е.
Общение как форма ухода – с заботой о пациентах и медицинском персонале

31 Корчик-Вашак М.
Синдром профессионального выгорания – откуда он берется и как его предотвратить?

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

34 Куява Р.
План ухода в Seniomat.pl – разговор с практиками

37 Нимейер А.
Безопасная автономия или хороший уход? Этические рассуждения на тему использования технологий в долгосрочном уходе

ПРИГЛАШАЕМ НА КОНФЕРЕНЦИИ АССОЦИАЦИИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В 2017 ГОДУ

Обмен опытом и повышение уровня профессиональных навыков врачей, младшего и среднего медицинского персонала являются важными инструментами для улучшения качества жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. С 2016 года конференции Ассоциации входят в официальный перечень мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации. Принять участие в конференциях могут врачи, медицинские сестры, социальные работники, студенты образовательных организаций, представители некоммерческих организаций, организаторы здравоохранения. Все участники получают обучающие материалы. Также на площадках будет организована выставка, на которой состоится демонстрация медицинской продукции производителей и дистрибьюторов средств по уходу за тяжелобольными пациентами. Участие в конференциях БЕСПЛАТНОЕ.

III ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ» г. Москва, 1–2 ноября 2017 г.

С докладами выступят ведущие российские и иностранные специалисты. Участников ждут интересные лекции и полезные мастер-классы, посвященные ключевым практическим вопросам по уходу и этике общения в процессе оказания паллиативной помощи взрослым и детям:

- работа с тягостными симптомами;
- использование расходных материалов;
- перемещение, кормление, одевание лежачих пациентов;
- профилактика заболеваний, связанных с длительным постельным режимом;
- общение с тяжелобольным пациентом и его родственниками;
- философия паллиативной помощи, этические, психологические и духовные аспекты.

III КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «РАЗВИТИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ И ДЕТЯМ» г. Москва, 29 ноября – 1 декабря 2017 г.

Мероприятие посвящено развитию паллиативной помощи в стране и регионах. Участников ждут образовательные лекции, мастер-классы, разборы клинических случаев и круглые столы, посвященные следующим темам:

- организация работы паллиативных служб и их взаимодействие с другими медицинскими учреждениями;
- нормативно-правовая база оказания паллиативной помощи;
- обезболивание и другие важные клинические аспекты паллиативной помощи;
- уход за тяжелобольными пациентами;
- философия паллиативной помощи, этические, психологические и духовные аспекты.

По всем вопросам пишите на forum@pro–hospice.ru или звоните по телефону + 7 (495) 545–58–95.

Хотите вовремя узнать о начале регистрации?

Подпишитесь на информационную рассылку Ассоциации: www.pro–hospice.ru

«ЛУЧШАЯ ПОЛОВИНА ЖИЗНИ»

По данным Всемирной организации здравоохранения с каждым годом на планете увеличивается количество пожилых людей, что подталкивает мировое сообщество к созданию программ, которые помогают людям старшего поколения быть самостоятельными единицами общества, сохранять интерес к жизни и передавать ценный жизненный опыт следующим поколениям.

Наша страна не является исключением, и подобные программы для пожилых людей реализуются в столице.

31 августа 2017 года состоялся слет-смотр социальных проектов жителей старшего поколения ЮАО города Москвы под названием «Лучшая половина жизни». Местом проведения стало одно из самых красивых мест города – музей-заповедник «Коломенское».

В рамках данного мероприятия прошла выставка социальных проектов, именно здесь были представлены инициативы граждан, проекты, не просто полезные для нас как для жителей города, это идеи, объединяющие целые группы единомышленников. Одним из примеров социального проекта является идея инициативной группы жителей Чертаново Северное под названием «День рождения под ключ». Благодаря увлечениям и опыту каждого, нацеленности на результат, удалось воплотить в жизнь то, что было нереальным в отдельности для каждого. Вот так появилась возможность проводить дни рождения, чествовать юбиляров, праздновать именины практически без затрат. А ведь для реализации такого проекта нужна была лишь минимальная поддержка территориального центра социального обслуживания, которым стал ЦСО Чертаново Северное. Этот проект помогает реализовать таланты каждого участника группы, дает возможность создать праздник и украсить жизнь всех, кто одинок.

В рамках данного слета-смотра прошло уникальное по своей сути интерактивное мероприятие – деловая игра. Цель игры – выявление потенциала каждого участника, повышение социальной активности, генерация идей и создание групп, которые помогут не только выдвинуть идею, но и воплотить ее в жизнь. Игра проводилась в формате дебатов, и все происходящее транслировалось на ютуб-канале управления соцзащиты округа.

Помимо этого, посетителей ждали авторские проекты по садоводству, огородничеству, дизайну, проводились кулинарные поединки и мастер-классы с дегустацией. Любителей театра и поэзии ждали представления в зале дворца царя Алексея Михайловича. Большой популярностью пользовались интерактивные проекты по живописи, спорту, танцам. Приятным сюрпризом для посетителей стала возможность записаться на экскурсии, организованные каждым территориальным центром социального обслуживания. На выставке был представлена компания ООО «БЕЛЛА Восток», филиал № 1, с целью оказания консультационных услуг по уходу за пожилыми/тяжелобольными людьми социальным работникам и родственникам данной категории граждан.

Организатором данного мероприятия является управление социальной защиты населения ЮАО г. Москвы. С приветственным словом перед участниками и гостями выступила начальник управления социальной защиты населения Утунова Елена Цадыровна, которая любезно ответила на несколько наших вопросов.

Е.К. Елена Цадыровна, кому принадлежит идея реализации такого замечательного проекта?

Е.Ц. Идея принадлежит жителям старшего поколения нашего округа, которые занимают активную жизненную позицию, и мы в этом их всячески поддерживаем. С каждым годом все отчетливее мы замечаем, что наши центры социального обслуживания работают с людьми, которые имеют желание не просто получать определенные услуги и быть потребителями, – они хотят быть активными участниками жизни общества и приносить пользу. Кто-то хочет быть волонтером, кто-то хочет передавать молодому поколению свой накопленный профессиональный опыт. Есть те, кто, наоборот, жаждут попробовать себя в новом направлении и счастлив возможности реализовать свои мечты в таком красивом возрасте. Например, в наших центрах очень развито движение социальных танцев – это групповые зажигательные танцы, адаптированные для пожилых людей. В этих танцах наши подопечные черпают энергию, обретают новых друзей, что представляется особенно сложным в пожилом возрасте. Особое внимание наши подопечные уделяют вопросам экологии и стремятся с помощью своих проектов создать благоприятную среду проживания в мегаполисе для своих детей, внуков, общества в целом. На выставке представлен проект «Вертикальные сады», демонстрирующий, как можно украсить зеленью балконы и дворы наших домов. Проект «Вторая жизнь полиэтиленовых пакетов» направлен на повышение уровня экологической культуры граждан нашего города, побуждение к осознанным грамотным действиям в области городской экологии. Часто ли мы с Вами относим пластиковые бутылки в специальные контейнеры? А батарейки? Идея привлечение внимания окружающих к проблеме мусора через творчество имеет огромное количество последователей и привлекает все новых и новых.

Е.К. Елена Цадыровна, мы видим на выставке большое количество разных проектов: танцы, шитье, а также проекты экологической направленности. Как они возникли?

Е.Ц. Действительно, проектов много, и все они индивидуальны. Это стало возможным благодаря тому, что мы ведем прямой диалог с нашими подопечными: «А чем бы Вы хотели заниматься? Что Вас больше интересует, увлекает?» Анализируя пожелания, мы выстраиваем новые проекты. Одни из последних, которые мы видим на выставке, – это йога и оздоровительная практика ци-гун. Помимо оздоровительных мероприятий, особое внимание мы уделяем творческому потенциалу наших граждан: у нас много людей, которые начали писать стихи и уже выпускают сборники. Проще говоря, мы стараемся максимально раскрыть потенциал наших подопечных, который они не реализовали в более молодом возрасте.

Е.К. Сегодня у проекта большой успех – прекрасная программа, много улыбок и теплых слов от представителей старшего поколения. Учитывая сегодняшний опыт, скажите, пожалуйста, станет ли слет-смотр «Лучшая половина жизни» ежегодным?

Е.Ц. Проект однозначно будем проводить ежегодно. Несмотря на то, что в каждом центре социального обслуживания регулярно проходят свои смотры, данная площадка помогает расширить горизонты новых идей для наших подопечных и дает возможность обрести новых единомышленников.

Е.К. Завершая наше интервью, скажите: а какая миссия у данного проекта?

Е.Ц. Мы проводили исследования о продолжительности жизни наших подопечных. Исследования показали, что те граждане, которые заняты в центрах соцзащиты, живут гораздо дольше. Поддержание желания жить интересной жизнью и как можно дольше – это и является главной миссией всех наших проектов. Организуя подобные мероприятия, мы показываем, что в любом возрасте можно обрести новых друзей, новый смысл жизни и желание развиваться.

Е.К. Елена Цадыровна, благодарим Вас за внимание и желаем успеха в реализации последующих проектов в сфере социальной защиты населения.

Завершилось мероприятие праздничным концертом, посвященным юбилейному Дню города. Участникам слета, активным жителям Южного округа столицы, которые являются волонтерами и инициаторами многих социально-значимых начинаний и проектов, вручили памятные подарки и дипломы участников.

Елена Коняева,
тренер-методист отдела
долгосрочной опеки
ООО «БЕЛЛА Восток» ■

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ПИТАНИЯ НА РАБОТУ ПЕРСОНАЛА ДОМОВ ПРЕСТАРЕЛЫХ И КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ДЛЯ ИХ ЖИТЕЛЕЙ

Салетти Анна,
факультет общественного здравоохранения и наук об уходе, клинического питания и метаболизма, Университет в Упсале, Швеция

В связи с драматическими изменениями демографической ситуации в Швеции и в мире, к 2030 году примерно одну четвертую часть населения Швеции будут составлять люди старше 65 лет, а 7% – люди старше 80 лет.

Введение. Последние данные в некоторой степени являются противоречивыми в вопросе состояния здоровья пожилого населения (1, 2). Торсланд и соавторы прогнозируют улучшение состояния здоровья населения с параллельным ростом числа проблем, связанных со здоровьем. Это может быть связано с усовершенствованием методов лечения хронических заболеваний (3).

Хорошее качество питания жителей домов престарелых, а также адекватный распорядок кормления в гериатрическом уходе могут также служить основой для оптимального физического функционирования и хорошего качества жизни этой наиболее уязвимой части населения. В то же время многочисленные отчеты указывают на неприемлемые условия, касающиеся питания, услуг общественного питания и времени приема пищи (4, 5, 6) в уходе за пожилыми людьми. Исследование (7), охватывающее 12 европейских стран, показало высокую вероятность недоедания и риска недоедания как повсеместных в этой возрастной группе. Недоедание это связано с функциональной инвалидностью, нарушением когнитивных функций, длительными периодами госпитализации и повышенной смертностью (4, 8, 9, 10). Эти сведения имеют под собой серьезное обоснование. Было предпринято много попыток улучшения системы питания в долгосрочном уходе. Правительство Швеции предприняло ряд инициатив по улучшению ухода за пожилыми людьми. В течение последних 10 лет следует отметить такие правительственные меры по улучшению уровня питания людей старшего возраста, как реестр качества (Senior Alert) и распоряжения, касающиеся системы питания с целью профилактики и лечения недоедания. Вместе с тем возросло осознание важности правильного питания в обществе, а также повысился уровень управления в долгосрочном уходе.

Исследования показывают, что плохая система управления, недостаточная подготовка и квалификация кадров, неподходящие места подачи пищи (11), недостаток времени для сотрудников, скопление жителей и отсутствие четкого опи-

сания и разделения обязанностей (12) определяются как организационные препятствия для введения оптимальной системы питания пожилых людей, жителей домов престарелых. Также проблемы в коммуникации, отсутствие сплоченности в работе коллектива (12, 13) и враждебный настрой персонала в отношении питания и старения являются причиной недостаточного ухода за жителями учреждений в отношении питания (12). Нехватка знаний в области питания среди медсестер (14) усугубляет проблему.

Директивы руководства часто считаются единственным способом улучшения качества ухода (15). Однако для того чтобы изменения произошли, следует позаботиться о внедрении этих указаний. Была проведена некоторая работа для определения эффективной реализации знаний на практике, однако до сих пор мы имеем дело с серьезным непониманием того, как этот процесс должен выглядеть (16).

Недавно состоялась встреча исследователей и опекунов в Канаде с целью обсуждения стратегии улучшения приема пищи и жидкостей среди пожилых людей в домах престарелых (17). Основные факторы, на которых обращали внимание исследования с вмешательством, это, в числе прочих: социальное взаимодействие между жителями учреждений во время приема пищи, способность принимать пищу самостоятельно, окружающая обстановка во время еды, отношение, знания и навыки персонала, подходящее время приема пищи и присутствие персонала, эстетические и вкусовые качества блюд, обслуживание и подача блюд, выбор и разнообразие продуктов, и, наконец, энергетическая ценность. Также были указаны способы разнообразных ответов на эти вопросы. По результатам встречи был составлен план мероприятий, расположенных по степени важности, направленный на создание и тестирование процедур, способствующих улучшению употребления пищи и жидкостей жителями домов престарелых.

В 2006 году муниципалитет Упсалы принял директиву в области питания для использования в городских учреждениях долгосрочного ухода. Предыдущие исследования в рамках этого проекта на основе анкетирования показали, что осведомленность медицинского персонала в области городских директив, касающихся питания, была очень низкой (18). В целях проведения процесса внедрения и его оценки город обратился с предложением сотрудничества к Упсальскому университету, факультету здравоохранения и наук об уходе, клинического питания и метаболизма. Были получены гранты от Министерства социальных дел, которые были выделены частично на работу двух сертифицированных диетологов (JT, AS), нанятых и связанных с Упсальским университетом. Задачей двух диетологов было внедрение директив по питанию в жизнь. Город и университет решили создать на этой основе совместный научный проект и сделать процесс подходящим для оценки согласно научной методологии. План реализации, в основе которого лежало активное исследование, был подготовлен в целях тестирования его как потенциальной эффективной модели использования директив в области питания на практике.

Цель исследования. Целью данного проекта было внедрение системы питания хорошего качества в долгосрочном уходе на примере шведского города.

Предмет исследования – четыре учреждения долгосрочного ухода в Упсале, среднем по величине городе Швеции. Исследуемую часть составляли доступные группы, выделенные с помощью бесед с руководством. Контрольную часть адаптировали к исследуемой части на основании вида оказываемой помощи (государственная или частная), предмета ухода (пожилые люди с деменцией или без) и числа подопечных. Обе стратегии были ориентированы на группу специалистов, состоящую из руководителя, старшей медсестры и 5–10 сотрудников отделений ухода из каждого учреждения долгосрочного ухода. В каждом учреждении проживали 40–48 жителей, поделенных на 2–3 отделения. Целью исследования был, прежде всего, медицинский уход. В исследовании могли принимать участие недиагностированные жители с неизлечимыми заболеваниями и прогнозируемой продолжительностью жизни менее 6 месяцев.

Модель исследования и ее реализация. Две модели реализации директив были внедрены одновременно, ниже они описываются как A и B. Сбор данных проводился в конце периода внедрения директив или 18 месяцев спустя. Директивы в области питания были направлены на:

1) питание (питание согласно скринингу нутриционного риска, питание с чьей-то помощью, оценка и его результаты);

2) продукты (график блюд, перекусов, периоды без пищи в ночное время);

3) атмосфера приема пищи.

Атмосфера употребления пищи была введена на наиболее благоприятных условиях при использовании модели пяти характеристик приема пищи (MPCP). Модель MPCP является шаблоном, включающим в себя пять характеристик принятия пищи: спокойствие, продукт, встреча, контроль управляющего и атмосфера

с целью обеспечения оптимального опыта связанного приема пищи (19).

A. Исследование, основанное на действии под названием Внешний Модератор (ВМ), – это модель внедрения, базирующаяся на четырех принципах действия: плане, выполнении, наблюдении и анализе. Исследование действия (20) охватывает как исследователей, так и опекунов, которые вместе анализируют ситуацию, которую хотят изменить. Таким образом, эта модель представляет собой взаимодействие между исследователями и опекунами, которые встречаются ежемесячно с целью обмена мнениями, поддержкой и инструкциями. Опекунами являются: руководитель, медсестры и обслуживающий персонал из четырех учреждений (исследуемая группа). На практике это означало то, что один из диетологов встречался регулярно с опекунами, и таким образом происходил взаимообмен информацией. Целью встреч опекунов с Внешним Модератором было повышение уровня знаний персонала на тему питания и преодоление препятствий на практике с помощью создания структур и постановки целей перед персоналом. Проводились также аттестации опекунов. Примером может быть диетическая оценка, проводимая членами персонала в рамках внутренней аттестации, в то время как внешней аттестацией были наблюдения во время приема пищи, проводимые Модератором. Внешний Модератор выполнял также административную и задающую полномочия функцию, что включало общее планирование встреч, заботу о мотивации и поддержку.

B. Второй метод исследования представлял собой обычную трехчасовую образовательную сессию (внешняя проверка) на тему директив в области питания, адресованную опекунам из двух контрольных учреждений долгосрочного ухода.

Результаты исследования с помощью этих двух методов были тщательно сопоставлены. Последствия внесения изменений были измерены с учетом как показателей процесса, так и результата.

Индикаторы результата касаются воздействия на жителей учреждений. Переменные результата – это состояние питания, функциональные способности, когнитивные способности, качество жизни, вытекающее из состояния здоровья, и биохимические показатели. Состояние питания оценивалось на основе мини-анкеты оценки питания (MFOŻ) (21). Максимальный показатель анкеты – 14 баллов. Результат 0–7 баллов указывает на недоедание, 8–11 баллов означает риск недоедания, а 12–14 баллов указывают на хорошее состояние питания. Функциональная оценка проводилась на основе шкалы активности повседневной жизни Бартела (22). Сокращенная портативная анкета уровня умственного состояния (23) была использована для оценки психического состояния. Качество жизни в сочетании с состоянием здоровья оценивалось на основе опросника EQ-5D. Жители учреждений страдали от множества сопутствующих заболеваний, поэтому смертность оценивалась на основании показателя корморбидности. Были взяты пробы крови для анализа содержания в плазме витамина D, альбумина, с-реактивного белка, креатинина, циастина и определения концентрации инсулиноподобного фактора роста 1 (IGF-1).

Индикаторы процесса. Был проведен опрос среди руководства, медсестер и опекунов исследуемой и контрольной групп. Вопросы касались реализации модели (25). Главная гипотеза гласит, что опекуны должны уметь, хотеть и понимать директивы, чтобы реализация завершилась успехом. Эти меры служат для оценки, до какой степени персонал работает в соответствии с директивами в области питания. Некоторые менее значимые показатели также будут проанализированы, например, уровень риска с целью выявления недоедания и введения планов ухода в области питания. Для этого будет проведен анализ документов. Влияние внедрения усовершенствованных методов на процесс с питания измеряется путем наблюдения за принятием пищи и сопутствующей ему атмосферой.

Предварительные результаты. Внедрение программы длилось 18 месяцев, начиная с 2009 по 2011 годы. Все измерения, образцы и наблюдения до и после внедрения были проведены и собраны. Проведенная при участии 172 жителей

учреждений мини-оценка питания показала, что 30 % исследованных жителей недоедали (26), а менее 10 % жителей питались хорошо. Это тревожные результаты, хотя они и показывают лучшую ситуацию, чем наблюдаемая 15 лет назад (27). Снижение физических и когнитивных функций было связано с недостаточным питанием. Кроме того, смертность в течение 1 года (OR 2.37) увеличилась среди недоедающих жителей (26).

Результаты исследования, то есть клинические результаты для жителей учреждений, были проанализированы и собраны в виде работы, которая ожидает утверждения публикации (28). Коротко говоря, состояние питания изменено не было. Что интересно, когнитивные функции были стабильными в тех учреждениях, где была внедрена и реализована программа, в отличие от контрольной группы, где психические функции ослабевали более динамичным образом. Можно предположить, что акцент на взаимодействии во время принятия пищи и его атмосфере может оказывать влияние на психическое состояние жителей.

Был определен уровень витамина D (витамина D 25-гидроксикальциферола в плазме) и его взаимосвязь с состоянием питания, когнитивными и физическими способностями жителей домов престарелых. Среди 110 жителей две трети имели пониженный уровень витамина D 25-гидроксикальциферола, то есть менее 50 нмоль/л. Один из четырех жителей получал добавку витамина D. Не было обнаружено явной взаимосвязи между уровнем витамина D и оценкой по шкале активности повседневной жизни Бартела, то есть в том числе состоянием питания, но жители, употребляющие витамин D, как правило, (p=0.15) отличались лучшим функционированием (29).

Индикаторы процесса, такие как влияние на знания и отношение персонала на тот момент, анализируются и будут представлены осенью 2016 года. Одна работа уже готова для оценки, она базируется на наблюдении за процессом подачи пищи, в том числе на поведении персонала. Атмосфера приема пищи была значительно улучшена в группе Внешнего Модератора по сравнению с группой Внешнего Контроля, а влияние на этот факт оказывала сервировка стола, предлагаемые на выбор напитки, подача блюд, взаимодействие между персоналом и жителями и шум, доносившийся из кухни. Система подачи блюд осталась без изменений в обеих группах.

Литература:

1. Parker, M.G. [et al.] Health changes among Swedish oldest old : prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems // J. Gerontol A Biol Sci Med Sci. –2005. – 60. –P. 1351–1355.
2. Rosén, M. [et al.] From healthy survivors to sick survivors – implications for the twenty–first century // Scand J Public Health. – 2005. – 33. – P. 151–155.
3. Thorslund, M. [et al.] [How do the elderly feel actually? Contradictory research results indicate both improved and impaired health] // Lakartidningen. – 2005. – 102. – P. 3119–3124.
4. Saletti, A. Nutritional Status and Mealtime Experiences in Elderly Care Recipients. Thesis for doctoral degree. – Stockholm : Karolinska Institutet, 2007.
5. Mattsson Sydner, Y. Unempowered meal. About food and meals in the elderly care. Thesis for doctoral degree. – Uppsala : Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet, 2002.
6. Wikby, K. [et al.] Nutritional status in elderly people admitted to community residential homes : comparisons between two cohorts // J. Nutr Health Aging. – 2006. – 10. – P. 232–8.
7. Kaiser, M.J. [et al.] Frequency of malnutrition in older adults : a multinational perspective using the mini nutritional assessment // J. Am Geriatr Soc. – 2010. – 58. – P. 1734–8.
8. Persson. M.D. [et al.] Nutritional status using mini nutritional assessment and subjective global assessment predict mortality in geriatric patients // J. Am Geriatr Soc. – 2002. – 50. – P. 1996–2002.
9. Pirlich, M. [et al.]The German hospital malnutrition study // Clin Nutr. – 2006. – 25. – P. 563–572.
10. Suominen, M. [et al.] Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki // Eur J Clin Nutr. – 2005. – 59. – P. 578–583.
11. Copeman, J. Promoting nutrition in older people in nursing and residential homes Br. // J. Comm Nurs. – 2000. – 5. – P. 277–284.
12. Brown. L.E. [et al.] Nutritional care in care homes : experiences and attitudes of care home staff // J. Human Nutr Diet. – 2008. – 21. – P. 373–406.
13. Crogan, N.L. [et al.] Barriers to nutrition care for nursing home residents // J. Gerontolog Nurs. – 2001. – 12. – P. 25–31.
14. Crogan, N.L. [et al.] Nutrition knowledge of nurses in long–term facilities // J. Cont Educ Nurs. – 2001. – 32. – P. 171–176.
15. Mowe, M. [et al.] Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia : a questionnaire based survey // Clin Nutr. – 2006. – 25. – P. 524–532.
16. Grol, R. [et al.] From best evidence to best practice : effective implementation of change in patient´s care // Lancet. – 2003. – 362. – P. 1225–1230.
17. Keller, H., Beck, A.M. [et al.} Improving Food and Fluid Intake for Older Adults Living in Long–Term Care : A Research Agenda // JAMDA. – 2015. – 16. – P. 93–100.
18. Törmä, J., Sellgren, M., Mattsson Sydner, Y., Karlström, B., Carlsson, M., Cederholm, T., Saletti. A. Does nutritional guidelines ensure good routines in nutritional care of elderly subjects with community support? – 31st ESPEN Congress on Clinical Nutrition and Metabolism. 29/8–1/9 2009 Vienna, Austria.
19. Gustafsson, I.-B. [et al.] The Five Aspects Meal Model : a tool for developing meal services in restaurants // Journal of Foodservice. – 2006. – 17. – P. 84–93.
20. Patton, M.Q. Qualitative research and evaluation methods. 4 ed. – London: SAGE, 2004.
21. Kaiser, M. [et al.] Validation of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA(R)–SF) : A practical tool for identification of nutritional status // J. Nutr Health Ageing. – 2009. – 13. – P. 782–8.
22. Mahoney, F.I., Barthel, D.W. Functional evaluation : The Barthel Index // State Med J. – 1965. – 14. – P. 61–5.
23. Pfeiffer, E. A short portable mental state questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients // J. Am Ger Soc. – 1975. – 23. – P. 433–441.
24. Brooks, R. Euroqol : The current state of play // Health Policy. – 1996. – 37. – P. 53–72.
25. Lundquist, L. Implementation Steering – an actor–structure approach. – Lund : Studentlitteratur; 1987.
26. Torma, J., Winblad, U., Cederholm. T., Saletti, A. Does undernutrition still prevail among nursing home residents? // Clin Nutr. – 2013. – 32. – P. 562–8.
27. Saletti, A., Yifter-Lindgren, E., Johansson, L., Cederholm, T. Nutritional status according to Mini Nutritional Assessment in an institutionalized elderly population in Sweden // Gerontology. – 2000. – 46. – P. 139–45.
28. Törmä, J., Winblad, U., Saletti, A., Cederholm, T. Strategies to implement community guidelines on nutrition and their long–term clinical effects in nursing home residents // J. Nutr Health Aging. – 2015. – 19:1. – P. 70–76.
29. Törmä, J., Saletti, A., Cederholm, T. Plasma 25-OH Vitamin D concentrations in relation to nutritional status, functional ability and supplementation in nursing home residents. – 32nd ESPEN Congress on Clinical Nutrition and Metabolism, 5–8/9 2010 Nice, France. ■

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОБЛАСТИ ВЫБОРА МЕНЮ ЖИТЕЛЯМИ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Фигель Марек,
менеджер Дома Общественной Помощи в Быдгоще , Польша

Анализируя потребности человека, среди биологических потребностей самое важное место занимает потребность в пище.

По этой причине вопрос питания является одним из приоритетных вопросов в функционировании каждого учреждения долгосрочного ухода, в том числе учреждения социального обслуживания, поскольку в этих учреждениях пребывают люди, нуждающиеся в круглосуточном уходе и обслуживании в связи с имеющимися у них болезнями и ограниченностью возможностей. Болезнь как раз свидетельствует о том, что аспект питания является первоочередным вопросом. Однако прежде чем я перейду к рассмотрению питания жителей учреждения согласно вышеупомянутого Приказа министра, я хочу сделать несколько общих замечаний в организационной и научной сферах, касающихся приготовления пищи.

XX век в истории нашего общества был периодом, в котором происходило стремительное развитие науки о питании здорового человека. В значительной степени этот факт имел влияние на углубление знаний, в том числе в области питания людей с заболеваниями. Диетология стала самостоятельной областью науки. Значительные результаты были достигнуты в исследованиях потребностей здоровых и больных людей в энергии и других питательных веществах, а также в области обмена веществ в организме человека. Началось более интенсивное изучение химического состава пищи и влияния ее компонентов и продуктов на организм человека. Начали интересоваться влиянием неправильного питания на возникновение многих болезней. Диетическое питание обрело совершенно иной смысл, особенно в области питания людей с заболеваниями. Правильно подобранный рацион питания должен беречь больные органы, способствовать их восстановлению, обеспечивать веществами необходимыми для метаболических процессов и питательными веществами для поддержания массы тела человека. Диетическое питание является модификацией правильного, рационального питания. Модификация заключается в изменении состава пищи, исключения продуктов, вызывающих аллергию, а также в изменении энергетической или питательной ценности потребляемых продуктов. Вышеперечисленные замечания являются очень важными для понимания того, что мы имеем в виду под словом диета. После этих вступительных замечаний перейдем к рассмотрению диет, используемых в питании человека.

«В классификации диет выделяются следующие диеты:

1. Общая диета.
2. Диета с высоким содержанием клетчатки.
3. Легкоусвояемая диета.
4. Легкоусвояемая диета с ограничением жиров.
5. Легкоусвояемая диета с ограничением продуктов, усиливающих выделение желудочного сока.
6. Диета с измененной консистенцией – кашеобразная.
7. Диета с измененной консистенцией – жидкая.
8. Диета с измененной консистенцией – протертая.
9. Диета с измененной консистенцией – на измельченной пище.
10. Диета с измененной консистенцией – зондовая (через зонд).
11. Низкоэнергетическая диета.
12. Диета с контролированным содержанием жирных кислот
13. Высокобелковая диета.
14. Диета с ограничением быстрых углеводов.
15. Малобелковая диета» [1].

Не все из представленных выше диет могут применяться в учреждении одновременно. Их применение зависит от состояния здоровья жителей и решения врача.

В реализации питания жителей учреждений социальной защиты, а также в диетологическом консультировании важным моментом явля-

ется умелый переход от суточной потребности в энергии к составлению меню. Меню или ежедневный список блюд должно планироваться заранее: минимум – за 7, а лучше – за 10 дней. «Своевременное планирование меню позволяет избежать повторения блюд, дает возможность правильного и систематического планирования закупок и позволяет более экономно распоряжаться продуктами. В списках меню должны быть представлены продукты питания, необходимые для удовлетворения суточной потребности в энергии. Отклонения от суточной потребности могут основываться на замене одних продуктов другими в рамках одной группы, например замена муки на хлебобулочные изделия. Для каждой диеты должны быть подобраны точно подходящие замены. Меню должны быть разнообразными и в то же время отвечающими всем требованиям диеты. Поэтому одни и те же блюда не должны повторяться одно за другим в последующие дни. Это касается как подбора блюд, так и способа их приготовления. Следует также учитывать в меню правильные цветовые сочетания, а также избегать повторения блюд с одинаковыми вкусовыми характеристиками в одном приеме пищи. При планировании списков меню принимаются во внимании способы приготовления блюд и их трудозатратность. Вторым элементом, который необходимо принять во внимание, является уровень финансовых расходов предназначенных на питание. Несмотря на то, что стоимость блюд в разные дни может быть разной, средняя стоимость питания одного человека в определенное время не может превышать установленной суммы расходов. Чем меньше средств выделяется фондами на питание, тем больше сил нужно вложить в планирование и привлекательность приготовляемых блюд. Нужно умело использовать недорогие, но ценные продукты, сезонные продукты, цены на которые в период наивысшего предложения обычно ниже средних» [1].

После этих общих замечаний, касающихся питания, мы можем перейти к тому, что регламентирует в области питания жителей учреждений социальной защиты упоминаемый ранее Приказ министра труда и социальной защиты о функционировании учреждений социальной защиты от 23.08.2012 года. В § 6.1. Приказ утверждает, что «учреждение признается выполняющим условия реализации стандартов, если как гласит п. 6b, обеспечивает выбор меню или возможность получения дополнительной порции(…)» [2]. К этому утверждению нечего было бы добавить, если бы не проблемы в его реализации. Проблемы эти возникают ввиду нынешнего психического и физического состояния жителей учреждений. Нужно задать себе вопрос: возможен ли на практике выбор меню жителями учреждения социальной защиты? В своей статье я постараюсь ответить на этот вопрос.

Я писал об активизации жителей, я также писал о физическом и психическом состоянии людей проживающих в последнее время в учреждениях социальной защиты. Физическое и прежде всего психическое состояние представляют собой серьезное препятствие для организации выбора меню на каждый день. Когда мы читаем Приказ, кажется, что все просто и осуществимо: предложить два-три разных меню жителям – и проблема решена. Всем известно, что два-три меню на каждый день среднестатистический диетолог, работающий в учреждении, придумает без усилий, а повара приготовят. В чем же здесь заключается проблема? Но все же она есть. Каким образом жители учреждения должны сделать выбор, описанный в Приказе, особенно жители, плохо контактирующие с другими людьми, воспринимающие действительность только им известным образом? Конечно, нет ничего невозможного. Однако этот выбор должен быть сделан днем ранее, чтобы наши повара могли приготовить соответствующее количество блюд для каждого приема пищи. Работник склада в соответствии с действующими нормами о подготовке документации должен выдать необходимое количество и виды продуктов. В соответствии с действующим у нас принципом экономии ничего не должно испортиться или повлечь необоснованные расходы. А что будет, если житель

учреждения откажется по разным, только ему известным причинам, от употребления выбранных им блюд и захочет другие? Как мы поступим в этом случае? Порча продуктов питания является для нас неприемлемой и влечет дополнительные расходы по утилизации отходов. Важным также является поддержание установленных финансовых затрат на питание. Я давно работаю в учреждениях социального обслуживания и знаю, что выбор меню является трудным и даже невозможным для большинства жителей, на сегодняшний день пребывающих в учреждении. Если мы найдем в нашей стране государственное учреждение, в котором живут замечательные старики, осознающие тот факт, что их коллега на обед ест что-то другое, и помнят, что заказали это блюдо днем ранее, было бы прекрасно. Но в наши дни найти такое учреждение очень трудно, и трудно найти таких жителей, которые это помнят.

Я вспоминаю посещение немецкого Учреждения социального обслуживания в Целле: его житель или жительница приходили в домашний ресторан, получали выбранные днем ранее блюда и употребляли их без проблем. После завершения принятия пищи на табличке с их фамилией они указывали, что они будут есть завтра. Однако жители этого учреждения в большинстве своем были людьми психически и физически самостоятельными. Но я видел также другое учреждение в Нордхайме, в котором такой подход не представлялся возможным, поскольку там жители

по своему физическому и психическому состоянию были сравнимы с жителями нашего учреждения, и подача пищи происходила так же, как в наших учреждениях.

Помню, как однажды, много лет назад, я думал, что жители учреждения могли бы принимать пищу иначе. Почему каждый должен иметь выделенную порцию на тарелке, а нельзя сделать так, чтобы суп был в супницах, мясо – на блюдах, добавки к блюдам – отдельно, и каждый из жителей сам себе накладывает, или ему помогает в этом опекун? Жители учреждения тогда были самостоятельными. Что из этого вышло? Когда жители присели за столы, начался настоящий беспорядок: каждый брал то, что ему нравилось, персонал был не в состоянии овладеть ситуацией. Кто-то взял себе целую тарелку картофеля, другой взял яркий салат и т.д. Члены совета жителей после этого обеда пришли ко мне с просьбой вернуться к тому, как было раньше, то ест к порционной системе питания. А я хотел по-другому: красиво, как в семье. Остались только супницы. Мы можем хотеть одного, но жители хотят другого, потому что у всех свои привычки. И нужно это уважать.

Руководствуясь такими принципами в отношении выбора меню жителями учреждения, можно пойти дальше: а что насчет выбора диет с измененной консистенцией? В этом случае также должны выбирать жители? Во-первых, они с этим не справятся, во-вторых, в этом случае необходимо считать калорийность блюд. Возможно, читающий этот текст решит, что автор является противником такого выбора. Это в корне неверно. То, что я здесь написал, подтвердит каждый практик, отвечающий за питание в учреждении социального обслуживания. В приготовлении наборов блюд нет ничего сложного. Это осуществимо, но каким образом жители должны выбирать, и как это внедрить? Я действительно мечтаю хотя бы о завтраках и ужинах в уже повсеместно принятой форме так называемого шведского стола. Но останется ли что-то последним? Что будет с соблюдением диет? Потому что помогать могут опекуны, и о самостоятельности здесь речь не идет.

Решение о назначении диеты принимает врач, а жители учреждения очень часто просят его, чтобы он ее изменил. Почему они не могут употреблять свиные голяшки, которые так любят? Здоровье в этом случае находится на втором плане. Я помню, что в одном из учреждений у инспекторов Санэпиднадзора были замечания к меню, составляемым, согласно процедуре, совместно с жителями. Я объяснял инспекторам, что таковы желания жителей, поскольку это их дом. Хорошо зная жителей, я предложил инспекторам принять участие в заседании Общности учреждения, чтобы они могли убедить жителей в необходимости рационального и здорового питания в соответствии с возрастом и имеющимися заболеваниями. К моей радости, инспекторы согласились. К заседанию инспекторы прекрасно подготовились. Они рассказали жителям, как те должны питаться в их возрасте. В ответ инспекторы услышали, что они хотят морить голодом жителей, а также звучали другие слова, которые я не буду здесь приводить. После этого инспекторы тихо признали, что я был прав, и уже никогда не делали замечаний

Министр своим Приказом, не снижая стандартов организации питания в учреждениях, использовал три буквы «или» [возможность получения дополнительной порции], и таким образом все соответствует закону. Но абсолютно ли? С этим имеются проблемы. Инспекторы, контролирующие реализацию стандартов, этого «или» не замечают или не хотят замечать, поскольку все кажется им таким простым. И кроме того, так написано в Приказе. Возможности реализации не рассматриваются. Однако есть эти магические три буквы, но позволяют ли они нам выйти из ситуации с меньшими потерями? Так мне только казалось. Оказалось, однако, что в польском языке союз «или» не является таким однозначным. Этот союз может также читаться как «и». Я начал углубленное изучение этого вопроса, и оказалось, что союз «и/или» встречается только в научном, юридическом языке. Согласно Малому словарю польского языка, «союз «или» выражает возможную взаимозаменяемость» [3]. И уже казалось бы, что мы правы. Однако Адам Павловски в своей статье «Логико-семантический анализ союза «И/ИЛИ»» утверждает, что появление союза «и/или» в польском языке можно рассматривать двояко: с одной стороны – как типичное лексическое заимствование, с другой – как естественное средство обогащения системы союзов. В завершение своих выводов А. Павловски пишет: «Если предположить, что развитие системы союзов будет происходить согласно законам развития языка, и/или как форма короткая и однозначная, и таким образом наилучшим образом отвечающая потребностям коммуникации, обретет раньше или позже устойчивое место в системе союзов польского языка» [4].

Для того чтобы избежать проблем с тем, можно ли читать союз «или» как «и», а также чтобы языковые споры не влияли на реализацию приказа, в ходе со-

вещания директоров учреждений Куявско-Поморского воеводства при контроле воеводы был заключен специальный компромисс. Было разработано решение, работающее в наше время в учреждениях социального обслуживания.

Отправной точкой была важнейшая цель, следующая из Приказа, чтобы жители имели наибольшее влияние на составление списков меню диетологом и тем самым – на выбор того, что едят. Основой решения является активное вовлечение жителей учреждения в составление 10-дневных меню. Как я упоминал ранее, планирование меню должно происходить заранее за 10-дней. Это позволяет произвести тщательную подготовку и что самое важно: заказать и закупить все продукты необходимые для запланированных блюд. Идея заключается в том, чтобы свести к минимуму разницу между планируемым и приготовленным меню, чтобы причиной этой разницы не было отсутствие продуктов, необходимых для его приготовления. Благодаря такому планированию у нас также есть гарантия, что продукты, из которых мы готовим блюда, являются свежими и не утрачивают частично своей питательной ценности из-за сроков их хранения на складе. Это, безусловно, влияет на поддержание уровня финансовых расходов, выделяемых на питание жителей.

Конечно, в деталях весь процесс планирования меню совместно с жителями должен быть описан в процедуре, которая в качестве внутреннего акта вводится в действие распоряжением директора учреждения социального обслуживания. Процедура должна учитывать задачи, стоящие перед диетологом учреждения в области подготовки вариантов меню, как и способ информирования жителей учреждения о встречах с диетологом, а также способ нахождения компромисса с жителями. Способ информирования, например, с помощью объявлений и стимулирование всеми работниками у жителей учреждения желания участвовать в таких встречах дает нам гарантию эффективности. Не стоит бояться того, что во встречах будут принимать участие только жители из группы постоянно недовольных и критикующих качество питания в учреждении. В ходе встреч определяется общая диета. Как я уже упоминал ранее, все диеты представляют собой только модификацию общей диеты в области подбора продуктов или консистенции блюда. Что касается аспекта консистенции, важно не приравнивать жителей учреждения, имеющих проблемы с разжевыванием пищи, а в действительности глотающих ее, к жителям, имеющим проблемы с проглатыванием пищи. Это касается диеты на измельченной пище и жидкой диеты.

Важным вопросом является также обеспечение участия как можно большего количества жителей во встречах, целью которых является составление 10-дневных меню. Мы можем этого достичь благодаря соответствующей информации и активизации жителей для участия в таких встречах. Если в учреждении не было такой традиции, то начало может быть трудным. Однако эффективная информация, соответствующая активизация и прежде всего реальное, а не фиктивное влияние жителей на решения о меню будут способствовать тому, что с каждой новой встречей количество участвующих в них жителей будет увеличиваться. Чем больше жителей будут осознанно принимать участие в таких встречах, тем больше будет наша уверенность, что количество жителей, недовольных питанием, и меню будет сокращаться, а жалобы в этой области останутся в прошлом.

Наиболее важной во всем процессе является роль диетолога. Важной является не только подготовка диетологом как минимум двух вариантов меню на каждый день, но и то, чтобы он ясно и понятно представил их жителям в ходе встречи, умел объяснить им, почему в каждом меню находятся такие, а не другие блюда, продукты; правильно и доброжелательно относился к предложениям и выбору жителей, мотивировал их к принятию активного участия в выборе подходящего меню. Тот факт, что меню выбирают жители, не снимает с диетолога ответственности за калорийность продуктов, колористику и правильный

подбор продуктов, предусмотренный для употребляемых жителями блюд, а также поддержание уровня финансовых расходов на питание. Важным является (и это также задача диетолога), чтобы соответствие меню, вытекающих из выбора жителей, было реализовано в максимальной степени. В случае каждого отклонения от установленного меню жители должны быть проинформированы с указанием причины. На основании опыта реализации в течение нескольких месяцев такого способа выбора меню я могу со всей ответственностью заявить, что этот способ в полной мере позволяет осуществить выполнение положений Приказа. Жители учреждения оказывают реальное, не фиктивное влияние на составление меню и виды блюд, которые потребляют.

Отдельным вопросом в реализации этого способа выбора меню является надлежащая документация и информирование о результатах встреч с диетологом. Это важно не только для внешнего контроля или осуществляемого в учреждении управленческого контроля, но также для выяснения возможных жалоб жителей. Хорошим способом является также вывешивание таких подписанных документов в специальной витрине перед главной столовой. Гласность в этом вопросе принесет только пользу.

Задачей диетолога также является контроль над приготовлением блюд, взятых из кухни, размерами порций и выдачей в комнаты. В данном случае речь идет об обеспечении того, чтобы как можно меньшее количество блюд отправлялось в виде отходов в утилизацию. Боль-

шое значение имеет учитывающее индивидуальные потребности количество накладываемых блюд и корректировка размеров порций в соответствии с возможностями жителей.

Можно задать себе вопрос: почему такой способ реализации Приказа, то есть выбор совместного составления с жителями 10-дневных меню, является наилучшим? Я привел уже множество аргументов. Важен здесь также финансовый аспект. Мы не можем позволить себе портить еду, что могло бы наступить в случае неосознанно выбранного блюда и отказа жителя от его употребления. Как поступить с такими блюдами? Оставить их на завтра мы не можем, продать их нельзя, поскольку это запрещают правила, и можно было бы их только утилизировать. Потери, учитывая наш уровень финансовых расходов на питание, были бы огромными.

В завершение такой важной темы следует подчеркнуть, что Приказ министра в пункте «c» определяет, что для каждого приема пищи время подачи составляет 2 часа, с тем, что последняя подача пищи совершается не ранее, чем в 18:00. Как все мы знаем из практики, ритм дня для большинства жителей учреждения определяется этими первыми часами приемов пищи. Практически во всех учреждениях жители выстраиваются перед столовой. Несмотря на разъяснения, эти очереди всегда возникают. В пункте «d» определено, что основные продукты питания и напитки доступны жителям в течение всего дня. Практика показывает, однако, что хранить эти продукты в течение всего дня в общедоступных местах очень трудно, поскольку жители забирают чрезмерное количество продуктов в свои комнаты. Случается так, что позже мы находим корки хлеба на газоне возле учреждения. Запасание продуктов питания жителями дома – это явление, не поддающееся рациональному объяснению. Однако это является очень важным правилом, исходящим из потребностей жителей: жители должны иметь возможность доступа к продуктам питания в любое время дня, чтобы не быть голодными. К правам жителей относится также выбор места употребления пищи – столовая или комната. Важно понять мотивы выбора жителей. Они могут изменить свое решение и захотеть питаться в столовой, если мы, например, позаботимся о том, чтобы обеспечить их зубными протезами. Очевидным является также тот факт, что жители имеют право быть накормленными, в случае если не могут питаться самостоятельно. Важно, чтобы кормление осуществляли подготовленные и уполномоченные для этого лица, поскольку кормление людьми неподготовленными, не умеющими это делать может привести к серьезным последствиям для здоровья жителей учреждения. На мой взгляд, единственными, кто имеет право осуществлять кормление жителей, являются работники учреждения.

Я надеюсь, что в значительной мере приблизил тему питания жителей, а в особенности практической реализации положений Приказа министра труда и социальной защиты в этой области. Зная, однако, наши польские реалии, подход к контролю над осуществлением этих постановлений в разных воеводствах может отличаться. Такова наша реальность. Важно, однако, приложить все усилия для вовлечения жителей наших учреждений в планирование меню на основании предложенных наборов блюд. Такой способ был разработан на совете директоров учреждений социального обеспечения, организованном Отделом социальной защиты Куявско-Поморского воеводского управления. На сегодняшний день это вероятно единственно возможный способ реального влияния жителей на свое питание в учреждениях социального обслуживания. Однако требуется еще немного времени и изменений в нашей народной ментальности, а также расширения сети учреждений долгосрочного ухода, для того чтобы люди, нуждающиеся в интенсивном уходе, размещались в учреждениях социально-медицинского обслуживания, а в учреждения социального обслуживания направлялись люди более самостоятельные в физическом и психическом отношении. Тогда выбирать блюда на следующий день можно будет, записав их на карточке с фамилией в домашней столовой или ресторане.

Литература:

1. Шчиглова, Е. Система диетического питания в учреждениях здравоохранения / Институт пищевых продуктов и питания. – Варшава, 1992.

2. Приказ министра труда и социальной защиты в сфере учреждений социальной защиты от // Законодательный Вестник Республики Польша. – 2012. – Поз. 964.

3. Малый словарь польского языка / под ред. Станислава Скорупки, Галины Аудерской, Софии Лемпицкой. – Варшава: Государственное научное издательство, 1969.

4. Павловски, А. Логико-семантический анализ союза «И/ИЛИ» // Материалы Вроцлавского университета. – Вроцлав. – 1998. – № 2023. – С. 98 –104.

5. Помогаем – эффективно: Блог автора статьи. – Режим доступа: manifo.com. ■

Автор выражает благодарность госпоже Дороте Хасс, директору отдела социальной защиты Куявско-Поморского воеводского управления в Быдгоще за согласие на использование в статье положений с совета директоров учреждений социального обслуживания воеводства, в области реализации стандартов.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА – ДИЕТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Вальчак Йоанна Анна,

Эксперт в области питания человека и диетологии, член польского общества диетологии, Польша

Продуманные, тщательно спланированные блюда способствуют терапии и профилактике многих заболеваний. В случае болезни Паркинсона способ питания дополнительно влияет на эффективность действия лекарств.

При болезни Паркинсона питание является важным элементом комплексного лечения. Потребление достаточного количества пищи, забота о регулярности и разнообразии блюд препятствует неблагоприятной потере массы тела и недоеданию, которому подвержены пациенты, нуждающиеся в длительной фармакотерапии. Важным вопросом является также адаптация диеты к применяемым лекарствам.

Пищевые белки и леводопа

Стандарт лечения болезни Паркинсона предполагает использование леводопы являющейся предшественником дофамина – нейромедиатора, недостаток которого является причиной симптомов паркинсонизма. С точки зрения химического состава леводопа является аминокислотой из группы так называемых больших нейтральных аминокислот (англ. large neutral amino acids – LNAA). В эту группу также входит часть аминокислот, образующих пищевые белки, – валин, лейцин, изолейцин, тирозин, фенилаланин, триптофан, метионин и гистидин. Аминокислоты из группы больших нейтральных аминокислот, таким образом, поступают в организм с пищей и также из крови в мозг. Эти физиологические закономерности отражаются на взаимодействии, которое происходит между аминокислотами, входящими в состав пищевых белков, и леводопой. Облегчение симптомов паркинсонизма наступает только тогда, когда леводопа поступает в мозг и там превращается в дофамин. Однако если в крови циркулирует большое количество аминокислот (такая ситуация возникает после употребления богатого белком блюда), транспорт леводопы к мозгу и впоследствии действие лекарства замедляется. Это можно сравнить с ситуацией, когда большое количество людей хочет поехать в один и тот же город на одном и том же поезде, но количество мест ограничено. Цели достигнут только те, кто быстрее купят билет или первыми сядут в поезд. Остальные будут вынуждены ждать следующего поезда или отказаться от поездки.

Результаты исследований показывают, что эффективность действия леводопы зависит от общего количества белка в отдельных блюдах. Независимо от стадии болезни пациенты должны помнить о том, чтобы не употреблять богатых белком продуктов как до, так и сразу после принятия лекарства. Пациентам, находящимся на длительном лечении, которые все слабее реагируют на лекарство, имеющим моторные флуктуации, рекомендуется потребление белка на уровне нижней границы нормы 0,8–1,0 г/ кг массы тела. Для того чтобы выполнить это требование, следует контролировать употребление богатых белком продуктов, таких как мясо, рыба, молочные продукты, бобовые и орехи. Не существует, однако, ограничений в употреблении зерновых продуктов, овощей и фруктов, белки которых содержат гораздо меньшее количество аминокислот из группы больших нейтральных аминокислот. Кроме того, зерновые продукты (такие как хлопья, каши, рис, хлеб), овощи (включая картофель) и фрукты, обеспечивают организм углеводами, которые стимулируют поджелудочную железу вырабатывать инсулин. Инсулин снижает уровень глюкозы в крови, а также облегчает поступление аминокислот к тканям

(например, в мышцы). В связи с такой взаимозависимостью лекарства, содержащие леводопу, действуют эффективнее, когда количество белка в блюдах является низким, а количество углеводов – высоким. Следует, однако, подчеркнуть, что рекомендуется употребление в основном сложных углеводов – цельнозерновых продуктов и картофеля. В свою очередь употребление сладостей и сладких фруктов должно быть ограничено. Нагрузка на организм содержащихся в них сахаров может способствовать резистентности к инсулину и развитию сахарного диабета II типа.

Перераспределение белка в рационе

После многих лет лечения леводопой люди с болезнью Паркинсона обычно испытывают побочные эффекты, в том числе моторные флуктуации. Периоды приобретенной устойчивости к действию лекарства могут быть последствием нарушений всасывания леводопы из пищевода и неравномерного поступления ее в мозг. Если пациент испытывает сильные моторные

флуктуации, то важно не только количество белка в рационе, но также его распределение по отдельным приемам пищи. В утренние и дневные приемы пищи, когда пациент наиболее активен, количество белка должно быть ограничено до минимума. Рекомендуются блюда с высоким содержанием углеводов из злаков с низким содержанием белка (рис, кукуруза), из картофеля, овощей, с небольшим добавлением жиров. Зерновые продукты, содержащие больше белка, в том числе овсяные хлопья, гречневая каша, пшенная каша, пшеничные макароны и выпечка должны употребляться в умеренных количествах, предпочтительнее в вечернее время. Большая часть рекомендуемого количества белка должна приходиться на ужин, который лучше разделить на два небольших приема пищи. Для того чтобы ежедневное потребление белка соответствовало нормам, необходимо, чтобы в вечернем приеме пищи оказались такие продукты, как нежирное мясо, рыба, творог, йогурт, тофу, бобовые и орехи. На практике соблюдение диетических рекомендаций по перераспределению белка может принести пациентам определенные трудности. Могут возникнуть трудности с обеспечением за раз большого количества белка на ужин, но, как было сказано, его можно разделить на две порции. Для того чтобы употребляемые в течение дня блюда были более разнообразными и обладали нужной калорийностью, можно добавить в них продукты с низким содержанием белка, такие как хлеб или макароны. Следует добавить, что кардинальные изменения в рационе и ограничения видов потребляемых блюд могут способствовать пищевой недостаточности. Для того чтобы этого избежать и для уверенности, что блюда обеспечивают пациентов всеми необходимыми составляющими, необходим контроль диетолога. Кроме того, решение о введении каких бы то ни было изменений в способе питания должно быть согласовано с врачом.

Профилактическое питание

Важным вопросом является не только способ питания больных, но также возможность противостояния дегенерации нервных клеток с помощью подходящего рациона. Исследования показывают, что при профилактике болезни Паркинсона существенным является соблюдение основных принципов правильного питания: употребление большого количества свежих овощей и фруктов, включение в рацион цельнозерновых продуктов, бобовых, орехов, рыбы и птицы. Есть основания полагать, что молоко может способствовать развитию болезни, поэтому от него лучше отказаться. Однако нет причин исключать из рациона ферментированные молочные продукты, такие как йогурт, кефир, творожный сыр. Немаловажно также употреблять достаточное количество жиров. Насыщенных жиров, содержащихся главным образом в продуктах животного происхождения, в том числе в жирном мясе и колбасах, следует избегать. Защитное влияние на дофаминергические клетки оказывают, в свою очередь, ненасыщенные жирные кислоты семейства омега-3, включая альфа-линоленовую кислоту (АЛК), эйкозапентаеновую кислоту (ЭПК) и докозагексаеновую кислоту (ДГК). Источниками альфа-линоленовой кислоты являются семена льна, грецкие орехи и растительные масла – льняное, рапсовое и соевое. Эйкозапентаеновая и докозагексаеновая кислоты содержатся только в жирных сортах морских рыб, таких как лосось, макрель, сельдь и килька. Употребление овощей и фруктов (не менее 500г/день) является важным по причине содержания в них витаминов и антиоксидантов. Риск развития болезни Паркинсона снижает в особенности регулярное употребление фруктов, содержащих антоцианы, например, черники, черной смородины, голубики или клубники. К продуктам, богатым полезными фитокомпонентами, относятся также цитрусовые, овощи, имеющие интенсивную окраску (например, свекла, морковь, красная капуста, брокколи, шпинат, петрушка), травяные специи, какао, черный виноград и производимое из него красное вино. Полезен будет также кофеин в виде ежедневного кофе (1–2 чашечки) или чая (2-4 стакана). Умеренные дозы кофеина не только защищают от болезни Паркинсона, но также в некоторой степени способны облегчать связанные с болезнью симптомы.

Литература:

1. Barichella, M., Marczewska, A., De Notaris, R., Vairo, A., Baldo, C., Mauri, A., Savardi, C., Pezzoli, G. Special low-protein foods ameliorate postprandial off in patients with advanced Parkinson's disease // Mov Disord. – 2006. – 21(10). – P. 1682–7.
2. Berry, E.M., Growdon, J.H., Wurtman, J.J., Caballero, B., Wurtman, R.J. A balanced carbohydrate: protein diet in the management of Parkinson's disease // Neurology. – 1991, – 41. – P. 1295–1297.
3. Carter, J., Nutt, J.G., Woodward, W.R., Hatcher, L.F., Trotman, T.L. Amount and distribution of dietary protein affect clinical response to lewodopa in Parkinson's disease // Neurology. – 1989. – 39. – P. 552–556.
4. Cereda, E., Barichella, M., Pedrolli, C., Pezzoli, G. Low-protein and protein-redistribution diets for Parkinson's disease patients with motor fluctuations: a systematic review // Mov Disord. – 2010. – 15, 25(13). – P. 2021–34.
5. Evatt, M.L. Nutritional therapies in Parkinson's disease // Curr Treat Options Neurol. – 2007. – 9(3). – P. 198–204.
6. Gao, X., Cassidy, A., Schwarzschild, M.A., Rimm, E.B., Ascherio, A. Habitual intake of dietary flavonoids and risk of Parkinson disease // Neurology. – 2012. – 78(15). – P. 1138–1145.
7. Gao, X., Chen, H., Fung, T.T., Logroscino, G., Schwarzschild, M.A., Hu, F.B., Ascherio, A. Prospective study of dietary pattern and risk of Parkinson disease // Am J Clin Nutr. – 2007. – 86(5). – P. 1486–1494.
8. Pincus, J.H., Barry, K. Protein redistribution diet restores motor function in patients with dopa-resistant «off» periods // Neurology. – 1988. – 38(3). – P. 481–483.
9. Postuma, R.B., Lang, A.E., Munhoz, R.P., Charland, K., Pelletier, A., Moscovich, M., Filla, L., Zanatta, D., Romenets, S.R., Altman, R., Chuang, R., Shah, B. Caffeine for treatment of Parkinson disease // Neurology. – 2012. – 14; 79(7). – P. 651–658.
10. Seidl, S.E., Santiago, J.A., Bilyk, H., Potashkin, J.A. The emerging role of nutrition in Parkinson's disease // Front Aging Neurosci. – 2014. – 6:36.
11. Sheard, J.M., Ash, S., Silburn, P.A., Kerr, G.K. Prevalence of malnutrition in Parkinson's disease: a systematic review // Nutr Rev. – 2011. – 69(9). – P. 520–32.
12. Walczak, J.A. Żywienie w chorobie Parkinsona – praktyczny poradnik dla pacjentów. – Fundacja „Żyć z chorobą Parkinsona", 2007. ■

ВОДА – ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.

ПРАВИЛЬНЫЙ ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ. КАК ОБЕСПЕЧИТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ?

Агнешка Гулиговска,
Томаш Костка,
Клиника гериатрии Медицинского университета в Лодзи, Польша

Вода является необходимой питательной составляющей, особенно для пожилых людей. Благодаря воде в организме человека происходят все необходимые для жизни процессы.

Роль воды в организме человека. Какую роль выполняет вода в организме?

Вода является необходимой питательной составляющей, особенно для пожилых людей. Благодаря воде в организме человека происходят все необходимые для жизни процессы. Ни одно другое химическое соединение не принимает участия в столь различных функциях человеческого организма. Вода отвечает за транспорт питательных веществ и удаление ненужных продуктов обмена веществ; защищает и увлажняет внутренние органы, глазное яблоко, головной мозг, спинной мозг, а также стабилизирует температуру тела. Организм активно поддерживает водный баланс в целях поддержания этих важных жизненных функций. К сожалению, с возрастом происходят нарушения как секреции, так и принятия воды, что в результате может привести к опасному обезвоживанию.

Почему пожилые люди особенно подвержены обезвоживанию?

Многие факторы предрасполагают пожилых людей к большему риску обезвоживания. Наибольшее влияние оказывает уменьшение с возрастом общего содержания воды в организме. У ребенка вода составляет 75 % массы тела, а у пожилого человека это количество едва достигает 55 %, поэтому также пожилые люди быстрее ощущают на себе последствия, связанные с недостаточным потреблением жидкостей или чрезмерной их потерей.

Как это ни парадоксально, несмотря на то, что процесс обезвоживания развивается так быстро, пожилые люди не чувствуют жажды, обычно «им не хочется пить». Явление нарушенной сигнализации жажды возрастает после 60 лет, а также вместе с физическими ограничениями и нарушениями когнитивных функций.

Пожилые люди после инсульта, с деменцией, остеоартритом или болезнью Паркинсона могут испытывать трудности с самостоятельным употреблением жидкостей, держанием кружки, также у них могут возникать расстройства акта глотания (дисфагия).

Следующим фактором является сознательное ограничение выпиваемой жидкости пожилыми людьми, которые хотят таким способом уменьшить частоту использования туалета и риск недержания мочи. Ситуация усугубляется еще и тем, что часть болезней увеличивает потребность организма в воде, а некоторые лекарства (диуретики, регулирующие артериальное давление, психиатрические) могут вызывать усиленное мочеиспускание.

Сколько воды требуется пожилым людям? Каким количеством воды должны обеспечивать свой организм пожилые люди?

Человеческий организм неспособен хранить в себе большое количество воды, поэтому для обеспечения надлежащих условий для протекания жизненных процессов, необходимо регулярно обеспечивать его водой. В литературе существует несколько методов оценки минимальной потребности в воде. В зависимости от возраста рекомендуется: 25 мл/кг массы тела/ для людей после 65 лет и 30 мл/кг/ день – для людей моложе 65 лет, абсолютный минимум – это 1500 мл воды в день, можно также оценить потребность в отношении калорийности рациона: 1 мл воды на 1 ккал потребляемой энергии. В среднем это около 2–3 литров воды, то есть 8–13 стаканов в день.

А какое количество воды пьют пожилые люди?

Только 6 % пожилых людей пьют воду в рекомендуемых количествах. Согласно исследованиям, проведенным в Клинике гериатрии Медицинского университета в Лодзи, следует, что проблема недостаточного употребления жидкостей увеличивается с возрастом и является особенно распространенной среди людей с низким уровнем образования, а также среди жителей домов престарелых (они употребляют всего 1,7 литра воды вместе с напитками и едой). Чем хуже настроение у человека и чем хуже его физическое и психическое состояние, тем меньше воды он употребляет. Проблема также усугубляется у плохо питающихся людей, больных сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца и после перенесенного инсульта.

Каковы последствия недостатка воды в организме?

Пожилые люди, в особенности жители домов престарелых, не потребляют достаточного количества воды и поэтому имеют повышенный риск обезвоживания – состояния, при котором содержание воды в организме падает ниже уровня, необходимого для его правильного функционирования. В зависимости от степени дефицита воды могут возникать следующие клинические признаки обезвоживания:

- чувство жажды;
- головная боль;
- изменение психического состояния (возбуждение или дезориентация);
- сухие, потрескавшиеся губы;
- лихорадка, диарея или запор;
- гипотония или гипертония;
- тахикардия (> 100 ударов в минуту);
- учащенное дыхание;
- недавняя быстрая потеря веса;
- замедленное образование мочи (олигурия) и/ или темная моча;
- сухие глаза, чувство «песка в глазах»;
- инфекция мочевых путей;
- рвота;
- высокое соотношение азота мочевины (БУН) к креатинину (>25:1)(мг/дл);
- высокий удельный вес мочи (>1,020);
- высокий уровень натрия в плазме крови (>150 mEq/L).

Обезвоживание является частой причиной госпитализации пожилых людей, ухудшает прогнозы, способствует увеличению смертности. Хронический дефицит воды приводит к нарушению когнитивных функций, увеличивает риск падений и запоров.

Где искать воду?

Для того чтобы предотвратить такую серьезную угрозу для здоровья и жизни пожилых людей, следует позаботиться о регулярном обеспечении организма водой.

- Лучшим источником является простая **минеральная или родниковая вода**, негазированная, комнатной температуры. Следует выбирать воду с низким содержанием натрия, но богатую кальцием, калием и магнием. Во многих местах в Польше **вода из-под крана** – это вода очень хорошего качества, однако следует убедиться, что она может быть использована для прямого потребления. Рекомендуется, чтобы пожилой человек выпивал 6 стаканов воды между приемами пищи. Для того чтобы сделать вкус воды более интересным, можно добавить сок лимона, листья мяты, фрукты (свежие или замороженные, например, черную смородину, киви, клубнику).
- Пожилые люди иногда предпочитают **чай или кофе**, но, к сожалению, эти напитки обезвоживают организм. Чтобы уменьшить этот неблагоприятный эффект, следует предлагать слабые напитки или дополнительно запивать их водой. Натуральный кофе можно заменить кофейными напитками из цикория, ячменя и т.д., а черный чай – фруктовыми или травяными чаями.
- Хорошим источником воды будут также **молоко и молочные продукты** (йогурт, пахта, кефир), а также **разведенные фруктовые и овощные соки и компоты**. Следует, однако, выбирать продукты без добавления соли и сахара.
- **Овощи и фрукты**, как свежие, так и приготовленные, содержат 70–90 % воды, употребление рекомендуемых 5 порций ежедневно не только обеспечит организм водой, но также необходимыми минералами, витаминами и клетчаткой.
- **Супы, муссы, желе, кисели** – это также блюда, содержащие большое количество воды. Следует, однако, позаботиться об их качестве, избегать добавок, улучшающих вкус, запах и цвет. Желе и кисели следует готовить из натуральных соков или

компотов, используя в качестве загустителя желатин или картофельный крахмал.

Продукты питания, доставляющие в организм воду, следует подбирать индивидуально согласно предпочтениям пожилого человека, но также исходя из состояния его здоровья и психофизических возможностей. Диабетики должны избегать простых сахаров, люди с болезнью поджелудочной железы – сырых овощей и фруктов, люди с непереносимостью лактозы – свежего молока. Если имеются трудности с проглатыванием, консистенция жидкостей должна быть изменена при использовании препаратов увеличивающих густоту жидкостей таким образом, чтобы предотвратить возникновение аспирационной пневмонии. Люди, нуждающиеся в питательном лечении, но неспособные принимать пищу самостоятельно, должны покрывать свою потребность в жидкостях при помощи энтерального и парентерального питания.

Как наладить питьевой режим среди жителей домов престарелых?

К профилактическим мерам, которые стоит ввести в домах престарелых, следует отнести:

a) разработку и внедрение программы питьевого режима жителей, помня об обучении всего персонала;

b) предоставление соответствующей питьевой посуды, в особенности для людей с дисфункциями, и обеспечение доступности воды и напитков, например, компота, также между приемами пищи;

c) регулярное наблюдение за жителями в отношении признаков обезвоживания (кожа, глаза, головная боль);

d) контроль за цветом и объемом мочи (цвет соломы свидетельствует о достаточном уровне жидкостей в организме, в свою очередь, темный цвет сигнализирует о недостаточном уровне воды в организме. Могут быть полезны шкалы цвета мочи, развешенные в туалетах и раздаваемые во время обучения);

e) развешивание в учреждении надписей для стимулирования употребления воды, например: «От головной боли нет средства лучше, чем стакан воды», «А ты уже выпил сегодня минимум 6 стаканов воды?», «Позаботься о своем здоровье – выпей воды, «Свежая вода здоровье даст»;

f) введение в режим дня постоянных питьевых минут «10:30 – питьевой бювет», «20:00 – время для воды»;

g) предложение воды или «мокрых» блюд до или после обычной деятельности, например, после физиотерапии, прогулки, при принятии лекарств;

h) облегчение использования туалета или применение вкладок в случае проблем с держанием мочи таким образом, чтобы увеличенное предложение воды не вызывало стресса у людей старшего возраста.

Разработка такой программы приносит ощутимые выгоды для здоровья жителей. Прекрасным примером такого успеха является создание «Водного клуба» в Доме престарелых в Суффолке в Великобритании. Жителям было предложено выпивать от 8 до 10 стаканов воды ежедневно, у каждого из них в комнате был кувшин с водой, а кулеры с водой были расположены по всему учреждению. В результате было отмечено сокращение количества падений, значительное улучшение состояния здоровья, сокращение числа медицинских посещений, уменьшение использования слабительных средств и числа инфекций мочевыводящих путей, снижение возбужденности среди жителей с деменцией, а также улучшение качества сна.

Заключение

Вода – это одна из важнейших, и вместе с тем вездесущих составляющих питания пожилых людей, а также субстанция, без которой в организме не могли бы происходить процессы, необходимые для его надлежащего функционирования. По этой причине мы обращаем внимание на риск недостаточного потребления воды и часто неоднозначные сигналы, которые посылает обезвоженный организм. Ведь лучше предотвратить, чем лечить!

Литература:

1. Гавенцки, Я., Хрыневецки, Л., Питание человека // Основы наук о питании. – Варшава : ПВН, 2008.

2. Попкин, Б.М., Д'Анчи, К.Э., Розенберг, И. Х., Вода, гидратация, и здоровье // Обзоры питания. – 2010. – Авг.; 68(8). – С. 439–58.

3. Бегам, М.Н., Джонсон, К. С., Обзор литературы по обезвоживанию среди жителей домов престарелых // Европейский электронный журнал о клиническом питании и метаболизме Европейского общества клинического питания и обмена веществ. – 2010. – 5. – 47–53.

4. Бернштейн, М., Питание для пожилых. – США : Взрослый, Джонс и Бартлетт, США. – 2016.

5. Левандович, М., Кжиминьска-Щемашко, Р., Нарушения функции глотания в практике диетолога // Прогресс диетологии в гериатрии и геронтологии. – 2017. – 1(3). – С. 25–30. ■

ПИТАНИЕ ПРИ СМЕННОЙ РАБОТЕ

Зелинска Катажина,
диетолог, Дом-интернат для престарелых и инвалидов в Борно Сулиново, Польша

«В соответствии со ст. 128 пар. 2 п. 1 Трудового Кодекса под сменной работой понимается выполнение работы в течение установленного графика работы, предусматривающего смену периода выполнения работы отдельными работниками по истечении обозначенного количества часов, дней или недель»[1].

Посменно – что это значит?

На практике это означает работу в две смены – 12-часовой рабочий день (обычно утренняя и ночная смена) или в 3 смены – 8-часовой рабочий день (утренняя смена, дневная и ночная). Таким образом, в нашей стране работают около 10 % сотрудников, в том числе в медицинской отрасли, полиции, но также в торговле.

Сменный характер работы вызывает нарушения эндогенных (внутренних) ритмов организма человека, согласно которым человек предрасположен работать днем и отдыхать ночью. По этой причине наибольшие последствия влечет работа в ночные часы, поскольку она связана со стрессом, сниженной работоспособностью, увеличением риска аварий и неблагоприятно сказывается на здоровье. Однако обо всем по очереди.

Внутренние часы – что это такое?

Биологические ритмы, называемые также внутренними часами, это адаптационный механизм, обеспечивающий синхронизацию внутренней среды человека с внешней средой. Главными синхронизаторами эндогенных ритмов являются свет, температура, лунные фазы, времена года и доступность продуктов. В контексте сменной работы важнейшим фактором являются: цикл день–ночь и питание.

Биоритмы регулируют в том числе круглосуточный цикл активности и сна, ритм температуры тела, выделения гормонов, изменения артериального давления, работы сердца и диуреза. По этой причине они являются регуляторами процессов, происходящих в организме, и их нарушение приводит к серьезным последствиям для здоровья.

Посменно – значит вредно?

Сменная работа связана с рисками, которые можно разделить на:

- биологические – расстройство суточного ритма организма (англ. Jet lag), нарушения сна и его ценности;
- социальные – ограничения в личной, политической жизни и т.д.;
- физиологические – заболевания желудочно-кишечного тракта (изжога, запоры, нарушение аппетита, повышение канцерогенеза в толстой кишке), сердечно-сосудистые заболевания, депрессия, ожирение, онкологические заболевания и т.д.

Биологические нарушения и ограниченная социальная жизнь углубляют физиологические последствия сменной работы. Кроме вышеперечисленных рисков, у сменных работников наблюдаются также отсутствие удовлетворенности от работы, усталость, раздражение или ослабление силы мышц. Возрастает риск злоупотребления курением, алкоголем и другими стимулирующими средствами, что еще больше отражается на здоровье.

Среди угроз для физиологического состояния человека большое внимание уделяется проблемам желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь) и последствиям неправильного питания у сменных работников.

Самыми распространенными ошибками, которые совершают сменные работники, являются:

[1] http://www.pckp.pl/pojecie-pracy-zmianowej-wedlug-pip

• отсутствие питания во время смены,
или
• жирная и калорийная пища (например, фастфуд),
• нерегулярное питание,
• отсутствие горящей пищи во время смены,
• употребление большого количества сладкого (страсть к сладкому),
• отсутствие конкретного места и/или времени для приема пищи,
• перекус на бегу между выполнением обязанностей,
• употребление большого количества кофе,
• употребление большого количества сладких газированных напитков,
• курение (снижение аппетита).

Работа в разные часовые периоды оказывает влияние на разнообразные проблемы на фоне питания, например, утренняя смена, начинающаяся в 6:00, может идти в паре с недостатком сна и отсутствием завтрака. Отсутствие завтрака отражается на самочувствии и снижает концентрацию. Завтрак является самым важными приемом пищи в течение всего дня, и он должен содержать все необходимые составляющие, в том числе сложные углеводы (зерновые продукты), полноценный белок (например, кисломолочные продукты, мясо, рыбу), овощи и / или фрукты. Серьезной проблемой является отсутствие второго завтрака, что связано со спадом активности в течение рабочего дня и повышает риск переедания по возвращении домой. Слишком большие порции пищи после долгого перерыва способствуют увеличению веса, являются фактором риска многих болезней, в том числе диабета. Эта проблема существует также у работников, возвращающихся после 12-часового рабочего дня и работающих в так называемые послеобеденные смены. Во втором случае отсутствие приема пищи на работе означает обильный ужин в период 22:00 и слишком короткий промежуток между едой и сном, что, в свою очередь, способствует бессоннице и плохому самочувствию. Отсутствие приемов пищи в рабочее время способствует большему употреблению сладостей, кофе, случайных перекусов, в том числе фастфуда, и тем самым способствует развитию ожирения, диабета или гиперлипидемии. Это касается также ночных работников, работающих в особо неблагоприятных условиях.

Практически и профилактически?

Профилактика здоровья в случае сменных работников должна охватывать правильное питание, регулярную физическую активность, гигиену сна, профилактику и терапию болезней, наиболее распространенных в этой группе.

Как питаться во время смены?

Важно подчеркнуть, что нерегулярное питание является существенным фактором, нарушающим суточные ритмы, идущим сразу за сменной работой. Кроме нерегулярного питания, на суточные ритмы влияет также род употребляемой в течение дня пищи. По этой также причине важно расширять в группе сменных работников основы здорового образа жизни, который поможет сократить влияние негативных условий их работы. Это универсальные правила, основывающиеся на пирамиде здорового питания, однако сменные работники, кроме этого, должны:

• потреблять дополнительное количество энергии, если после дня нормальной активности идут работать в ночную смену,
• избегать больших перерывов между приемами пищи в течение дня и не переедать во время работы ночью,
• соблюдать правила приготовления легкоусвояемой пищи (рекомендуются варка, приготовление на пару, гриль, запекание, жарка без использования жира),
• употреблять небольшие порции пищи за один раз,
• избегать злоупотребления кофе и других кофеиносодержащих напитков,
• избегать злоупотребления сладкого и сладких напитков.

Для обеспечения правильного обмена веществ в нефизиологических часах работы работник до 1:00 (часа ночи) должен съесть полноценную порцию пищи с ограничением углеводов, и вторую порцию пищи – утром, выполняющую роль завтрака (употребляемую за 2 часа до планируемого сна). По мере возможности первый прием пищи во время смены должен быть теплым и употребляться в спокойной обстановке. Такое блюдо может состоять из диетически приготовленного мяса, рыбы или кисломолочных продуктов с добавлением большого количества овощей. Эти рекомендации связаны с циклами выделения энзимов и гормонов в организме, например, инсулина, который снижает уровень сахара в крови, наиболее активен в утренние часы и ослабляет свое действие в послеполуденное и ночное время, поэтому употребление углеводной пищи вечером может способствовать резистентности к инсулину, а впоследствии – диабету или набору веса.

Многие исследования указывают на недостаток клетчатки, железа, витаминов группы В и калия у женщин, работающих по сменному графику. По этой причине ежедневная диета работников с таким графиком должна быть богата овощами и фруктами, цельнозерновыми продуктами (каши, неочищенный рис, макароны из грубой непросеянной пшеничной муки, злаки, хлеб из муки грубого помола), кисломолочными продуктами, сухими семенами стручковых, нежирным мясом. Очень полезно употребление рыбы

и правильное употребление растительных масел.

Анализ диеты сменных работников, проведенный службой здоровья, выявил также избыток простых углеводов и насыщенных жирных кислот в диете вышеперечисленной группы. В связи с этим рекомендуется ограничивать употребление сладкого, фастфуда и соленых закусок, поскольку они имеют низкую пищевую ценность: они дают много энергии, простых сахаров и насыщенных жиров и одновременно малое количество витаминов и минеральных веществ, необходимых для правильного функционирования организма.

Другим фактором, важным с точки зрения питания, является стресс, связанный с нефизиологическими часами работы. Стресс способствует чрезмерному потреблению пищи на нервном фоне или, наоборот, потере аппетита, усилению желания потребления сладкого, злоупотреблению сигаретами.

Важна ли физическая активность?

Физическая активность необходима для правильного функционирования организма и влияет на:

• хорошую физическую форму тела – мышцы и кости,

• правильную массу тела,

• хорошее самочувствие,

• хороший сон,

• воздействие солнечного света – эндогенный синтез витамина D.

Не нужно забывать о профилактическом влиянии движения в контексте остеопороза, гиперхолестеринемии и диабета. Это в том числе так называемое «время для себя», и поэтому понятие физического труда не следует путать с понятием физической активности. Двигательные упражнения должны выполняться ежедневно в течение 30 минут и могут принимать любую, наиболее приносящую удовольствие, форму – бега, езды на велосипеде, плавания, занятий фитнесом, танца.

Люди, работающие по сменному графику, для которых в связи с профессиональными занятиями ежедневная физическая активность является невозможной, должны заниматься физической активностью минимум 3 раза в неделю.

Как правильно спать?

Как это ни странно, хороший сон является фактором, влияющим на способ питания, и наоборот. У людей со сменным графиком наблюдается расстройство аппетита на следующий день после работы в ночную смену. Также съедание чрезмерно большой порции еды перед сном оказывает негативное влияние на скорость засыпания и качество ночного отдыха.

По этим причинам не стоит недооценивать значение гигиены сна. Под этим понятием мы понимаем несколько простых правил, следование которым благотворно сказывается на качестве сна. Это является особенно важным в случае людей, работающих по сменному графику, у которых нарушаются суточные ритмы организма. Гигиена сна включает в себя, в том числе, правило ложиться спать и просыпаться в одно и то же время каждый день – это невозможно в случае сменной работы, однако остальные принципы можно с успехом применять независимо от режима работы. Вот они:

• не есть непосредственно перед сном. Последний прием пищи должен быть минимум за 2 часа до сна, однако не позже, чем за 4 часа до сна;

• не пить большого количества воды перед сном;

• использовать кровать только для сна. Она не должно использоваться для чтения, работы, просмотра телевизора;

• не ложиться спать в состоянии сильной эмоциональной возбужденности или сразу после интенсивной физической нагрузки;

• использовать способы релаксации перед сном, к которым относятся релаксирующие ванны, дыхательные упражнения и т.д.

Не стоит забывать, что, кроме вышеперечисленных принципов, также важными являются факторы внешней среды, которые влияют на сон, – шум, свет (люди, работающие по ночам, должны ложиться спать в хорошо затемненной комнате, чтобы стимулировать выделение мелатонина), температуру окружающей среды, влажность воздуха и спальное место (кровать, матрас, одеяло, подушка должны быть подобраны в соответствии с индивидуальными потребностями и предпочтениями).

Заключение

Сменная работа влечет за собой неблагоприятные последствия для здоровья, однако ее выполнение во многих случаях является необходимым, особенно в профессиях, связанных с долгосрочной опекой или в службе здоровья. Поэтому важно знать о рисках и сознательно предпринимать профилактические меры в целях сведения к минимуму негативных последствий сменного графика работы.

Способ питания существенным образом влияет на качество и продолжительность жизни. То, что мы едим, имеет серьезные последствия для здоровья. Особенно при сменной работе правильное питание является практически подвигом. Поэтому следовало бы хорошо подумать, какие продукты и кулинарные техники можно внести в свой образ питания таким образом, чтобы он оказывал благотворное влияние на здоровье и самочувствие. Следует помнить, что правильное питание это замечательная профилактика и терапия заболеваний, вытекающих из специфики сменной работы, а особенно работы в ночные смены. ■

ЭРГОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сикора-Мыслек Ирэна,

магистр, специалист семейного сестринского дела, заместитель медицинского директора «Хоспмед» («Hospmed») в Ченстохове, Польша

Профессиональная деятельность наряду с семьей является решающим показателем жизненной ситуации людей и тем самым находится в тесной связи с состоянием здоровья.

Деятельность эта, как правило, связана с выполнением работы, которая определяется как совокупность обязанностей, исполнение которых основывается на квалификации. Принципы и условия работы в некоторых профессиях строго регламентируются законом. Из них также следуют значение и ценность состояния здоровья сотрудников, а также риски, связанные с выполнением работы.

Среди профессиональных групп наиболее подвержены риску развития профессиональных заболеваний люди, работающие в больницах, в учреждениях социального обслуживания и центрах социально-медицинского обслуживания.

Болезни костно-мышечной системы, а в особенности позвоночника, настолько распространены, что являются одной из главных социальных, медицинских и экономических проблем во всех странах Евросоюза. Результатом длительных перегрузок костно-мышечной системы во время работы могут быть **профессиональные и непрофессиональные заболевания**. Хронические **заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы**, связанные со способом осуществления профессиональной деятельности, перечислены в перечне профессиональных заболеваний. Перечислить стоит: хроническое воспаление и дистрофию тканей сухожилия, хроническое повреждение мениска, хронические околосуставные воспаления плечевого сустава, кистевой туннельный синдром запястья, синдром кубитального канала локтевого нерва. Непрофессиональные заболевания имеют трудный характер осложнений.

Главные причины заболеваний опорно-двигательного аппарата персонала:

1) выполнение процедур по уходу за лежачими пациентами, в особенности их поднятие и перемещение;

2) необходимость совершения частых наклонов и изменения положения во время работы;

3) необходимость длительного пребывания на ногах во время проведения операций, которая в конечном итоге приводит к боли в нижнем отделе позвоночника, в плечевой области и боли в ногах;

4) выполнение работы в ограниченном рабочем пространстве, преодоление архитектурных препятствий в учреждениях здравоохранения;

5) перемещение тяжелого медицинского оборудования и других тяжелых предметов (например, функциональных колясок, кроватей, операционных комплектов, кислородных баллонов, остающегося после процедур мусора);

6) неиспользование принципов эргономии работы.

При самостоятельном поднятии и перемещении пациентов наиболее важным для безопасности опорно-двигательного аппарата является выбор правильной техники. Всегда в первую очередь следует подумать:

• Может ли один сотрудник переносить такую тяжесть или для этого потребуется несколько человек?

• Можно ли часть нагрузки переложить на механическое оборудование, такое как подъемники, коляски и др.?

• Можно ли уменьшить нагрузку при выполнении этих действий с помощью другого вспомогательного оборудования (например, рукоятки, скользящие коврики и т.д.)?

В зависимости от ситуации следует использовать соответствующие вспомогательные средства.

К эргономическим условиям работы медицинского персонала,

согласно действующему законодательству и постановлениям министра относятся:

1) размещение мебели и оборудования в помещениях с целью обеспечения свободного доступа к рабочему месту;

2) использование медицинского оборудования в соответствии с нормами и правилами;

3) укомплектование комнат больных функциональными кроватями с регулируемой высотой, оснащенными в зависимости от потребностей оборудованием, облегчающим пациенту самостоятельное изменение положения тела, например, прикроватными панелями, боковыми бортиками, веревочными лестницами и дистанционным управлением;

4) обеспечение медицинского персонала соответствующими приспособлениями и вспомогательными средствами для выполнения повседневных работ, связанных с поднятием и перемещением пациентов, в том числе: креслами-колясками, подъемниками, ортопедическими вертикализаторами, скользящими простынями для лежачих больных;

5) предоставление необходимых приспособлений, облегчающих проведение санитарно-гигиенических процедур больных (например, мобильных тележек-ванн, душевых, сидений для ванн, кресел для купания и туалета и т.д.);

6) систематическая проверка технического состояния больничных кроватей;

7) устранение архитектурных препятствий в учреждениях здравоохранения и рабочих помещениях, обеспечение правильной организации работы медицинского персонала и соблюдение норм, отвечающих стандартам Государственной трудовой инспекции.

Важную роль в профилактике профессиональных заболеваний играет также обучение персонала в области безопасных методов выполнения работы, касающихся:

– техники поднятия тяжестей;

– поддержания правильного положения при выполнении работы;

– использования соответствующего конкретной ситуации вспомогательного оборудования и его надлежащего технического обслуживания.

Крайне важно, чтобы обучение включало в себя также практические упражнения. Персонал учреждений здравоохранения должен проходить такое обучение перед допуском к выполнению работ, а также использовать их во время осуществления профессиональной деятельности.

Главные принципы поднятия и перемещения пациентов:

1. Любой человек, приступающий к поднятию больного, должен быть осведомлен о своих возможностях, уровне своей физической подготовки и выносливости взаимодействующих с ним людей.

2. Ни в коем случае нельзя поднимать больного до того, как будет освоена правильная техника. В противном случае как пациенту, так и ухаживающему за ним человеку может быть нанесен вред.

3. Одежда человека, поднимающего больного, должна быть удобной, не ограничивающей движений, а обувь должна иметь нескользкую подошву, широкий и невысокий (лучше плоский) каблук и быть по размеру.

4. Человек, поднимающий больного, должен твердо стоять на ногах и принять правильное положение.

5. Не следует выполнять никаких действий насильно и при острых болезненных ощущениях, поскольку так можно вызвать нежелание пациента менять положение и спровоцировать у него защитные реакции.

6. Нельзя брать больного подмышки, поскольку это может привести к травме плечевого сустава у медсестры.

7. Во время перемещения пациент не может держаться за шею персонала, поскольку это грозит травмой шейного отдела позвоночника.

8. Следует помнить о правильном дыхании.

9. Везде там, где это возможно, самостоятельное перемещение больного в кровати и из кровати (на коляску или кресло) следует выполнять с помощью скользящего оборудования.

10. Для перемещения с кровати на коляску беспомощных пациентов, вес которых превышает физические возможности опекунов, следует использовать подъемники.

11. Для поднятия пациента с ограниченными возможностями и поднятия его из ванны следует использовать специальные подъемники для ванн или использовать для мытья передвижные ванны.

Рассуждая об эргономических условиях работы персонала учреждений здравоохранения, не стоит забывать о страховке и реагировании в ситуации потери пациентом равновесия.

Страхующий человек во время движения должен находиться рядом с пациентом, имея физический контакт с его телом, лучше всего немного позади сбоку (по диагонали) по отношению к более слабой стороне. Когда больной начинает внезапно терять равновесие, страхующий человек должен отпустить ручку, поддерживающую пациента, быстро переместиться за его спину, сделать шаг назад и принять стабильное положение, позволяя пациенту осуществить контролируемое скольжение по его телу на пол.

Полезные советы персоналу

1. Тяжелые предметы следует поднимать «с коленей», а не «позвоночником». Поднятие «позвоночником» в действительности более энергоэффективно (участвует меньше мышц) и длится меньше, но при этом сильнее нагружает позвоночник, нежели поднятие «с коленей».

2. Расстояние между переносимым предметом и вертикальной осью тела должно быть наименьшим.

3. Тяжелые предметы следует переносить только с прямой спиной.

4. Во время перемещения тяжестей избегать отклонений вбок и скручиваний туловища.

5. Во время ношения тяжестей следует помнить, чтобы нагрузка на позвоночник была симметричной и равномерной.

6. Сохранять особую осторожность при обращении с тяжелыми предметами, особенно когда они находятся выше головы работника.

7. При выполнении работ с лежачим пациентом на кровати старайтесь всегда держать спину прямой. В целях уменьшения нагрузки на спину можно упираться коленом в кровать.

8. Использовать возможность регулировки высоты кровати.

9. Взаимодействовать с пациентом и использовать его психомоторные возможности – это снизит нагрузку и ускорит процесс реабилитации пациента.

10. Избегайте длительного выполнения работы, пребывая в неудобном для тела положении (из-за высокой статической нагрузки), например, во время выполнения процедур и кормления пациента. Всегда старайтесь использовать стул и присесть при пациенте.

11. Все действия выполнять на уровне локтя. Избегать работ выше уровня плеч и ниже уровня колен.

12. Во время перемещения пациента следует помнить о том, чтобы вертикальная ось центра тяжести положения «сотрудник и пациент» не выходила за стопы.

13. При поднятии лежачих пациентов следует использовать различные профессиональные вспомогательные технические средства: подъемники, вертикализаторы, ро-

лики. Они должны быть доступны в учреждении (работодатель обязан подготовить и предоставить работникам инструкции использования вспомогательного оборудования). Также следует использовать скользящие коврики.

Следует отметить, что осведомленность о рисках, которым подвергается костно-мышечная система во время работы, а также знания об эргономической организации рабочих мест и овладение соответствующими техниками и способами выполнения работы позволяют сохранять здоровье и обеспечивают безопасность работников системы здравоохранения.

Литература:

1. О профессиональных заболеваниях : Постановление Совета министров от 30 июня 2009 г. // Законодательный вестник. – 2009. – № 105. – Поз. 869). (W sprawie chorób zawodowych : Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. // Dz. U. – 2009. – Nr 105. – Poz. 869).

2. Юзвяк, З. Институт медицины труда, Лодзь // URL : www. imp. lodz/pielęgniarki. (Jóźwiak, Z. IMP Łódź www. imp. lodz/pielęgniarki).

3. О безопасности и гигиене труда при ручных транспортировочных работах (с поздн. изм.) : Постановление министра труда и социальной политики от 14 марта 2000 г. // Законодательный вестник. – 2000. – № 26. – Поз. 313. (W sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (z pón. zm.) : Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. // Dz. U. – 2000. – Nr 26. – Poz. 313).

4. О перечне особо тяжелых работ и работ с вредными и опасными условиями для здоровья женщин (с поздн. изм.): Постановление Совета министров от 10 сентября 1996 г. // Законодательный вестник. – 1996. – № 114. – поз. 545. (W sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (z późn. zm.) : Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. // Dz. U. – 1996. – Nr 114. – Poz. 545).

5. Постановление Совета министров от 24 августа 200 г. «О перечне работ запрещенных для выполнения несовершеннолетними и условиях их найма на некоторые из этих работ» (Законодательный Вестник от 2004 г. № 200, поз. 2047 с поздн. изм.).(W sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (z późn. zm.) : Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 200 // Dz. U. – 2004. – Nr 200. – Poz. 2047).

6. О специальных требованиях, которым должны отвечать помещения и оборудования субъекта, осуществляющего медицинскую деятельность : Постановление министра здравоохранения от 26 июня 2012 г. // Законодательный вестник. – 29 июня 2012. – Поз. 739). (W sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą : Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. // Dz. U. – 29 czerwca 2012. – Poz. 739). ■

ОБЩЕНИЕ КАК ФОРМА УХОДА – С ЗАБОТОЙ О ПАЦИЕНТАХ И МЕДИЦИНСКОМ ПЕРСОНАЛЕ

Чечелевска Ева,

доктор медицинских наук, факультет наук о здоровье, колледж Мазовия, Инновационная высшая школа в Седльце, Польша

Недостаточно быть хорошим врачом, психологом или медсестрой, чтобы осуществлять надлежащий уход за умирающими пациентами. Не только мануальные навыки и медицинские знания имеют здесь значение, но также человеческая чувствительность, отзывчивость и преданность в этой медицинской области важны больше, чем в какой-либо другой. Важными являются также человеческая доброта, радушие, терпение и хорошее общение.

Йоанна Салыга, больная раком, автор блога о чувствах у финальной черты своей жизни, написала: «Я думаю, что больным и здоровым не о чем говорить друг с другом – переживание этой болезни является настолько сильным и индивидуальным, полностью изменяющим точку зрения. Здоровые люди могут нам сочувствовать, могут переживать, не доверять, в целом – ничего существенного. В такой ситуации, наверное, только подбадривание и поддержка являются по-настоящему ценными». Похожим образом чувствовал себя Болеслав Лютославски, больной *неходжкинской лимфомой*, он писал в своей книге под названием «Танцуя над пропастью, моя борьба с раком», что на каждом шагу разные люди говорили ему неподходящие слова, шутили при нем о похоронах, говорили о знакомых, которые недавно умерли от лейкемии, рака, сердечного приступа. Он считал, что своим присутствием портил другим веселье, когда подходил, люди становились серьезными, наверное, думая: «О, так выглядит человек, которому осталось жить всего несколько месяцев».

По мнению американского психолога Элизабет Кюблер-Росс, люди, страдающие от неизлечимых болезней, испытывают злость на судьбу, которая послала им эту болезнь, и проецируют эту злость на медицинский персонал, а прежде всего – на близких людей. И именно это состояние больного чаще всего возводит барьеры в общении как со стороны больного, так и со стороны его семьи и знакомых, а также медицинского персонала.

Постарайтесь так не делать

Главной ошибкой в общении между больным и его семьей является желание защитить близкого человека и скрыть информацию о состоянии его здоровья. Что касается пациентов, то чаще всего они хотят знать все о своем здоровье, цитирую: «Я вам очень благодарен за то, что мы разговариваем о моей смерти, потому что моя жена и сын говорят, что мы еще поедем отдыхать, а я уже знаю…» Больной имеет право получать информацию, и это не только требование закона, перед тем как умереть, пациент может захотеть написать завещание или передать близкому человеку доступ к банковскому счету. Он хочет знать о приближающейся смерти, чтобы сказать любимым людям: «Спасибо», «Я тебя прощаю», «Я люблю тебя». Тогда ему легче уйти. Священник доктор Ян Качковски, биоэтик, в своей последней книге под названием «Почва под ногами» написал так: «Если бы вы заболели, то, скорее всего, хотели бы знать, чем вы больны, чтобы соответствующе управлять своей жизнью. Вы имеете на это полное человеческое право. Распространение правды не является искусством ради искусства. Оно должно сохранять достоинство человека. Если мы не скажем тяжелобольному, что он тяжело болен, то он может потерять доверие к нам. А это действительно часто случается…» Зачастую в такой заговор молчания бывает втянут медицинский персонал, поскольку семья просит, чтобы больному не сообщали о фактическом состоянии его здоровья. Бывает и так, что сам больной просит об этом врача, к такому решению тоже следует относиться с уваже-

нием. Труднее на тему неблагоприятных прогнозов говорить в случае длительных отношений с пациентом, когда пациент молод или когда его характеризует оптимизм.

Ошибкой в общении, которая переносится на процесс лечения, является эффект *ноцебо*. Он выражается в усилении симптомов, связанных с плохими отношениями между больным и медицинским персоналом, который при общении с больным не только не успокаивает его, но наоборот, усиливает нервозность пациента. Подтверждено, что эффект *ноцебо* связан с усилением чувства страха у больного, что приводит к усилению боли и ухудшению состояния здоровья. Такая ошибка в уходе за неизлечимо больными пациентами является недопустимой.

Постарайтесь делать так

Жесты теплоты в трагические моменты жизни являются гораздо более нужными, нежели самые изощренные слова, чтобы кого-то утешить, или в случае, когда больной не может нас услышать. Можно только поглаживать руки больного и ничего не говорить, только этим жестом и мыслями выражать ласковую близость. Тактильные ощущения остаются с умирающим дольше всего. Медицинская сестра Джойс Хатчисон в своей книге под названием «Можно проводить тебя Домой?» указывает на то, что важным является само присутствие рядом с больным. Она отмечает, что медсестры искусно стравляются со множеством задач, способны раздвоиться или растроиться, оказывая помощь пациенту, но иногда простое присутствие даже без выполнения конкретной задачи гораздо важнее. Однажды, возвращаясь домой после тяжелой смены, я осознала, что дала много внутривенного морфина, подключила десятки капельниц, но за целый день не посмотрела в глаза ни одному пациенту. Я позаботилась только о материальных вещах, но на самом деле не заметила пациентов в кроватях. Джойс подчеркивает, насколько важным является информирование пациента и его семьи о том, что при них делается, а также вежливый вопрос, чем можно помочь, есть ли какие-то вопросы, потребности.

Нужно разрешить больным и их близким выражать свои чувства, сам разговор о них значительно снижает напряжение. Нужно разрешить им плакать. Как говорит психоонколог Юстина Пронобис-Шчилик в книге Катажины Кубищовской под названием «Рак по-польски, беседа с Юстиной Пронобис-Шчилик и Цезарием Шчилик», – плач является естественной реакцией на грусть, лечит, освобождает от накопленного напряжения. Если больной от него не освободится, он не сможет принять то, что наступит потом. Плач является формой печали, адекватной реакцией на утрату. А здоровье человека – это великая ценность, а поэтому и большая утрата. Для того чтобы сделать шаг вперед, нужно испытать печаль, разрешить себе и другим плакать. Когда пациент плачет, не нужно запрещать ему этого, лучше спокойно сказать: «Я с тобой». Больше ему ничего не требуется.

Бывает и так, что больной не хочет нашего сочувствия, не хочет открыться. В этом случае не нужно заставлять его, не нужно давить. Необходимо его желание. Бывает, что больной постоянно слышит: «Думай позитивно. Борись». Иногда террор позитивного мышления может быть формой отрицания болезни близкими людьми. В этом случае больной вынужден бороться с непрошеной судьбой в одиночку среди людей, скандирующих позитивные утверждения. Тем не менее, лучше дать больному уверенность, что мы рядом с ним, спросить, что мы можем для него сделать, а потом сделать это.

Регина Бретт, испытанная судьбой журналистка, в своей книге под названием «Бог никогда не моргает» на основании своего опыта борьбы с раком и подсказок ее друзей и семьи подготовила несколько советов, чего не нужно делать, и несколько советов, что нужно делать, ухаживая за тяжелобольным. Один из советов – это умение внимательно слушать. Тебе не нужно знать ответы на вопросы, давать советы или предлагать план действий, просто слушай. Привыкни к тишине и всегда смотри больному в глаза, независимо от того, как он выглядит. Позволь ему говорить также о чем-то другом, кроме своей болезни: о фильмах, книгах, актуальных событиях. Это все та же твои мать, отец, брат, друг, коллега. Ожидания больных в этом вопросе очень точно передают слова стихотворения под названием «Слушай» неизвестного автора из книги под редакцией Анны Грайцарек под названием «Искусство разговора с больным», цитирую:

«Когда я прошу, чтобы ты меня выслушал,
а ты начинаешь давать мне советы,
не делаешь того, о чем тебя прошу.
Когда я прошу, чтобы ты меня выслушал,
а ты начинаешь мне говорить,
почему я должен чувствовать по-другому,
топчешь мои чувства…»

Ханна Хжановска, выдающаяся медсестра, инициатор домашнего ухода за тяжелобольными людьми, обладала редкой способностью принятия человека таким, какой он есть. Она всегда считала, что больной имеет право на удовольствие, несмотря на свое состояние и положение. Не возмущалась, когда боль-

ной, например, беспокоился о своей собаке, оставленной дома без присмотра, не говорила: «Ох, это только собака», – а старалась придумать, как решить этот вопрос, чтобы пациент не беспокоился. В основном врачи или медсестры видят перед собой больное тело, к которому нужно применить тот или иной препарат. Священники, в свою очередь, видят душу больного. Ханна Хжановска всегда видела человека с телом и душой таким, каким он был. С набожной бабушкой она разговаривала о богослужениях, с матерью – о детях и текущих делах, а с молодыми людьми – о литературе, фильмах или музыке. Нам следует почерпнуть больше из мудрости польской пионерки хосписного ухода, описанной в книге под названием «Радость отдавать, Ханна Хжановская в воспоминаниях, письмах, историях» авторства Мажены Флорковской.

Заботясь о других, помни о себе

По мнению Юстины Пронобис-Шчилик, профессиональному выгоранию способствуют три фактора: эмоциональное истощение, деперсонализация (расчеловечивание) и отсутствие удовлетворенности результатами работы. Выгоранию подвержен не только медицинский персонал, но и каждый, кто работает с людьми, например, учителя, пожарные. Результатом хронического стресса на работе является соматизация, когда все сложности эмоционального характера превращаются в плохое физическое самочувствие. Эмоциональное истощение – это потеря энергии и радости жизни, хорошего настроения, энтузиазма и увлеченности. Мы должны знать, что объектное отношение к другому человеку не может принести удовлетворения, и в этом случае персонал, который не чувствует удовлетворения, будет плохо себя чувствовать. Он будет создавать впечатление недоступного, холодного и неприятного. В свою очередь пациент и его семья боятся такого персонала и осознают, что являются полностью зависимыми от него. Порочный круг приносит страдания обоим сторонам. В этом случае важно говорить об испытываемых трудностях. Часто мы прячемся от проблем, не признаем их, отрицаем свою усталость, уныние, раздражение. Однако выражение чувств и даже простое высказывание их значительно снижает напряжение. Следует осознать, что мы не железные и что иногда нельзя сделать всего.

Томаш Дзержановски, врач госписа, в своей книге под названием «Холодные воды Стикса» на основании своего опыта работы с неизлечимо больными пациентами дает несколько советов, как предотвратить профессиональное выгорание. Он советует поставить телефон на беззвучный режим в ночное время, чтобы не спровоцировать хроническое недосыпание и усталость, которые отражаются на реальной оценке ситуации и принятии решений. Также он советует слушать музыку, читать книги, находить отдушину, которая помогает прийти в норму после тех трудностей, с которыми сталкивается медицинский персонал в работе с тяжелобольными людьми, найти укромное место, чтобы побыть в тишине. Иногда достаточно присесть где-нибудь в стороне, закрыть глаза, чтобы освободить голову от шума повседневной жизни. Как пишет Дзержановски, найти «свой сад», где можно справиться с собственным бессилием. Важно также говорить о своих чувствах доброжелательным людям, которые терпеливо выслушают, не будут критиковать, а проявят понимание, и это не обязательно должны быть люди, работающие в медицинской области.

Профессиональное выгорание – это синдром, причины которого кроются также в организации рабочего места, а не только в столкновении со смертью и страданием. Серьезным источником профессионально стресса является коммуникация в самом коллективе – между сотрудниками и руководителями. Проблемы, возникающие в этой области, влияют на атмосферу на рабочем месте, ограничивают возможности получения поддержки и, кроме того, способствуют росту агрессии, злости и чрезмерного соперничества. Важными являются также вопросы, связанные с условиями труда: плохо обустроенные помещения, отсутствие профессионального медицинского оборудования. Эту ситуацию осложняет перегрузка обязанностями, которые работник не в состоянии выполнить в отведенное ему время или при использовании имеющихся в его распоряжении средств. Чрезмерная физическая и эмоциональная нагрузка также являются источником стресса и причиной профессионального выгорания.

Литература:

1. Де Вальден-Галушко, К., Чалковска-Рыш, А. Паллиативная медицина. – Варшава : Медицинское издательство ПЗВЛ, 2015 (K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz, Medycyna paliatywna. – Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015).
2. Флорковска, М. Радость отдавать, Ханна Хжановска в воспоминаниях, письмах, историях. – Краков: Издательство св. Станислава БМ, 2010 (Florkowska, M. Radość dawania, Hanna Chrzanowska we wspomnieniach, listach, anegdotach. – Kraków : Wydawnictwo św. Stanisława BM, 2010).
3. Лютославски, Б. Танцуя над пропастью, моя борьба с раком. – Краков: Издательство ВАМ, 2006. (Lutosławski, B. Tańcząc nad przepaścią, moja walka z rakiem. – Kraków : Wydawnictwo WAM, 2006).
4. Салыга, И., Салыга, П. Платок. – Краков : Издательство «Знак», 2013 (J. Sałyga, P. Sałyga, Chustka. – Kraków: Wydawnictwo Znak, 2013).
5. Бретт, Р. Бог никогда не моргает. – Краков : Издательство «Инсайнис Медиа», 2012 (Brett, R. Bóg nigdy nie mruga. – Kraków : Wydawnictwo Insignis Media, 2012).
6. Дзержановски, Т. Холодные воды Стикса. – Познань : Термедиа, 2011 (Dzierżanowski, T. Zimne wody Styksu. – Poznań: Termedia, 2011).
7. Кубищовска, К. Рак по-польски, беседа с Юстиной Пронобис-Шчилик и Цезарием Шчилик. – Воловец: Издательство «Черное», 2014 (Kubisiowska, K. Rak po Polsku, rozmowa z Justyną Pronobis-Szczylik i Cezarym Szczylikiem. – Wołowiec : Wydawnictwo Czarne, 2014).
8. Хатчисон, Д., Рапп, Д. Можно проводить тебя Домой? – Познань: Издательство «Святой Войчех», 2010 (Hutchison, J., Rupp, J. Czy mogę odprowadzić cię do Domu. – Poznań: Wydawnictwo Święty Wojciech, 2010).
9. Качковски, Я. Почва под ногами. – Краков: 2016 (Kaczkowski, J. Grunt pod nogami. – Kraków: Wydawnictwo WAM, 2016). ■

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ – ОТКУДА ОН БЕРЕТСЯ И КАК ЕГО ПРЕДОТВРАТИТЬ?

Корчик-Вашак Магдалена,

Персональный тренер, тренер и наставник для развивающихся организаций, Польша

Вы утратили веру в свои способности;
чувствуете равнодушие по отношению к потребностям и эмоциям других людей;
боитесь будущего, испытываете чувство несправедливости;
вас беспокоят регулярные боли, вы плохо спите и постоянно болеете.
Будьте осторожны и не игнорируйте этого! Это могут быть симптомы профессионального выгорания!

Сущность профессионального выгорания

Впервые термин «профессиональное выгорание» использовал Герберт Фрейденбергер[1] для обозначения состояния истощения индивида, вызванного чрезмерными задачами, которые ставила перед ним физическая или общественная рабочая среда. Фрейденбергер описывал опыт эмоционального истощения профессиональных групп, которые оказывали помощь другим людям (терапевты, медсестры, социальные работники). Сегодня считается, что каждый сотрудник, независимо от выполняемой работы, может столкнуться с синдромом профессионального выгорания. Сущность этого синдрома наиболее полно объясняет трехмерная теория Кристины Маслач. Согласно ее определению, профессиональное выгорание описывается как «синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения чувства личных достижений, появляющийся определенным образом у людей, чья работа тесно связана с другими людьми». Что это означает в действительности?

Эмоциональное истощение проявляется в форме нежелания работать, все меньшей заинтересованности рабочими делами, пониженной активности, пессимизма, постоянного психофизического напряжения, раздражительности, а также как изменения соматического характера – хроническая усталость, головные боли, бессонница, желудочные расстройства или частые простуды.

Деперсонализация (*расчеловечивание*) связана с равнодушием и дистанцией по отношению к проблемам пациента, поверхностным отношением, сокращением временных затрат и формализацией контактов, цинизмом, обвинением пациентов и подопечных в неудачах на работе. В случае опекунов деперсонализация проявляется, например, в форме невежливого обращения к подопечным. Врач, столкнувшийся с выгоранием, быстро и механически ставит диагнозы, относится к пациентам как к «случаям болезни». В случае социальных работников деперсонализация заключается в сознательном игнорировании реальных потребностей подопечных; в случае психологов – в сокращении времени приема или отсутствии вовлеченности в аутентичный контакт с пациентом. Увеличение психологической дистанции по отношению к человеку, с которым работаешь, и символическое лишение пациента человечности, и восприятие его как «случая» способствуют меньшему вовлечению в отношения с другим человеком. Таким образом, деперсонализация может быть сознательной или бессознательной формой защиты от дальнейшей эксплуатации уже истощившихся эмоциональных ресурсов.

Снижение чувства личных достижений является тенденцией, при которой своя работа с подопечными рассматривается в негативном свете. Оно проявляется в неудовлетворенности профессиональными достижениями, убежденностью в отсутствии компетенций, утратой веры в свои способности решать возникающие проблемы

[1] Фрейденбергер, Г. Выгорание: Высокая цена высоких достижений. 1974.

и неспособностью приспособиться к трудным рабочим условиям. В отношениях с людьми снижение чувства личных достижений может принимать как крайние формы агрессивного поведения (например, вербальная агрессия), так и формы бегства (невыход на работу). Эти симптомы создают самозапускающийся механизм. Сотрудник, который чувствует себя усталым, меньше участвует в реализации профессиональных задач, а его работа все чаще оценивается негативно. Сам он также недоволен ее результатами, ищет причины такого состояния вещей и очень часто приходит к выводу, что ему недостает компетенций, знаний, умений, чтобы справляться с трудными ситуациями на работе, и даже для того чтобы просто делать свою работу, и с ужасом думает о следующем дне, когда должен выйти на работу.

Наличие трех элементов в характерной системе выгорания является чертой, отличающей синдром выгорания от других последствий профессионального стресса.

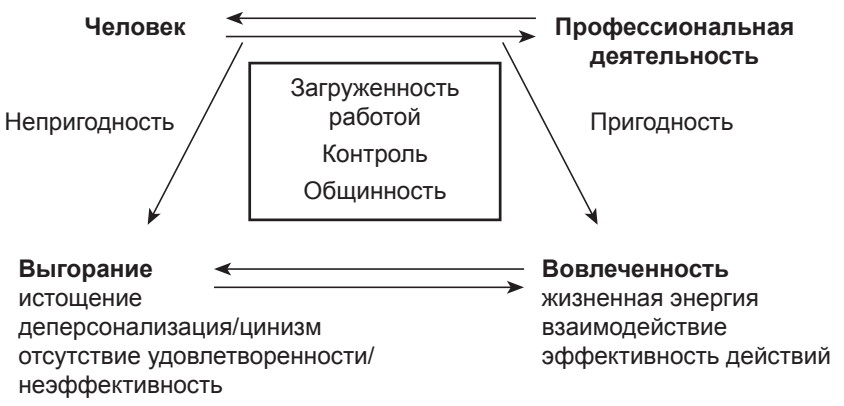
Все чаще для объяснения выгорания используется понятие *профессиональной пригодности*, которое означает гармоничное взаимодействие индивида и рабочей среды в области различных сфер профессиональной деятельности. Непригодность возникает в основном тогда, когда между сотрудником и работодателем не разрешены существенные вопросы, касающиеся работы, или когда рабочие отношения изменяются настолько, что работник или организация считают их невыгодными. Речь идет, например, о ситуациях, в которых сотрудник чувствует перегруженность рабочими обязанностями, не имеет влияния на организацию своей работы, обременен слишком большой ответственностью, чувствует несправедливую оценку себя, получает зарплату, несоразмерную вложенным в работу усилиям, теряет контакт с коллегами и не получает от них никакой поддержки. Перечисленные ситуации называются «организационными предшественниками выгорания». Их появление нарушает отношения человека с его работой, влияет на усиление стресса, ослабляет способность эффективной борьбы с ним, а впоследствии способствует появлению профессионального выгорания. Концепция, объясняющая феномен выгорания, была расширена его положительной антитезой – вовлеченностью в работу. Если профессиональную активность человека принять как континуум, то на одном его конце окажется *вовлеченность в работу*, а на другом – выгорание. Первоначальный восторг от нового опыта, запал, энергия и страстью уступают место истощению, отвращению к пациентам и неудовлетворенности своими достижениями. Потерю заинтересованности в работе, таким образом, можно считать синонимом профессионального выгорания.

Причины профессионального выгорания обычно располагаются на трех уровнях:

• **индивидуальном** – существует большая вероятность, что люди, которые не верят в свои способности, избегают трудных ситуаций, не пытаются противостоять им, убеждены, что от них самих не много зависит, реагируют эмоционально на трудные рабочие ситуации, являются перфекционистами, ставят перед собой очень высокие требования и часто корят себя за то, что не смогли их выполнить или относятся к своей профессии как к миссии, требующей от них особенной вовлеченности и жертв, столкнутся в своей профессиональной деятельности с выгоранием;

• **межличностном** – источник выгорания следует искать прежде всего в отношениях, которые возникают между сотрудником и клиентами учреждения. Выгорание развивается главным образом в тех профессиях, в которых выполнение обязанностей связано с эмоциональной вовлеченностью в дела других людей. Необходимость постоянного контакта с людьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, концентрации на трагичном опыте других людей, контакта с незаслуженным страданием и проявлениями жестокости являются огромным бременем. Со временем проблемы клиентов могут восприниматься как реальная угроза для собственной безопасности. Если оказывающие помощь люди не сохранят эмоциональную дистанцию, то проблемы клиентов, проживаемые ими как свои собственные, могут повредить упорядоченный образ мира и привести к нарушению чувства стабильности. К межличностным источникам выгорания следует отнести также стрессовые ситуации, которые приносят контакты с подопечными и коллегами, например: межличностные конфликты, соперничество, отсутствие взаимного доверия, психологическое насилие, вербальная агрессия, психологическое насилие, сомнения в компетенциях;

Причины выгорания



Источник: Модель профессиональной пригодности (Станислава Тухольска, 2001)

• **организационном** – люди, ответственные за функционирование учреждений, обычно имеют определенное представление о том, что должен делать сотрудник в рамках предписанных ему обязанностей, и передают эту информацию в виде наставлений и запретов, представляющих собой набор ожиданий по отношению к работнику. Очень часто область этих ожиданий и способ их трансляции становятся источником проживаемого стресса, особенно когда работник перегружен чрезмерным количеством обязанностей, ему выдвигаются требования, которых он не в состоянии реализовать в установленные сроки или при помощи доступных ему средств; передаваемая информация является неполной и искаженной.

Наступит ли выгорание, зависит от состояния многих факторов – личных и окружающей среды. Особенно важными в появлении синдрома выгорания считаются: постановка перед собой высоких требований при скромных возможностях влияния на ситуацию; действия, несовместимые с собственными ценностями; чрезмерно агрессивное или покорное поведение в разных ролях (дом, работа, общественные ситуации); принятие желаемого за действительное; чрезмерная рационализация; оборонительная позиция по отношению к трудностям; преувеличение поражений; отсутствие или незначительная забота о своем теле, питании, физических упражнениях, режиме сна, отдыхе и элементарной гигиене; перфекционизм и повышенное чувство ответственности (избегание ответственности); пренебрежение к профессиональному развитию; отсутствие партнерских отношений и система поддержки убеждения, что врач, медсестра, опекун, терапевт должны знать все и быть ответственными за все; пренебрежение интимностью; жесткость ролей; отсутствие или плохая организация личного и рабочего времени.

Симптомы, которые не следует недооценивать:

• **физиология**: головные, желудочные боли, нарушения сна, повышенное давление, слабость, снижение иммунитета;

• **эмоции**: смена настроения, депрессивность, чувство беспомощности, снижение самооценки, отсутствие веры в возможность перемен в сложной ситуации;

• **поведение**: невыход на работу, частые конфликты, равнодушие к клиентам, снижение производительности труда, плохое управление временем, увеличение числа несчастных случаев и т.д.

Следует помнить, что последствия выгорания касаются не только людей, которые с ним столкнулись, но также их пациентов, коллег, членов семей, друзей. Кроме того, последствия выгорания ощущаются также на уровне учреждения.

Чтобы не сгореть

Никто не несет большую ответственность, чем Вы за Вашу жизнь, здоровье, потенциал и спокойствие. Никто лучше Вас не позаботится о Вас самих.

Как должны заниматься собой те, кто помогают другим

• Будьте добры к себе.

• Помните, что Вы – только человек, оказывающий поддержку; Вы не волшебник. Мы не можем изменить других, мы можем только изменить свое отношение к ним.

• Найдите уединение и практикуйте его ежедневно.

• Давайте своим коллегам поддержку, похвалу и поощрение. Научитесь принимать то же самое от других.

• Помните, что, будучи свидетелем боли, с которой вы сталкиваетесь, вы обречены на то, чтобы иногда чувствовать беспомощность. Признайтесь в своей беспомощности без стыда. Просто побыть с кем-то и оказать ему сострадание иногда важнее, чем сделать что-то.

• Меняйте свой ежедневный рутинный распорядок настолько часто, насколько это возможно.

• Научитесь находить разницу между жалобами, приносящими облегчение, и жалобами, которые усиливают стресс.

• По дороге домой сосредоточьтесь на том, что хорошего случилось с Вами в течение дня.

• Черпайте силы из собственного источника. Будьте творческими. Реализуйте собственные идеи. Будьте одновременно и художником, и ремесленником.

• Относитесь к коллегам и начальству как к источнику поддержки, особенно если Вы хотите убедиться в каком-то вопросе или что-то изменить.

• Избегайте разговоров о работе и профессионального жаргона во время перерывов и товарищеских встреч с коллегами по работе.

• Запланируйте время для уединения в течение дня и не позволяйте, чтобы в этот момент Вам мешали.

• Говорите: «это мой выбор» или «ЭТО МОЕ РЕШЕНИЕ» вместо слов «я должен» или «я обязан». Говорите «НЕТ» вместо «не могу».

• Если Вы нигде не говорите «НЕТ», чего стоит Ваше «ДА»?

• Помните: равнодушие ранит больше, чем признание, что больше уже ничего нельзя сделать.

• Смейтесь и получайте удовольствие как можно чаще.

источник: Институт психологии ЗДОРОВЬЯ И ТРЕЗВОСТИ

Литература:

1. Эйхельбергер, В. Остановись. – Яцек Санторски & Со, 2003.

2. Фенглер, И. Помощь, которая разрушает, – профессиональное выгорание. – Гданьск : Гданьское издательство психологической литературы, 2000 (GWP, 2000).

3. Маслач, К., Лейтер, М.П. Победить профессиональное выгорание. – Польша : Издательство «Волтерс Клювер», 2010 (Wolters Kluwer Polska, 2010).

4. Тухольска, С. Концепция профессионального выгорания Кристины Маслач : этапы развития // Психологический обзор. – 2001. – № 3 (Przegląd psychologiczny. – 2001. – № 3). ■

ПЛАНЫ ПО УХОДУ В SENIOMAT.PL – ИНТЕРВЬЮ С ПРАКТИКАМИ

Куява Роберт,

Специалист по маркетингу долгосрочной опеки TZMO SA. Торунь, Польша

В мартовском номере «Medi» мы писали об отсутствии стандартизации услуг по уходу в учреждениях долгосрочной опеки и о способах, которые используют директора и управляющие для создания такой стандартизации. Seniomat.pl – это бесплатная программа, которая представляет собой решение в ситуации отсутствия стандарта. Предлагаемая функциональность, известная как планы по уходу, – это простой инструмент с большими возможностями: он позволяет адаптировать программу к реалиям каждого учреждения социального обслуживания и создать организационное ядро, регулирующее работу группы опекунов.

Мы представляем вам интервью с двумя участниками, которые решили использовать планы по уходу, предлагаемые программой Seniomat.pl, в своей повседневной работе. Моника Банащак (МБ) является руководителем опекунско-терапевтического отделения в Доме престарелых «Химик» в Варшаве. Катажина Кемпа (КК) является руководителем опекунско-терапевтической группы в Доме престарелых в Попковицах. Давайте узнаем об их наблюдениях.

Как долго Вы используете в работе планы по уходу? Для какого количества пациентов Вы используете этот инструмент?

МБ: В настоящее время планы по уходу используются в отношении ста человек, то есть для всех жителей, которые находятся в нашем учреждении. Работа с использованием вышеперечисленных планов ведется уже около полугода.

КК: В общей сложности около 40 человек имеют планы по уходу. Мы выбрали подопечных, нуждающихся в повышенном внимании со стороны персонала. Это не обособленное отделение – жители пребывают в пяти отделениях. Для нужд программы была создана исследовательская группа, объединенная в одно подразделение [в Seniomat.pl – прим. ред.]. Планы по уходу используем около 6 месяцев.

Сколько опекунов пользуются распечатками планов по уходу?

МБ: Планами по уходу пользуются около 25 человек. Это опекуны и сиделки, то есть персонал, который осуществляет процедуры по уходу за жителем и далее записывает их в индивидуальную карту подопечного.

КК: Распечатками планов по уходу пользовались медсестры, поскольку они обязаны вести документацию о сестринском обслуживании. Также распечатками планов пользовался персонал, находившийся в это время в смене, – процедуры выполняются ежедневно, поэтому почти каждая медсестра пользовалась планами по уходу. Всего это около 20 человек.

Как персонал подошел к введению нового инструмента?

МБ: На начальном этапе введения планов по уходу сопротивление персонала было достаточно сильным. Сотрудники боятся перемен и не любят нововведений, которые отягощают их дополнительной работой. Для адаптации персонала к планам по уходу потребовалось время, однако четыре месяца использования карточек показывают довольно серьезный прогресс в их правильном заполнении и большую вовлеченность сотрудников в проект. Проблемы с заполнением карточек, ошибочными записями в рубриках или обычное незнание компенсировались благодаря индивидуальному подходу к сотруднику и акцентированию внимания на позитивной стороне проведенных изменений. В настоящее время персонал очень хорошо справляется с ведением документации, и я не слышу негативных комментариев на эту тему. Мы также установили график записей в планы по уходу, предоставив персоналу дополнительное время для этого, по 15 минут во время обеденного перерыва и 15 минут – во время перерыва на завтрак. Вышеперечисленные перерывы продлены специально для того, чтобы сотрудник мог спокойно заполнить индивидуальные карточки жителей. Таким образом, я считаю, что сегодняшние распечатки планов по уходу работают достаточно хорошо. Они были записаны и утверждены в плане наших повседневных обязанностей. Безусловно, мы находимся в начале пути и будем стремиться к тому, чтобы то, что мы делаем, давало наилучший результат.

КК: Перед тем как ввести планы по уходу, мы встретились с сотрудниками отделений, которые высказали свои замечания и наблюдения. Ведение документации проходило у нас в подобной форме, поэтому здесь не возникло проблем. Было бы большим плюсом, если бы в учреждениях социального обслуживания документация была более стандартизированной, для того чтобы не было различий, поскольку каждое учреждение имеет свою, отличающуюся документацию. А здесь мы вводим стандартизацию. Бывают случаи, когда жители переходят из одного учреждения в другое, и в этом случае его документация была бы понятной и разборчивой.

Начало зачастую бывает трудным, и вначале Seniomat казался нам непостижимым. Позднее, когда человек внедряет и реализует все систематически, то оказывается, что это хорошо и даже совсем

не сложно. Нужно только немного постараться и иметь желание. Важным является положительный настрой в отношении перемен и нововведений. Хуже, когда человек с самого начала настроит себя, что что-то является трудным и невозможным для осуществления. А подход персонала бывает разным – не каждый хочет перемен, а это все-таки немного ограничивает работу.

Заменили ли распечатки планов по уходу используемую в учреждении документацию? Или это дополнительный отчет?

МБ: Нет, это дополнительный отчет персонала. Мы оставили прежнюю документацию, однако изменили ее таким образом, чтобы она не отнимала слишком много времени. В настоящее время я готовлю ежедневный табличный отчет, который потом заполняют опекуны, вписывая фамилии жителей, у которых проводились данные процедуры по уходу. Такой отчет дает краткое представление о работе персонала каждый день, в особенности это важно директору учреждения, для которого я составляю такой отчет за всю неделю, где отражаю следующие данные: у кого из подопечных проводились гигиенические процедуры, какие жители нуждались в усиленной опеке со стороны персонала, какие жители отсутствовали на территории учреждения и по какой причине (госпитализация, каникулы, и т.д.). Таким образом, на основании ежедневных отчетов составляется сводный еженедельный отчет.

КК: Мы пользовались распечаткой на месяц. Эта форма наиболее нам подошла, ее было проще всего реализовать. Во всяком случае, месячный отчет дает более широкую картину состояния подопечного. Вначале персонал не понимал, зачем нужен дополнительный документ, но потом оказывалось, что это совсем не так плохо и занимает не так уж много времени. Первые недели заполнения документации вызывали некоторые сомнения, но месяц спустя уже никто не жаловался. Это удобная и понятная форма ведения документации. Через месяц заполненный лист отправляется к индивидуальной документации жителя (в папку). У каждого, кто возьмет эту документацию, не возникнет проблем с ее прочтением и пониманием. Легко узнать физическое состояние нашего подопечного. Если есть функция, которая выполняется, то достаточно только отметить это знаком (мы отмечаем, выполняется ли функция жителем самостоятельно или же с помощью персонала). Приятно, что существует возможность адаптации программы Seniomat к нашим потребностям. В настоящий момент это дополнительная документация, которая является очень полезной при описании ежемесячных наблюдений, а также при создании индивидуальных планов поддержки. План по уходу со всеми действиями, которые мы осуществляем у подопечных, дает нам обзор осуществленных процедур, и иллюстрируют ситуацию подопечного. План по уходу обеспечивает также эффективную и быструю отчетность между дежурными.

Можете ли Вы описать, какие изменения произошли после введения планов по уходу?

МБ: Прежде всего, я имею большее понимание того, что делают сотрудники, а следовательно, улучшилось качество выполняемой работы. Благодаря оставлению подписей под выполненной процедурой у конкретного жителя, я знаю, кто ее выполнял. Ежедневная регистрация опекунского персонала позволила сделать более эффективной коммуникацию, касающуюся выполняемых задач, как между нами, так и между самими сотрудниками. Планы стали формой напоминания. Заполнение карточек два раза в день позволяет своевременно проверить, все ли процедуры были реализованы у жителя, и если какая-то процедура пропущена, выполнить ее. Однако основным преимуществом введения планов по уходу является возможность наблюдения изменений психофизического состояния жителя, что дает возможность как быстрого реагирования, так и обеспечения необходимого в данный момент ухода. Для меня как для руководителя опекунско-терапевтического отделения это ключ для обеспечения наилучшего ухода за нашим подопечным.

Благодаря карточкам, я могу заметить действия, которые ускользали от группы, и обратить на них внимание. В этом большой плюс распечаток. Примером может быть определение причины неприятного запаха мочи в одной из комнат. Заполнение карты индивидуального ухода показало, что жительница сама меняла себе подгузники, не всегда в момент, когда была такая потребность. Персонал не выполнял этого действия у подопечной, поскольку считал, что она самостоятельный человек, способный без посторонней помощи справиться с этой необходимостью. С тех пор как мы начали контролировать замену впитывающих изделий, проблема неприятного запаха исчезла. Этот пример показывает, какое влияние имеют введенные изменения, как на работу персонала, так и на качество жизни жителя.

КК: Создавая нашу исследовательскую группу, я начала вводить все данные в программу Seniomat, заполняя анкету, масштаб и т.д. Мы еще раз сделали тщательные измерения, чтобы подобрать размер продукта. Оказалось, что шестеро жителей используют продукт большего размера, чем следует. Мы воспользовались рекомендацией программы и использовали подгузники меньшего размера, а в случае некоторых подопечных мы стали заказывать изделия с повышенной впитывающей способностью. Экономическая выгода возросла, поскольку подопечные меньше доплачивают за продукт, а там, где использовались изделия с повышенной впитывающей способностью, мы уже не докупаем подгузников на 100 %. Кроме того, при правильном подборе продукта жителю обеспечено удобство и комфорт (он не боится протекания подгузника). Очень часто мы пользуемся шпаргалкой в форме плана по уходу, где содержится разборчивая картина состояния подопечного вовремя обсуждений, собраний, создания индивидуальных планов поддержки и записывания наблюдений. План по уходу – это хороший документ как для руководства, так и для семей, дающий информацию о том, какие процедуры были выполнены у подопечного. После заполнения плана по уходу мы уже сразу видим, какой перед нами подопечный – ле-

жачий, ходящий, и в какой степени он нуждается в нашей помощи. Не нужно просматривать всю документацию, чтобы узнать основную информацию о физическом состоянии жителя.

Я думаю, что нам еще есть над чем работать, чтобы дойти до совершенства с программой Seniomat. Как учреждение мы не боимся перемен и нововведений, но у нас также имеются ограничения. Мы еще не имеем достаточного количества компьютеров (также не везде есть интернет), а части персонала потребовалось бы обучение. Однако на данной момент у нас нет возможности обеспечить каждое отделение компьютерами и интернетом. Если бы была возможность, чтобы иметь планы по уходу только на компьютерах, то количество нашей бумажной документации сократилось бы. Однако контролирующие органы все же предпочитают бумажную версию, хотя не возникало бы проблем с тем, чтобы сделать распечатку документа. Возможно, со временем это изменится.

Повлияла ли программа на изменение состава заказов, подбор продуктов?

МБ: Конечно. Seniomat представляет полный спектр продуктов компании TZMO, которых я не знала ранее. В настоящее время я могу получать информацию как о новинках, так и углублять свои знания на тему используемых продуктов. Психофизическое состояние жителей часто изменяется динамически, что вызывает необходимость изменения ранее используемого впитывающего продукта. Мы используем индивидуальный подход к нашим подопечным, например, в течение дня житель использует впитывающие трусы, поскольку самостоятельно ходит в туалет, а на ночь мы надеваем ему подгузник, поскольку люди пожилого возраста имеют трудности с пробуждением и тем самым – с быстрым доступом к туалету, таким образом, нуждаются в изделии, имеющим большую впитывающую способность. Подбор размера – это индивидуальный вопрос и в значительной степени зависит от строения тела, что иногда приводит к необходимости выйти за рамки стандарта. Благодаря платформе Seniomat мы заменили впитывающий продукт Super Seni Plus, использовавшийся на ночь, на продукт Super Seni Trio. До этого момента мы заменяли нашим подопечным подгузники несколько раз за ночь, в настоящее время потребность в такой частой замене подгузников снизилась.

КК: Да! Когда мы заказывали подгузники на день, после заполнения всей анкеты о подопечном Seniomat рекомендовал продукты с большей впитываемостью. Мы перешли на ночные подгузники с весьма положительным результатом. Оказалось, что для некоторых подопечных рекомендуются анатомические подгузники. И при повышенной активности и мобилизации подопечного к пользованию в течение дня туалетом это изменение имело положительный результат. Продукты по уходу, повязки хорошо нам известны, мы используем их на протяжении многих лет и довольны результатами их использования. Однако если бы я не знала этих продуктов, то Seniomat с уверенностью помог бы мне подобрать подходящий продукт или специальную повязку. Это, безусловно, очень помогает.

Итак, подведите итог: стоит ли использовать планы по уходу?

МБ: Могу сказать, почему стоит использовать программу Seniomat целиком. Я бы начала с того, что наибольшим преимуществом, какое дает программа, является возможность заказа продуктов через интернет. Во-первых, это упрощает процедуру покупки, возможность ознакомления с каждым продуктом и подбор подходящего, во-вторых, позволяет сэкономить время, которое я могу посвятить жителям и сотрудникам. Кроме того, возможность распечатки заполненного заказа на впитывающие изделия существенно сокращает время реализации заказа. Нет необходимости трудоемкого переписывания вручную нескольких десятков позиций, достаточно распечатать и поставить подпись врача. И, конечно, планы по уходу, как я уже говорила: благодаря им мы имеем более глубокое понимание работы персонала, знаем, кто выполняет ту или иную процедуру, можем наблюдать, как изменяется состояние жителя, что мы можем еще сделать, на что обратить внимание. Это также способствует облегчению взаимодействия с семьями жителей, которые также хотят оказывать влияние на качество ухода за подопечным и подвергают нас контролю. Мы можем предоставить распечатку, подтверждающую выполняемые персоналом действия. Напоследок стоит упомянуть также о баллах, которые мы можем обменять на обучение персонала, например, обучение оказанию первой помощи. Это огромная помощь для учреждений, которые имеют ограниченные средства, выделяемые на обучение. Благодаря этой возможности мы можем регулярно, бесплатно и на высоком уровне обучать наших сотрудников.

КК: Каждый должен убедиться сам: не узнаешь, пока не попробуешь. Я тоже не знала, что думать по этому поводу, тоже были взлеты и падения. Все требует времени и позитивного отношения. Сейчас я знаю, что у меня записаны действия, которые я могу применить к индивидуальным потребностям подопечного. Программа Seniomat не является полностью шаблонной – у нас есть возможность адаптировать ее к своим ожиданиям. Если мы имеем дело с традиционной бумажной документацией, то она в некоторой степени ограничивает (является шаблонной). Seniomat дает возможность внесения изменений, можно дописать или удалить действие, если оно уже не актуально. Я думаю, если бы у каждого был доступ к компьютеру с интернетом, то мы перешли бы на электронную документацию – с экономией времени, отказом от нагромождения документации в бумажной версии, и т.д. Seniomat помогает в подборе продуктов, размеров, легко совершить заказ как впитывающих изделий, так и косметических средств и повязок. После заполнения плана появляется целостный образ подопечного – при условии правильного заполнения. Порадовала нас также экономия средств, например, меньшие затраты на подгузники, правильно подобранный продукт – отсутствие протеканий, а следовательно, меньшее количество стирок.

Благодарю за интервью! ■

БЕЗОПАСНАЯ АВТОНОМИЯ ИЛИ ХОРОШИЙ УХОД?

ЭТИЧЕСКИЕ РАССУЖДЕНИЯ НА ТЕМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ В ДОЛГОСРОЧНОМ УХОДЕ

Нимейер Алистер,

доктор, Университет гуманистических исследований в г. Утрехте, Университетский медицинский центр, Амстердам, Голландия

Новые технологии – это большая надежда долгосрочной опеки, поскольку они могут стать эффективным финансовым решением проблемы нехватки персонала посредством его замены или помощи ухаживающему персоналу. С другой стороны они могут использоваться как способ улучшения качества жизни людей, нуждающихся в уходе (в том числе страдающих деменцией). Таким образом, многочисленное использование технологий повлияло на то, что они стали популярным выбором для многих поставщиков услуг в области ухода, побуждая их инвестировать в будущее технологии.

Однако неизвестно, оправдают ли новые технологии возложенные на них надежды на практике. Их использование является также предлогом для возникновения вопросов этического характера. Эти вопросы касаются (в числе прочих) цели использования технологий (помощь или мониторинг), их роли в процессе осуществления ухода, влияния на индивидуальную свободу, личную жизнь и достоинство. Кроме того, нынешние предписания закона являются недостаточными в области новых технологических решений, эта отрасль не может опереться на конкретные нормативные положения. […]

Проведенный анализ литературы (Нимейер, 2010) показал, что использование новых технологий в долгосрочной опеке ведет к оживленной этической дискуссии. Анализ поднимаемых вопросов показал, что наиболее часто тем или иным образом поднималась тема трех сторон: учреждения, клиента и отношения персонала. Несмотря на энтузиазм, было высказано много сомнений на эту тему, но без углубления в них: осуществление ухода в противовес автономии, достоинству, признанию, личной жизни. Кроме того, мало внимания уделяется перспективе клиента.

Далее мы провели сессию применения концепции (Нимейер), чтобы получить полный ответ на вопрос, что характеризует хороший (или в этом случае – идеальный) уход с использованием технологий. Последующий анализ показал, что люди, принимающие непосредственное участие в уходе за клиентами (например, официальные опекуны), гораздо более обеспокоены безопасностью клиента, а не его автономией, нежели люди, занимающиеся уходом на расстоянии (например, ученые). Более того, участники имели сложности с развитием этических тем, которые казались им существенными. В конечном итоге под идеальным использованием технологий в долгосрочном уходе

понимается такое использование, которое поддерживает равновесие между автономией и безопасностью, хотя обе эти ценности неизбежно стремятся к конфликту.

В этнографическом исследовании (Нимейер) особое внимание посвящается опыту медицинских сестер и обслуживающего персонала, а также взаимосвязи этого опыта с возможными преимуществами и недостатками технологии, а также тому, как технология принимается клиентами.

Исследование показало, что некоторые ранее ожидаемые преимущества и вызывающие страх недостатки не имеют подтверждения на практике. Медсестры и обслуживающий персонал, принимавшие участие в исследовании, творчески и индивидуально используют некоторое оборудование, однако в отношении других технологий они не хотят рисковать, ставя безопасность выше автономии. Одним из объяснений может быть страх перед несчастными случаями, непосредственным следствием которого является подчеркивание безопасности и физического контакта как доминирующих ценностей в работе медсестер и поддерживающего персонала. То, что, кажется, лежит в основе этой логики, – это доминирующий репрессивный дискурс риска и безопасность, но также тот факт, что в контексте долгосрочного ухода биоэтическая концепция автономии с трудом поддается описанию.

Концепция автономии, кажется, пронизывает проекты новых приспособлений в качестве их нормы, поскольку опыт использования клиентами новых технологий в этнографическом исследовании оказался двояким: каждое устройство несло с собой собственные обозначения и навыки. Хотя новые технологии способны увеличивать свободу движения клиента предоставляя ему новые пространства, не все клиенты оценили это пространство или могли справиться с ним. Проекты новых устройств, казалось, представляли идеального пользователя как человека, который знает, куда хочет пойти и что сделать. Такой образ может противоречить реальному пользователю, который мог бы воспользоваться большей свободой, но в то же время нуждается в приспособленной к его нуждам помощи, для того чтобы он мог наслаждаться этой свободой.

Следующим вопросом было «навязывание» устройств. Чем менее они заметны, тем меньше клиенты отдают себе отчет в их наличии, что показывает, что консультации с клиентом (в ответе на сопротивление техническим средства) становятся все труднее по мере того, как технология становится менее заметной.

Эти ключевые открытия должны быть интерпретированы в контексте двух научных тенденций:

1) развитие и популяризация «этики долгосрочного ухода», которая сосредотачивается на актуальном социальном контексте, в котором живут люди старшего возраста и зависимые от опекунов, где мы имеем дело со взаимозависимостью чаще, чем с независимостью (Agich);

2) рост концептуального и этико-эмпирического интереса к технологии в уходе за людьми с хроническими заболеваниями, который берет вдохновение из области науки и технологии – дисциплины, исследующей взаимодействие науки, технологии и общества. Она привела к новым важным открытиям в области динамики технологии и ценности в долгосрочном уходе (например, Э. Мол и др., 2010; А. Ж. Полс, 2012).

Принимая во внимание ключевые открытия в свете этих научных тенденций, я склоняюсь к тезису, что уход, определяемый как «практика риска», может поощрять автономию клиентов, однако здесь потребовалась бы также другая концепция автономии, которая не опирается на узкую биоэтическую концепцию автономии, понимаемой как независимость и рациональный выбор, но является более чувстви-

тельной к социальному контексту, в котором люди живут. Тем не менее, учитывать мнение клиента, способности которого в принятия решений ограничены, является сложной задачей. Более того, недостаточная процедура осознанного согласия по отношению к возрастающей роли технологии требует дополнительного всестороннего этического подхода к технологии, занимающей место в сегодняшней практике долгосрочного ухода.

Мы имеем два разных этических подхода, которые можно рассматривать: подход «с точки зрения возможностей» Марты Нуссбаум, как критерия, определяющего хорошую жизнь. Инструмент может обеспечить практическую процедуру оценки, то есть технология в долгосрочном уходе способствует «хорошей жизни». Второй подход выражается в концепции Веербека, представляющей технологический проект не в качестве инструмента, но как посредника в выражении формирования нашей жизни через конкретные технологии, что также имеет значение для этичного использования (новых) технологий.

Оба варианта подразумевают более оценочный подход к определению высоких стандартов ухода в технологии, основываясь на том, как «хорошая жизнь» может быть достигнута благодаря им, а не с позиции отрицательного влияния на автономию. Когда мы стремимся к морально здоровому уходу с использованием технологии в долгосрочном уходе, мы должны продолжать критически оценивать практическое использование новых технологий, чтобы стало ясно, какие мы возлагаем на них надежды и каким образом их можно осуществить, имея в виду предполагаемые стандарты и нормативные уровни, являющиеся частью самих технологий и практик.

Одной из рекомендаций для отрасли, таким образом, является не ожидание появления готовых продуктов (технологичных) и впоследствии – оценки их на предмет правильности с точки зрения этики, но участие на ранней концепционной стадии, где действия отрасли, касающиеся этики, является движущей силой создания продукта. С практической точки зрения этот процесс может инициироваться, координироваться и контролироваться торговыми и потребительскими организациями (в Голландии это VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) и ACTIZ).

Наилучшим решением представляется то, если бы будущие исследования всегда оценивались с разных точек зрения и в том контексте, в котором функционируют, при использовании разных методов, ориентированных на локальные, а не универсальные условия. Они должны охватывать широкий спектр мнений и опыта каждой из сторон, в особенности членов семей. Было бы также целесообразно проводить дальнейшие исследования, касающиеся внедрения технологии, поскольку такое исследование может принести новое понимание того, как должна выглядеть нормативная оценка использования технологии на практике.

Литература:

1. Niemeijer, A.R, Depla, M.F.I, Frederiks, B.J.M, Francke, A.L., Hertogh, C.M.P.M. (2014b). The use of surveillance technology in residential facilities for people with dementia or intellectual disabilities: A study among nurses and support staff // Exploring the benefits and drawbacks. American Journal of Nursing. – 114, 12. – P. 38–47.

2. Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., Hertogh, C. (2014a). Autonomy under surveillance. The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care. Nursing Ethics. Published online before print June 9 doi: 10.1177/0969733014533237.

3. Niemeijer, A. (2014). Technologie voor kwetsbare mensen : hoe onschuldig is een elektronische medicijndoos? // Zorg en Recht in Praktijk. – 1 (1). – P. 17–21.

4. Niemeijer, A., Frederiks, B., Depla, M., Eefsting, J, Hertogh, C. (2013). The place of surveillance technology in residential care for people with intellectual disabilities: is there an ideal model of application // Journal of Intellectual Disability Research. – 57 (3). – P. 201–15.

5. Niemeijer, A., Depla, M., Frederiks, B., Hertogh, C. (2012). Verantwoorde en zorgvuldige toepassing van toezichthoudende domotica in de residentiële zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking: Een handreiking voor zorginstellingen. – Amsterdam : VUMC.

6. Niemeijer, A.R. (2012). The sweet promise of dignified technology? Intellectual disability, surveillance technology and human dignity. In : Kijk anders, zie meer. Tien jonge wetenschappers over disability studies. – Den Haag: ZonMw.

7. Zwijsen, S.A., Depla, M.F.I.A., Niemeijer, A.R., Francke, A.L., Hertogh, C.M.P.M. (2012). Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia // International Journal of Nursing Studies. – 49 (2). – P. 212–219.

8. Niemeijer, A.R., Frederiks, B.J.M., Depla, M.F.I.A., Legemaate, J., Eefsting, J.A. and Hertogh C.M.P.M. (2011). The ideal application of surveillance technology in residential care for people with dementia // Journal of Medical Ethics. – 37(5). – P. 303–10.

9. Zwijsen, S., Niemeijer, A.R., Hertogh, C.M.P.M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community dwelling elderly people: An overview of the literature // Ageing and Mental Health. – 15, 4. – P. 419–27.

10. Zwijsen, S., Depla, M.F.I.A., Niemeijer, A.R., Francke, A.L., Hertogh, C.M.P.M. (2011). The concept of restraint in nursing home practice : a mixed–method study in nursing homes for people with dementia // International Psychogeriatrics. – 23 (5). – P. 826–834.

11. Niemeijer, – A.R., Frederiks, B.J.M., Riphagen, I., Legemaate, J., Eefsting, J.A., Hertogh, C.M.P.M. (2010). Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: an overview of the literature // International Psychogeriatrics. – 22, 7. – P. 1129–1142. ■

XX

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ДОЛГОВРЕМЕННОМУ УХОДУ

XV

КОНГРЕСС E.D.E.

Директор специального медико-социального учреждения сегодня и завтра
Прессинг, уступки, компромиссы и решения

Международная конференция по долговременному уходу и Конгресс E.D.E. объединили свои силы и создали важнейшее мероприятие, посвященное вопросам долговременного ухода в Европе.

27-29 сентября 2017 г.
Центр культуры и конгрессов «Йорданки»,
Аллея Солидарности, 1-3,
Торунь, Польша

К участию приглашены директора домов-интернатов, работники в области долговременного ухода, руководители коллективов ухаживающих за пожилыми людьми или инвалидами.

Интеграция широкого круга профессионалов, работающих в пользу несамостоятельных людей в Европе, обмен знаниями и опытом, взаимосотрудничество являются основой для повышения качества ухода.

Свыше тысячи специалистов из Европейских стран получат возможность наладить новые контакты и вместе обсудить ключевые вопросы будущего отрасли:

- Подготовка к эффективному управлению в ближайшем будущем.
- Изменение условий окружающей среды и растущие нужды подопечных системы.
- Новые вызовы перед директорами учреждений долговременного ухода в рамках современной ответственности.
- Актуальные решения и тенденции.

Организаторы:

TZMO Foundation
Фонд «Вместе меняем мир»

E.D.E.
Международная патронажная организация, представляющая национальные ассоциации директоров и поставщиков услуг, связанных с долговременным уходом в Европе

Польская Ассоциация организаторов и руководителей социального обеспечения и охраны здоровья

Польское общество долгосрочной опеки

Партнер:

seni
бренд TZMO SA

ltc-congress.eu/ru