

ФОРУМ

ISSN 2312-5713

Долгосрочной Опеки

№ 4(16) декабрь 2017

**СЕМЬЯ И МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ В СИСТЕМЕ
ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА**

Путь к взаимодействию

Терапия боли

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10, 48, 68, 80 шт.

Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл

Крем-гель

для душа
300 мл

Шампунь

для всех типов волос
увлажняющий
500 мл

Крем

для тела
моющий, 3 в 1
500/1000 мл

Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл

Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл

Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл

Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл

Масло

для ухода
150 мл

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Крем

защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл

Крем

защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

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

www.seni.ru

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 редакция:

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

форум

Номер 4 (16) декабрь 2017 г.
Подписано в печать 12.12.2017 г.
Выход в свет 26.12.2017 г.

Использованы статьи из журнала
«MEDI Форум Долгосрочной Опек»

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

В журнале использованы фото
авторов статей и Pressfoto.ru

Дорогие друзья!

Тема номера – «Семья и медучреждение в системе долговременного ухода».

Количество людей, нуждающихся в долговременном уходе, гораздо больше, чем кажется на первый взгляд. Наличие системы долговременного ухода необходимо для увеличения продолжительности жизни граждан и повышения ее качества в целом.

Данная система должна включать в себя сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационаре или стационаре с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода.

Каким образом работают подобные системы в других странах и какие составляющие необходимы для ее создания и функционирования, Вы узнаете из статей наших международных коллег.

Насколько важна роль специалиста по социальной работе, как важно семье психологически принять больного, что значит «терапия боли» – своим практическим опытом делятся специалисты из России.

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

ПУТЬ К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ

- 5 Юхансон Л.
Роль государства и семьи в долгосрочном уходе за пожилыми людьми в Швеции
- 10 Верват Э.
Где мне жить, когда я буду старым, седым и потерянным?
- 15 Сикора-Мыслек И.
Медсестра и семья как участники терапевтической группы в уходе за больным и несамостоятельным человеком
- 19 Новак-Ледневска К.
Коммуникация в опекуноско-терапевтической группе
- 22 Вергеланд Сорби Л.
Планирование и координация социальной и сестринской работы на уровне муниципалитетов

ЭТИКА В УПРАВЛЕНИИ

- 25 Кубицка Э.
Создание организационной культуры в учреждениях социального обслуживания
- 28 Карпетченко Н.
Социальная работа в системе паллиативной помощи

ТЕРАПИЯ БОЛИ

- 31 Фролков В.
Тяжелобольной и его окружение
- 33 Александрова О.
Лечите душу ощущениями

ИТОГИ

- 36 Ассоциация хосписной помощи:
как живет профессиональное сообщество

РОЛЬ ГОСУДАРСТВА И СЕМЬИ В ДОЛГОСРОЧНОМ УХОДЕ ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В ШВЕЦИИ

Юхансон Леннарт,

профессор, доцент кафедры социальной геронтологии.

Главный аналитик в Центре исследований и развития геронтологии. Стокгольм, Швеция.

Традиционно семья, родственники и знакомые всегда являлись главным источником помощи, а негласное межпоколенческое соглашение гарантировало поддержку как нечто само собой разумеющееся. Швеция и другие Скандинавские страны заменили межпоколенческое соглашение социальным: забота о детях, больных, недееспособных и старых людях является социальной ответственностью.

Почти все шведские программы социальной политики основываются на независимости индивида. В культуре Швеции большое значение придается личной независимости, а семейные связи должны быть добровольными, а не обязательными. Основой является философия, провозглашающая максимальную независимость от семьи, даже если появляется необходимость получения помощи в повседневной жизни.

В Швеции существует хорошо развитая система социального обеспечения, гарантирующая медицинскую помощь и социальные услуги, а также пенсию своим гражданам в течение их жизни. Общим принципом работы долгосрочной опеки является обеспечение финансируемого государством широкодоступного ухода, адаптированного под индивидуальные потребности, независимо от экономической ситуации семьи, а значит, снимающего с семьи обязанность обеспечения опеки. Основной идеей универсального характера социальной политики в Швеции является повсеместная доступность для бедных при сохранении привлекательности для обеспеченных.

В каждой стране существует определенная система ухода за пожилыми, больными и нуждающимися в опеке людьми. Ответственность обычно поделена между семьей, государством, волонтерскими организациями и рынком. То, каким образом распределяется эта ответственность, зависит от традиций, правовых установок, социальной политики и политики в области здравоохранения, а также от экономики страны.



Уход за пожилыми людьми в Швеции является социальной ответственностью, и нет никаких правовых или законодательных требований, определяющих обязанность содержания родителей детьми. Однако в случае если семья выражает желание заботиться о члене своей семьи самостоятельно, следует ее в этом поддерживать.

Уход за пожилыми людьми в семье

На протяжении многих лет в нескольких исследованиях была

показана ключевая роль членов семьи как опекунов для нуждающихся пациентов. Приблизительно две трети всех опекунских услуг для пожилых людей обеспечиваются неформальными опекунами, а доля пожилых людей, уход за которыми осуществляется в семье, выросла в течение последних лет.

До недавнего времени демографические данные, касающиеся неформального ухода, были недоступны. В 2012 году Национальный совет здравоохранения и социальной политики получил от пра-

Программы помощи для семейных опекунов пожилых людей

Финансовая помощь		Нематериальная помощь	
Оплачиваемый отпуск	Пособие	Прямая помощь	Непрямая помощь
Отпуск по уходу	Доплата по уходу	Информация и консультации	Помощь на дому
	Пособие по уходу	Инструкции	Дневной уход
		Обучение/ образование	Краткосрочный отдых
		Группы поддержки	Домашнее медицинское обслуживание
		Отдых дома	Вспомогательное оборудование
		Вспомогательное оборудование	Адаптация жилья
			Институциональный уход

вительства задание проведения общенационального исследования неформальных видов опеки над людьми с инвалидностью и пожилыми людьми. Исследование показало, что 18 процентов общества в возрасте 18 лет и старше ежедневно обеспечивают поддержку и уход, что составляет более 1,3 миллиона человек. С точки зрения интенсивности оказываемого ухода, более 400000 человек (6 %) обеспечивают уход ежедневно, более 600000 (8 %) – один раз в неделю, а около 300000 (4 %) – не реже одного раза в месяц.

Осуществление ухода в процентном соотношении является самым высоким среди людей в возрасте 45–64 лет. 24 процента из них заявляют о себе как об опекунах (около 580000). Люди старшего возраста (65+) также часто осуществляют уход, немногим более 325000 (19 %) называют себя опекунами. Опекуны старшего возраста осуществляют более интенсивный уход, чем опекуны помоложе.

Результаты исследования также показывают, что 8 процентов опекунов (около 70000 человек) вынуждены были сократить рабочее время в связи с опекунами обязанностями, а 3 процента (29000) по этой причине прекратили свою профессиональную деятельность. Среди всех опекунов женщины сокращают количество рабочих часов чаще, чем мужчины (соответственно, 9–6 %).

Денежные пособия для лиц, осуществляющих уход, в рамках Национального социального страхования

Семьи, осуществляющие терминальный уход, могут получить освобождение от работы, отпуск по уходу, оплачиваемый согласно закону о Национальном социальном страховании (SFS 1999:799). Выплаты облагаются налогом и выплачиваются в течение 100 дней для каждого пациента (до 80 % от пособия по болезни). Для получения отпуска по уходу необходимо подтверждение врача. В соответствии с законодательством работодатель обязан сохранить рабочее место на период отсутствия сотрудника. «Заниматься уходом» не означает дословно личного осуществления ухода. «Семья» имеет широкое определение и включает в себя также соседей, друзей и других заместителей членов семьи. В 2015 году около 15700 человек воспользовались отпуском по уходу, что следует сравнить с

количеством 90000 смертей в Швеции ежегодно. Поскольку в Швеции насчитывается 90000 смертей ежегодно, существует необходимость более широкого использования этой услуги.

Денежные пособия для лиц, осуществляющих уход, финансируемые местными органами самоуправления

Опекуны могут получить доплату по уходу: это денежная выплата, предоставляемая несамостоятельному гражданину, предназначенная для помогающего члена семьи. Ежемесячная выплата составляет почти 4000 шведских крон, то есть около 450 евро. Право на получение пособия основывается на оценке степени самостоятельности подопечного. Другим вариантом является пособие по уходу, заключающееся в том, что муниципальные власти принимают на работу члена семьи. Пособие покрывает заработную плату и социальное пособие такие же, как для официальных опекунов, и является облагаемым налогом, но не может выплачиваться людям старше 65 лет. Также в этом случае местное самоуправление самостоятельно решает, стоит ли предлагать эту программу, здесь не существует общенационального правила. Доплата по уходу может быть предпочтительным решением, например, в случае, если пожилой человек живет в отдаленном месте, а поблизости живет его ребенок, или в случае, когда необходимо оказать услуги и уход пожилым иммигрантам, а муниципалитет не располагает персоналом, говорящим на этом языке или знакомым с данной культурой. С 2006 года данные о денежных выплатах, осуществляемых местными органами самоуправле-



ния, не являются частью официальной статистики Швеции. В этом году около 5300 человек получили доплату по уходу в Швеции и почти 1900 человек, являющихся опекунами старшего члена семьи, получили пособие по уходу. Поддержка такого типа играет в настоящее время небольшую роль, поскольку нематериальная помощь ставится выше помощи финансовой.

Нематериальные выгоды для опекунов

Прямая помощь – это услуги и уход, направленный непосредственно на опекуна (информация, консультации, группы поддержки, домашний отдых), а косвенно направленный на человека, за которым осуществляется уход (помощь на дому, институциональный уход, дневной уход, кратковременная помощь в уходе, и т.д.). Прямая помощь предоставляется всеми местными органами самоуправления как общая услуга, не опирающаяся на оценку потребностей. Интенсивность, содержание и качество оказываемой помощи могут, однако, отличаться в каждом отдельном регионе.

Все жители Швеции, нуждающиеся в уходе, независимо от возраста или типа инвалидности, защищены Законом о социальных услугах (SFS 2001:453). Закон налагает на 290 муниципалитетов конечную ответственность за обеспечение всем своим жителям помощи и поддержки. Косвенная помощь становится доступна после определения оценки потребностей. Основной услугой в муниципалитете является помощь на дому. Сюда относятся помощь в повседневных мероприятиях, таких как совершение покупок, приготовление пищи, уборка и стирка, а также личный уход – помощь в купании, при посещении туалета, одевании и с поднятием с постели. Более того, существует широкий спектр дополнительных услуг, оказываемых муниципалитетом, например, домашнее медицинское обслуживание, транспортные услуги, доставка еды, охранная сигнализация, адаптация жилья, вспомогательное оборудование и т.д.

В 2009 году в закон был добавлен пункт, в котором говорится,



что социальная помощь направлена на оказание поддержки людям, занимающимся родственниками с хроническими заболеваниями, пожилыми людьми или людьми с ограниченными возможностями. Каждый, кто считает себя опекуном близкого человека, может обратиться, и не существует определенной помощи, которую нужно оказывать, чтобы квалифицировать себя таковым. Закон также не определяет вид и качество ухода, который должны обеспечить муниципалитеты (Юхансон, Лонг&Паркер, 2011; Шнайдер, Сандстрём, Юхансон & Тортоса, 2016).

Прямая и косвенная помощь дополняют друг друга и иногда взаимно покрываются. Не исключено, что несамостоятельный гражданин получит как помощь на дому, так и опекунические услуги. Прямая и косвенная помощь безусловно обеспечиваются также медицинским обслуживанием, а кроме того, многие опекуны получают помощь от волонтерских организаций.

Люди в возрасте 80 лет и старше, пользующиеся каким-либо видом опеки, по состоянию на 1 ноября в период с 2008–2015 гг. Количество и пропорции населения, округленные значения

После реформы социального обслуживания в 1992 году муниципалитеты несут ответственность за все формы институционального ухода. Этот уход охватывает учреждения социального обслуживания, жилищные учреждения, такие как дома для престарелых, служебные и групповые для людей с деменцией и т.д.

На протяжении десятилетий шведская политика и практика по уходу за пожилыми людьми руководствовалась подходом «старения на месте», то есть оказанием услуг и ухода на дому, а не в учреждениях. Эта политика сопровождалась сокращением институциональных ресурсов. В 2000-х годах произошло сокращение институционального ухода на 25 %. Соответственно большее количество слабых пожилых людей в настоящее время являются зависимыми от помощи, оказываемой в их домах, – как от прямой, так и от косвенной поддержки, обеспечиваемой их семьями. Это приводит к неблагоприятным последствиям для пожилых людей и семейных опекунов. Сокращение официального долгосрочного ухода сопровождалось увеличением семейных обязанностей на протяжении многих лет.

Подведение итогов дискуссии и размышлений о политике
 Политика, законодательство и другие виды деятельности, осно-

Люди в возрасте 80 лет и старше, пользующиеся каким-либо видом опеки, по состоянию на 1 ноября в период с 2008–2015 г. Количество и пропорции населения, округленные значения

Год	Население 80+	Получающие помощь на дому		В учреждении		Краткосрочный институциональный уход		Дневной уход	
	Кол-во	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
2008	493,113	113,571	23.0	76,971	15.6	8,086	1.6	7,704	1.6
2010	496,904	116,000	23.3	73,740	14.8	8,063	1.6	7,562	1.5
2011	498,218	118,852	23.9	72,941	14.6	7,800	1.5	7,537	1.5
2012	498,148	118,823	23.9	70,410	14.1	7,171	1.4	7,234	1.5
2013	497,717	115,235	23.2	64,301	12.9	5,932	1.2	6,481	1.3
2014	499,408	115,460	23.1	65,056	13.0	6,685	1.3	6,995	1.4
2015	501,560	118,353	23,6	65,126	13,0	6,600	1,3	6,912	1,4

*Личные данные за 2009 г. недоступны.

Источник: Реестр социального обеспечения (Национальный совет здравоохранения и социальной политики) и данные демографической статистики (Статистическое управление Швеции) (Национальный совет здравоохранения и социальной политики, 2016).

ванные на услугах в Швеции, направлены на помощь и поддержку подопечному и пропаганду максимальной независимости от семьи. Исторически поддержка для семьи была направлена главным образом на супружеские пары, например, на жен, ухаживающих за мужьями с деменцией, а различные программы поддержки (дающие передышку) являлись наиболее важной отраслью услуг. Пункт, до-

бавленный в закон в 2009 году, в котором говорится об обязательной поддержке социальными программами лиц, осуществляющих уход за близкими, способствовал быстрому развитию вспомогательных услуг, в особенности поддержки опекунам пожилых людей. Однако опекунские организации отозвались критически. Они указывают на отсутствие соответствия, качества и своевременности под-

держки, жалуются на уровень образования и профессиональные навыки опекунов в муниципалитетах, не будучи в состоянии понять разнородности условий осуществления ухода и ситуации опекунов. Кроме того, результаты поддержки отдельных лиц трудно продемонстрировать, поскольку не существует системы ведения документации или статистики, охватывающей опекунов.



В последние годы общественное мнение сосредоточилось на факте сокращения количества рабочих часов или прекращения профессиональной деятельности в целях выполнения обязанностей по уходу. Этот новый взгляд способствовал росту заинтересованности неофициальным уходом и способами улучшения профессиональной и опекунской деятельности. В настоящее время наблюдается негативное взаимодействие между менее удобными услугами для семей с людьми с ограниченными возможностями и сокращением количества рабочих часов, следующим из опекунских обязанностей. Движущей силой этого явления является быстрое сокращение числа учреждений для пожилых людей (так же, как и числа больничных кроватей), что очевидно отрицательно сказалось на работе их взрослых детей. Уменьшение предложения опекунских услуг для людей старшего возраста способствовало росту домашнего ухода (Ростгард & Шебехели, 2012, Шебехели & Трайдгард, 2012; Улманен, 2015).

Скандинавская модель социального обеспечения, где уход за людьми с ограниченными возможностями и пожилыми людьми является социальной обязанностью, оказалась эффективным способом уменьшения нагрузки на семьи. Несмотря на сокращения в системе общественного здравоохранения, шведская система по-прежнему является достаточно благоприятной по сравнению со многими странами. Однако очевидно, что в случае демонтажа системы социального обеспечения возрастет нагрузка на семьи. Если шведская модель социальной ответственности за уход за детьми, людьми с ограниченными возможностями и пожилыми должна выстоять, то она должна столкнуться с одной из наиболее серьезных проблем – финансовой устойчивостью. В долгосрочной перспективе существует необходимость развития системы идентификации и оценки потребностей как основы сопоставления поддержки, которая должна учитывать динамику, разнородность и способы, которыми опекунские потребности претерпевают изменения со временем. Оценка риска опекунов долж-



на быть частью нормальной процедуры оценки и мониторинга людей, нуждающихся в уходе. Более того, существует безотлагательная необходимость в регулярной, репрезентативной статистике и сильном мониторинге или системе оценки, которая позволит ответить на вопросы о соответствии, эффективности и качестве оказываемой поддержки.

Выводы

Семья играет фундаментальную и незаменимую роль в уходе за детьми, людьми с ограниченными возможностями и пожилыми людьми в Швеции. Лучшей поддержкой для лиц, осуществляющих уход, является доступность щедрой, доступной и приемлемой в ценовом отношении системы социальной помощи высокого качества для подопечного. А система прямой поддержки семей не может компенсировать или заменить отсутствие услуг и ухода за подопечным. Долгосрочный уход за пожилыми людьми должен учитывать как прямую, так и косвенную поддержку семьи и человека, нуждающегося в уходе.

Неформальный уход за несамостоятельным человеком не был

включен в шведскую семейную политику. Программы помощи опекунам могут быть частью интегрированной политики долгосрочного ухода, семейной политики или дополнительной. Измененный в 2009 году закон, касающийся помощи неформальным опекунам, указывает на отказ от традиционной шведской модели и ревизию существующего социального соглашения. Все же эта политика не интегрирована с другими правовыми системами, такими как пенсионная система или трудовое законодательство. По этой причине вопросы, касающиеся неформального ухода, должны быть полностью включены в семейное право. В Швеции по-прежнему отсутствуют опекунские услуги, направленные на человека и семью, другими словами – согласованная семейная политика. ■

ГДЕ МНЕ ЖИТЬ, КОГДА Я БУДУ СТАРЫМ, СЕДЫМ И ПОТЕРЯННЫМ?

Верват Эстер,
медсестра по уходу за пожилыми, Голландия

Этот вопрос может показаться странным, но его часто задают жители Нидерландов. Особенно регулярно его задают пожилые люди, потому что последние изменения в системе здравоохранения Нидерландов существенно на них повлияли. Раньше для людей старше 65 лет и при хорошем состоянии здоровья частой практикой был переезд в дом престарелых. Сегодня ситуация изменилась.



В результате происходящих демографических изменений и финансовых ограничений, система здравоохранения трансформировалась. Эти изменения необходимы для обеспечения финансовой доступности ухода и его продуктивности, без отрицательного влияния на качество.

Раньше расходы на медицинское обслуживание и другие опекунские расходы (в долгосрочной опеке) покрывались больничным фондом и Общим законом об отдельных расходах на здравоохранение. Оба

они были формой национального страхования (вычитаемого из заработной платы). С 2006 года были введены некоторые новшества. Больничный фонд был ликвидирован, теперь вместо этого каждый житель Нидерландов обязан иметь медицинскую страховку, и каждый человек по достижении 18 лет платит больше. Большие изменения в системе здравоохранения Нидерландов произошли в 2015 году: общий закон об отдельных расходах на здравоохранение был отменен.

Реформа системы здравоохранения Нидерландов принесла с со-

бой другой подход к концепции ухода. Нужна была новая перспектива с новыми ключевыми принципами:

Новые ключевые проблемы:

- децентрализация – опека близости. Это означает, что пожилые люди могут дольше оставаться в собственных домах благодаря помощи и поддержке неформальных опекунов, добровольцев и профессионалов;

- участие – принятие активного участие в общественной жизни, для некоторых пожилых людей это очевидно, но не стоит воспринимать это как правило;

- личная сила, самодостаточность – означает, что хрупкий пожилой человек сохраняет контроль над своей жизнью и домашней ситуацией;

- сотрудничество – определение потребности оптимального взаимодействия пациента, неформального опекуна, добровольцев и профессионалов.

Целью данной статьи не является представление всех правовых изменений и положений, но ниже следующие 3 принципа, касающиеся финансирования и типа предоставляемой помощи, будут обозначены:

- Закон о социальном обеспечении (UWS) – местные власти несут ответственность за предоставление легких форм ухода и поддержки для людей с ограниченными возможностями (физическими или умственными), поддержки для неформальных (первых) опекунов, поддержки самодостаточности с помощью обеспечения помощи на дому. Местные власти покрывают большую часть расходов, хотя некоторая сумма, размер которой зависит от дохода, должна быть оплачена;

- Закон о медицинском обслуживании (UOM) – расходы на медицинский и домашний уход (обеспечиваемый районными медсестрами), на личный и паллиативный уход покрываются за счет медицинского страхования, являющегося обязательным;

- Закон о долгосрочном уходе (UOD) – когда необходимо обеспечить круглосуточный уход, обычно это касается пациентов с серьезными психическими нарушениями, пациентов с серьезными физическими или умственными ограничениями, с хроническими заболеваниями и сложными болезнями, такими как болезнь Альцгеймера. Закон о долгосрочном уходе – это социальное обеспечение, дополнительная оплата, которая вычитается из заработной платы. Каждый человек по достижении 18 лет должен оплачивать уход, предусмотренный вышеописанным законом, а размер взноса зависит от величины дохода.

Поскольку теперь пожилые, деликатные пациенты должны оставаться дольше в домашней обстановке, их ситуация сильно изменилась. Самодостаточность – этот термин появился ранее. Многие хрупкие старички не могут рассчитывать на самих себя. Многие изменилось не только с точки зрения пациентов, но также с точки зрения неформальных опекунов и профессионалов, задействованных в уходе. Старомодных «домов спокойной старости» уже не существует, они были преобразованы в дома престарелых. Тем не менее, туда невозможно просто так переехать, для этого необходимо иметь направление. Центр медицинской оценки (COM) выдает оценку состояния здоровья, где описывает, в каком уходе нуждается пациент. Пациенту предстоит долгий путь, прежде чем он попадет в дом престарелых. Это является затруднением, особенно для неформальных опекунов, занимающихся пациентами с болезнью Альцгеймера. Фактом остается, однако, то, что пациенты, дольше остающиеся в своих домах, получают больше внимания опекунов. Перегрузка обязанностями неформальных опекунов не является редкостью.



Как реагировать на эти изменения?

В городах и деревнях формируются окружные группы. Разница между отдельными группами бывает серьезной, но можно увидеть также и сходство. Все работают слаженным и внутренне дисциплинированным образом. В составе группы могут находиться профессионалы из сферы здравоохранения и социальной защиты, защиты молодежи и из других важных сфер. Недостатком таких групп является то, что муниципалитеты могут подойти к их формированию по своему усмотрению. Для профессионалов организуются специальные тренинги и обучающие программы, в целях диагностики случаев перегрузки неформальных опекунов. Неформальные опекуны могут пользоваться помощью волонтеров, хотя об этом редко помнят как профессионалы, так и неформальные опекуны. В связи с этим обучение профессионалов является необходимым. Профессионалы и неформальные опекуны должны сотрудничать, каждый со своей перспективой и экспертизой, будучи разными, но равнозначными по отношению друг к другу. Для профессионалов это новый способ мышления и действий. Использование паци-

ента и его социальной сетки для обеспечения опеки дает новые возможности, благодаря которым пациенты остаются в своих домах так долго, насколько это возможно. Следует обеспечить им наивысший уровень безопасности.

Роль врача-терапевта

Хрупкий пожилой человек, находясь в домашнем окружении, лучше поддается наблюдению. Роль терапевта претерпела изменения, поскольку пожилые люди дольше пребывают в своих домах, врач играет ведущую роль в домашнем уходе, который обеспечивают профессионалы. Поскольку проблемы возрастают и усложняются с возрастом, врач должен получить поддержку, особенно когда мы имеем дело с деменцией любой степени тяжести. Терапевт может воспользоваться помощью клинических специалистов из области гериатрии, которые работают в больницах; может также установить контакт с гериатрами, работающими в домах престарелых. В Нидерландах существуют также тренеры по деменции, к которым терапевт может обратиться в случае, если у него возникнут вопросы по уходу за пациентом с деменцией. Можно к ним направить также неформального опекуна. Обычно задействуется также районная медсестра, за-

нимающаяся данным пациентом. По всей стране можно наблюдать тесное взаимодействие, которое приводит к улучшению качества ухода за пожилыми людьми.

Но что мы можем поделать, если предоставляемая помощь недостаточна, пожилого и нуждающегося в уходе человека не направляют в дом престарелых, а неформальный опекун придавлен обязанностями? Также и в этой области мы видим новые инициативы. Несколько примеров дневных занятий, форма которых зависит от потребности в уходе:

- групповые мероприятия для пожилых людей, такие как совместные обеды раз в неделю или утренний кофе. Многие из этих мероприятий организуются добровольцами из местных христианских костелов;
- место встреч для людей с деменцией;
- кафе «Альцгеймер» – общенациональный проект, ориентированный на опекунов, партнер или родственник которых страдает деменцией. Обычно обсуждается одна конкретная тема. Часто к участию привлекаются профессионалы, которые делятся своими знаниями. Неформальные опекуны часто подчеркивают, как важно находиться рядом с людьми, имеющими схожие переживания, – они могут обсуждать одинаковые проблемы и взаимно учиться на общем опыте;
- дневные покои, обычно в учреждениях, направленные на людей с умеренной деменцией;
- дневной уход в учреждении (учреждение социального обслу-

живания), сосредоточен на пациентах с умеренными нарушениями, которым необходимо участие и наблюдение. Пациент участвует в одном и более полудневных занятиях в учреждении, обеспечивающем дневной уход. Хотя обычно это проводится в учреждениях, также такие занятия могут проходить в домах престарелых;

- ночной уход: в большинстве учреждений долгосрочного ухода у пациента есть возможность остановиться в учреждении на несколько ночей в неделю. Это уменьшает риск перегрузки неформального опекуна обязанностями.

Какая обстоит ситуация с учреждениями социального обслуживания?

Ситуация усложнилась, поскольку пожилые люди дольше пребывают в своей домашней среде. В связи с этим проблемы характеризуются многогранностью, и профессионалы должны быть к этому готовы. Дома престарелых могут обеспечить менее сложный уход и простейшую медицинскую помощь. Если же область ухода становится слишком большой для дома престарелых, пациент переводится в учреждение социального обслуживания.

В настоящее время идет процесс преобразования прежних домов престарелых в небольшие учреждения социального обслуживания. Каждое небольшое учреждение обслуживает около 8–10 пациентов, обычно страдающих болезнью

Альцгеймера. Кроме небольших учреждений социального обслуживания, существуют также большие учреждения, которые занимаются пациентами с серьезными физическими заболеваниями или нуждающимися в гериатрическом уходе.

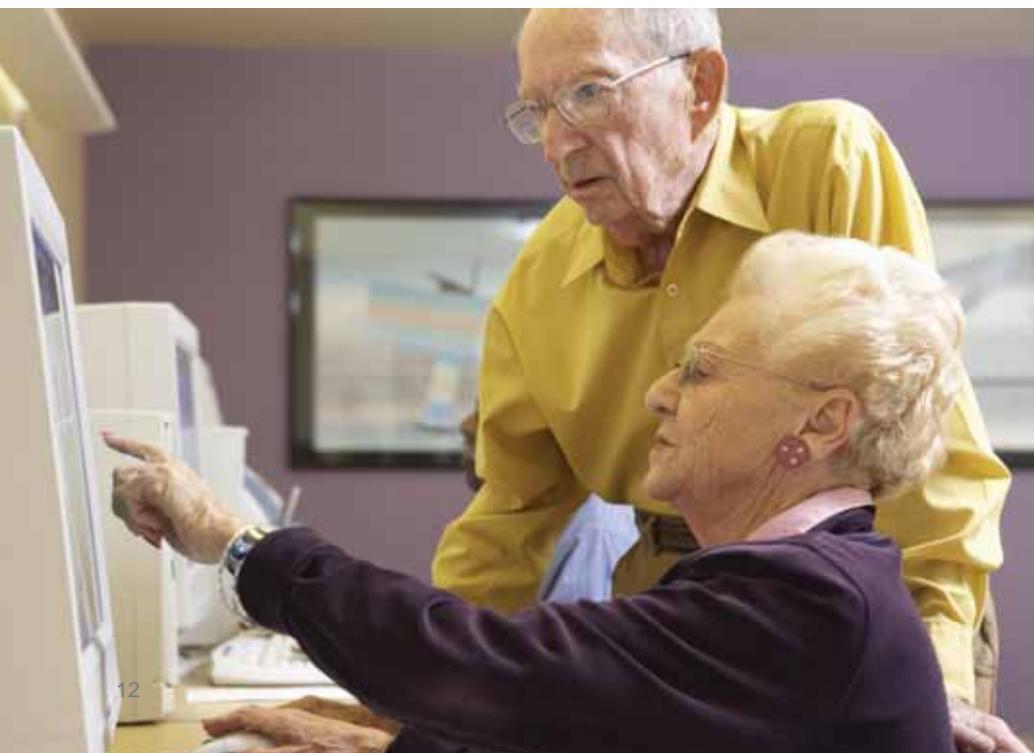
Были созданы отделения гериатрической реабилитации, особенно в учреждениях социального обслуживания. Гериатрическая реабилитация – это задача для междисциплинарной группы экспертов, под руководством специалиста в области гериатрии. Эти отделы, созданные для пожилых людей, также включают краткосрочное пребывание после госпитализации, вызванной операцией, повреждениями мозга и др.

В Нидерландах много специалистов, работающих в учреждениях социального обслуживания. Многие не являются в полном смысле образованными медсестрами. Необходимо увеличение числа квалифицированных медсестер, для того чтобы обеспечить качественный медицинский уход и с целью передачи знаний следующему поколению опекунов. Они смогут обучать друг друга. Мы много делаем для того, чтобы знания всех участвующих в процессе ухода работали на благо пациента.

Даже в домах престарелых или учреждениях социального обслуживания есть место для неформального опекуна. Это требует нового подхода со стороны профессионалов, оставляя позади зону комфорта, а также требует ума, открытого знаниям неформальных опекунов о пациенте.

Все эти изменения в домашнем и институциональном уходе бросают вызов дальнейшему развитию. Вызовом является нахождение оптимальной формы ухода для данного человека и его личной сетки социальных связей. Речь идет об обеспечении персонализированного ухода.

На вопрос «куда я могу пойти, когда буду старым, седой и потерянным?» у нас есть частичный ответ. Я надеюсь, что смогу как можно дольше жить в своем доме, а когда уже не смогу, то я знаю, что будут подходящие достаточные решения. ■



УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.



ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки



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

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

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

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



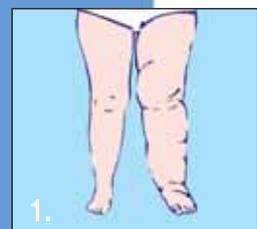
Наборы matopat - помощь в лечении лимфатического отёка

Терапевтический эффект:

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

Набор matopat для терапии лимфатического отёка включает в себя:

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



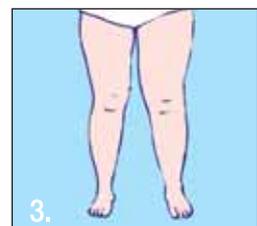
1.

ДО ЛЕЧЕНИЯ



2.

ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ



3.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

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

МЕДСЕСТРА И СЕМЬЯ КАК УЧАСТНИКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ И НЕСАМОСТОЯТЕЛЬНЫМ ЧЕЛОВЕКОМ

Сикора-Мыслек Ирэна,
специалист семейного сестринского дела, заместитель медицинского директора
«Хоспмед» («Hospmed») в Ченстохове, Польша

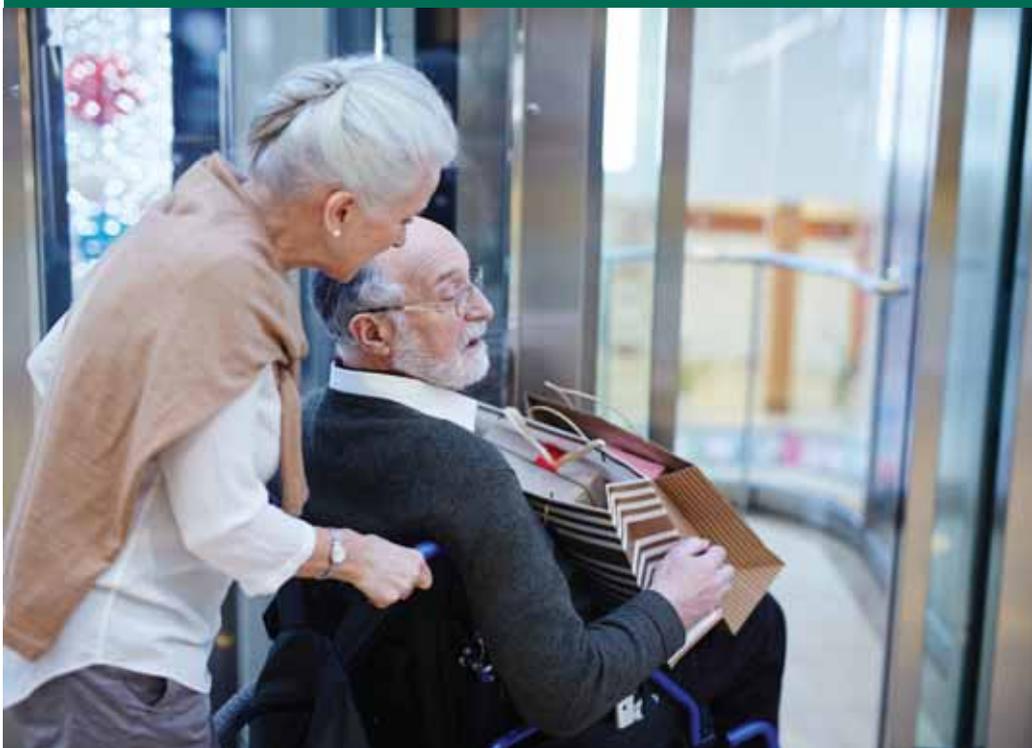
Увеличение числа учреждений и мест для долгосрочного ухода происходит медленнее, чем процесс старения населения и рост числа людей с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями в Польше.

Среди факторов, характеризующих работу медсестры с пациентами с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями, можно перечислить:

- 1) независимость рабочего места;
- 2) уход за пациентами со сложными проблемами в сфере здоровья, социальной и жизненной;
- 3) широкий спектр образовательной и вспомогательной деятельности на благо подопечных;
- 4) участие пациента и его семьи в выборе способа лечения, заботы и организации долгосрочного ухода;
- 5) необходимость интеграции действий из различных областей: медицинской, реабилитационной, опекунской, социальной, правовой и т.д.;
- 6) необходимость налаживания эффективного взаимодействия с участниками терапевтической группы, прежде всего – с семьей.

Главной целью медсестры как специалиста в области долгосрочного ухода является определение области оказания медицинской помощи в сфере ухода и заботы, координация и мониторинг деятельности в отношении людей с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями. Ежедневная работа медсестры, специалиста долгосрочного ухода – это самостоятельная работа, вместе с тем требующая тесного

Долгосрочный уход – это длительный, постоянный уход и реабилитация, а также продолжение фармакологического и диетического лечения, реализуемый институционально (стационарно или на дому у больного).



взаимодействия с врачом, всей терапевтической группой и организациями, работающими на благо людей с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями. Ввиду специфики работы с пациентом, частично или полностью зависимым от помощи медсестры, необычайно важным является сотрудничество с семьей и другими опекунами больного. Специалист также выполняет действия, связанные с обучением персонала, семей и опекунов па-

циентов. При реализации процедур для пациентов с хроническими заболеваниями и несамостоятельных пациентов медсестра долгосрочного ухода должна обладать хорошими знаниями в области эволюционных изменений в процессе старения, а также изменений и опасностей, появляющихся в результате хронических заболеваний, приводящих к инвалидности и потере самостоятельности. Медсестра, специалист долгосрочного ухода – это самостоятельный, кре-



ативный, быстро и верно принимающий решения и эффективный в своей работе человек.

Основными профессиональными задачами медсестры, специалиста долгосрочного ухода являются:

- организация сестринского ухода за несамостоятельными пациентами и пациентами с хроническими заболеваниями в условиях учреждения и на дому;
- организация социальной поддержки для пациентов долгосрочного ухода и формирование хороших межличностных отношений в ближайшем окружении подопечного;
- планирование и введение стандартов долгосрочного ухода;
- распознавание и оценка состояния здоровья и определение уровня проблем в области самообслуживания пациента с хроническими заболеваниями, а также неспособного к самостоятельному существованию;
- координация и планирование ухода за пациентами с хроническими заболеваниями и неспособными к самостоятельному существованию с разделением качеств ухода за взрослым;
- подготовка несамостоятельных пациентов и пациентов с хроническими заболеваниями, а также их семей к самообслуживанию и возвращению утраченных функций;

- проведение обучающих мероприятий в области обслуживания оборудования и специализированной аппаратуры;

- управление работой терапевтической группы в области опеки и реабилитации несамостоятельных пациентов и с хроническими заболеваниями;

- взаимодействие с учреждениями и общественными организациями, а также с частными лицами с целью решения проблем пациентов в области здоровья, социальных и правовых;

- на окончательной стадии болезни пациент и его семья нуждаются в профессиональном терминальном уходе.

Представленная выше характеристика пациента с хроническими заболеваниями позволяет определить роли медсестры в долгосрочном уходе и выполняемых ею действий на благо больного.

Медсестра, работающая в сфере долгосрочного ухода, должна хорошо узнать пациента и его семью, для того чтобы уметь распознавать их актуальные и потенциальные, чаще сложные, проблемы со здоровьем и жизненную ситуацию.

Семья является естественной средой для человека в любом возрасте и состоянии здоровья, отсюда также представляет собой

самую важную институцию долгосрочного ухода не только в Польше, но и во всем мире. Уход за несамостоятельным человеком с хроническими заболеваниями относится к традиционным функциям семьи. Однако демографические и социально-экономические процессы, происходящие на протяжении нескольких десятилетий в Польше, не способствуют формированию соответствующих условий для осуществления ухода в домашних условиях. Изменения в структуре семьи, неудовлетворительная социально-экономическая ситуация приводят к тому, что многие семьи не обеспечивают ухода на должном уровне.

Несмотря на то, что в большинстве случаев именно семья оказывает опекунические услуги в отношении людей с хроническими заболеваниями, пожилых и несамостоятельных, однако не существует официальной системы поддержки опекунов в Польше. Одним из положительных признаков изменений является развитие сестринских услуг в домашних условиях, которое дает прекрасную возможность поддержки больных и их семей.

Для определения роли семьи в случае конкретного подопечного необходимо определение опекунской эффективности семьи, типа взаимоотношений между опекунами и подопечными, а также области изменений в функционировании семьи, в том числе оценка степени загруженности семьи.

Основным условием осуществления заботы о больном члене семьи является определение состояния **опекунской эффективности** семьи, которая состоит из 6 элементов.

Оценке медсестры подлежат:

- знания и умения семьи;
- структура семьи;
- физические и умственные возможности членов семьи;
- социальное функционирование членов семьи;
- бытовая ситуация;
- эмоциональное функционирование.

Кроме того, медсестра-специалист определяет, какой из факторов, формирующих опекунскую эффективность семьи, является

наиболее слабым в данной семье, а какой – наиболее сильным, а также может ли она сама или с помощью других людей или институций повлиять на усиление наиболее слабых факторов.

Следующий элемент, подлежащий оценке медсестры, – это опекунские отношения, царящие в семье. София Кавчиньска-Бутрым выделяет 5 типов отношений, которые возникают между главными участниками ухода и больными человеком:

I тип – наиболее желательный. Возникает тогда, когда существует баланс между необходимой опекой и уходом и фактической потребностью подопечного. Касается это полной области ухода и заботы, которые человек должен получать в ситуации болезни, а также помощи в восстановлении здоровья/физической активности, компенсации утраченных или ограниченных функций. Члены семьи выступают как люди, поддерживающие в ситуации болезни и неполноценности, а не помогающие больному. В отношениях такого типа существуют полное принятие и заботливая поддержка больного, несамостоятельного, пожилого человека.

II тип – гиперопека. Возникает тогда, когда члены семьи проявляют чрезмерную опеку. Такая позиция оказывает на больного демобилизирующее влияние и делает его зависимым от постоянной помощи других людей. Со стороны семьи существует постоянная готовность оказания помощи, однако опекуны не поддерживают, а только постоянно выручают больного. Это следует из отсутствия определенного принятия больного и отношения к нему как к менее ценному человеку, которому следует компенсировать недостатки посредством оказания помощи.

III тип – основывается на манипулировании членами семьи, что чаще проявляется инструментальным отношением к больному в форме лишения его пенсии, пособия по уходу, снятия с себя ответственности и появления оправданий по поводу не выполнения разного типа обязанностей по вине и причине больного («из-за тебя у меня нет

времени для других, не могу этого сделать»).

IV тип – заключается в физических и психических издевательствах над больным или несамостоятельным человеком (патологический тип).

V тип – проявляется в причинении вреда больному, несмотря на добрые намерения. Действия, выполняемые исходя из благих намерений, наносят вред человеку, находящемуся под опекой.

Медсестра на этапе сбора данных должна также учитывать изменения в семье на случай болезни одного из ее членов. Необходимость осуществления ухода за больным в доме влечет за собой изменения – как негативные, так и позитивные – в функционировании семьи во всех сферах жизни.

Проявлением негативных изменений является прежде всего рост загруженности прямых опекунов в физическом и эмоциональном отношении, а также увеличение затрат социальных, материальных и медицинских. Для оценки степени загруженности семьи уходом за человеком с хроническими заболеваниями медсестра должна использовать коэффициент опекунской загруженности.

Члены семьи, ухаживающие за больным, ежедневно сталкиваются со множеством эмоциональных и

духовных дилемм и страданий, которые являются источником сильного стресса. Длительное воздействие стресса, связанное с уходом за больными, переносится в свою очередь на проблемы со здоровьем опекунов в виде психосоматических расстройств, таких как головные боли, бессонница, раздражительность, отсутствие аппетита, ухудшение самочувствия, плохое настроение.

Перегруженность опекой означает также социальные изменения в повседневной жизни опекуна. В особенно тяжелой ситуации находятся работающие люди по причине конфликта между ролью работника и опекуна. Постоянная опека приводит к потере друзей, отказа от прежних развлечений и интересов, а впоследствии – к хроническому стрессу.

Медсестра долгосрочного ухода в своей повседневной работе обращает внимание на возникновение **риска терапевтической халатности и халатности в осуществлении ухода**, которые могут выступать как со стороны самого больного, так и его опекунов. Причины халатности являются чрезвычайно сложными. Следует отдельно обратить внимание на причины, которые заложены в сознании и поведении больного и членов его семьи.





Перечислить можно:

- экзистенциальный кризис. Это психическое, физическое и духовное «землетрясение» – период осознания того, что ничто уже не будет таким, как раньше, и время формирования новой действительности;
- отсутствие уверенности в диагнозе и поиск других врачей, которые изменят диагноз и способ лечения;
- отсутствие ожидаемого больным и его семьей явного улучшения в ходе применяемой терапии (в ходе хронического заболевания такие ожидания не являются оправданными);
- ошибки в использовании лекарств, прекращение приема, выборочный прием лекарств по усмотрению пациента и опекунов или замена лекарств под влиянием информации из непрофессиональных источников;
- отсутствие денег и поиск более дешевых лекарств с меньшей эффективностью;
- отсутствие силы воли больного или опекунов;
- усталость и уныние, опускание рук;
- низкий интеллектуальный уровень лиц, осуществляющих уход;
- физическая недостаточность (например, дисфункция роста, па-

рез).

Уход за людьми с хроническими заболеваниями в домашних условиях также является серьезным финансовым обременением для семей. Происходит увеличение расходов, связанных с необходимостью осуществления ухода, покупка ортопедического оборудования, проведения лечения и реабилитации неоднократно платно. Уход за несамостоятельным членом семьи также связан с потерей дохода, следующей из сокращения или отказа от профессиональной деятельности среди опекунов.

Уход за больным может быть также источником позитивных изменений и воспоминаний для опекуна, прежде всего связанных с чувством собственной ценности, удовлетворения от реализации принятых обязанностей и собственного развития, а также убеждения, что жизнь человека, оказывающего помощь больному, имеет большую ценность. Часто наступает укрепление семейных связей, рост заинтересованности других членов семьи и их участие в функциях повседневной жизни, и помощь главному опекуну (активизация, взаимовыручка). Плюсами данной ситуации может быть расширение социальных контактов и интересов в отношении с больным человеком, возможность

оказания ей благодарности, укрепление или улучшение отношений.

Выводы

На основании действующей формы осуществления ухода в Польше за больными и несамостоятельными людьми можно сделать следующие выводы:

1. Старение общества приводит к эскалации проблемы ухода за больными с различными хроническими заболеваниями и потребует введения новых, функциональных решений со стороны разных организаций, государственных учреждений и частного сектора.

2. Эффективность системы ухода за пожилыми людьми зависит от надлежащих правовых и административных решений в стране, доступности финансовых средств и осознанности общества.

3. Оставление семьи, опекуна без поддержки и помощи может привести к ситуации, когда по причине его финансовых проблем (а даже в крайних случаях бедности) или ухудшения его психофизического здоровья семья перестанет осуществлять уход за больным и сама будет нуждаться в поддержке со стороны органов социальной защиты.

Литература:

1. Дурда, М. Организация ухода за людьми с деменцией в Польше на фоне развитых и развивающихся стран. – Познань, 2010.
2. Шевчичак, М., Адриан, Стаховска, М., Таларска, Д. Семейное бремя в уходе за пациентом с болезнью Альцгеймера. – Познань, 2012.
3. Проблемы сестринского дела. – 2012. – Т. 20. – Тетр. № 2.
4. Кенджора-Корнатовска, К., Мушалек, М., Скольмовска, Е. Сестринский уход в долгосрочной опеке / под ред. Е. Скольмовской. – Варшава: Польское государственное медицинское издательство, 2010.
5. Кавчиньска-Бутрым, С. Функционирование семьи и болезнь. – Люблин: Отделение малой полиграфии. Католический университет в Люблине, 1987.
6. Хрыневич, Я. О положении пожилых людей / под ред. Я. Хрыневич. – Варшава, 2012.
7. Самолиньски, Б., Рачиборска, Ф. Здоровое старение. Белая книга / под ред. Рачиборской Ф. – Варшава: Научное издательство «Scholar», 2013. ■

КОММУНИКАЦИЯ В ОПЕКУНСКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

Новак-Ледневска Катажина,

психолог, психотерапевт, тренер, Краков, Польша

Между тем успех в работе с людьми с хроническими заболеваниями заключается именно в работе всей группы, каждый участник которой в равной степени чувствует себя ответственным за результат работы и реализацию. Постановление министра социальной политики от 8 августа 2012 года об учреждениях социального обслуживания определяет принципы создания опекуноско-терапевтических групп, однако ничего не говорит о том, что сделать для того, чтобы их работа была эффективной. Эффективное и профессиональное функционирование групп имеет ценность не только для подопечных – получателей ухода или работодателей, стремящихся к реализации целей учреждения, но прежде всего для каждого участника группы лично. Рабочая атмосфера, складывающаяся из факта, что каждый является частью поддерживающей, дающей чувство безопасности опекуноско-терапевтической группы, является важным элементом профилактики синдрома профессионального выгорания в группе. Ключом к пониманию трудностей, возникающих в функционировании группы, является постоянный процесс внутригрупповой коммуникации.

Коммуникация в опекуноско-терапевтической группе – это многоуровневый процесс, происходящий непрерывно посредством слов, жестов, мимики, позы, переживаемых и выражаемых чувств и эмоций. Это не только то, что мы говорим, слышим или видим, но также то, что мы знаем друг о друге, как понимаем друг друга, и в связи с этим как эти знания управляют отношениями между нами. Все это определяет климат в группе, кото-

Создание эффективной, слаженной в своей работе опекуноско-терапевтической группы является серьезной проблемой для многих учреждений долгосрочного ухода. Интеграция многих индивидов, людей с разным опытом, умениями, образом жизни и чувством ценности в направлении реализации общей цели улучшения качества жизни подопечных является одной из основных трудностей, с которыми сталкивается руководитель и лидер группы.



рый имеет значительное влияние на субъективную оценку условий труда. Отношение работника к своему рабочему месту, образ понимания своей профессиональной роли и места в группе определяет

направление ее эффективности и мотивации к действию, которая отражается на характере взаимоотношений с подопечными. По этой причине приоритетным становится углубление знаний и умений ра-

ботников в области правильной и эффективной коммуникации в командной работе. Понимание же процесса коммуникации только в категориях передачи и вербального обмена информацией является слишком большим упрощением. В значительной степени это не только слова, из которых складывается содержание нашего сообщения, но и сигналы, поступающие из невербального канала нашего тела: то есть то, как мы выглядим, когда говорим, выражение лица, мимика, поза, и то, как мы говорим, с какой интенсивностью и тоном, является фактором, формирующим межличностные отношения. Благодаря передаче невербальных сигналов связи мы получаем и посылаем информацию о нашем отношении к другому человеку: симпатии, антипатии, неприязни, уважении, подчинения или зависимости, а это в свою очередь требует от нас использования характерного стиля общения, различного в отношении тех, кого не любим / любим, боимся, от кого чувствуем себя зависимыми, тех, кем мы управляем. Зачастую мы делаем это неосознанно. То, что является непреднамеренным и бессознательным, не подлежит нашему контролю. Поэтому посылаемые и получаемые невербальные сообщения, исхо-

дящие от тела, являются для нас более надежными и правдивыми по сравнению с теми, которые мы можем контролировать, с вербальными сообщениями. Важно понимать, что мы сами беспрестанно являемся отправителями и получателями совершающейся коммуникации. Эффективная коммуникация в опекуноско-терапевтической группе – открытая, в которой роли отправителя и получателя неустанно переплетаются, а каждый из участников коммуникации чувствует себя равноправным партнером в разговоре, уважающим себя и другого человека. Для того чтобы коммуникация в опекуноско-терапевтической группе могла быть открытой, она должна быть прежде всего:

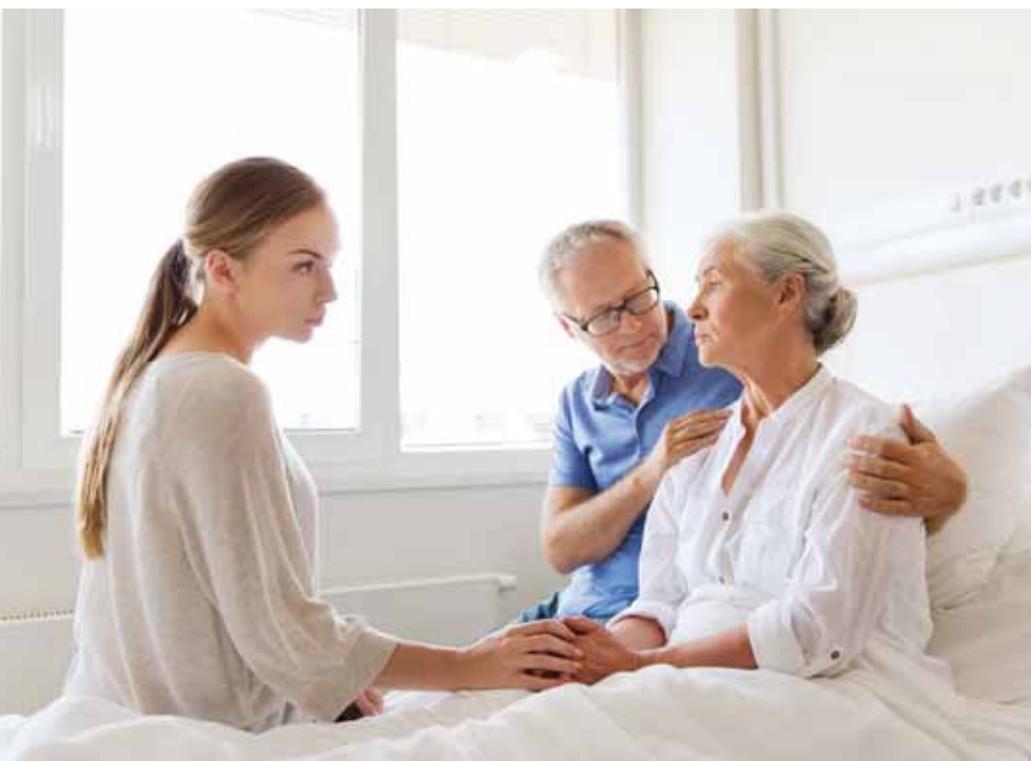
- безопасной – дающей всей членам группы пространство для мышления, обладания и выражения собственного мнения без чувства страха и угрозы;
- доступной – в потоке информации в группе и вне ее;
- слаженной – в вербальных и невербальных сообщениях;
- ясной – характеризующейся простотой, без скрытых подтекстов и аллюзий;
- адекватной – уважающей право каждого человека на отказ, на

наличие собственного мнения, действия при условии непричинения другим вреда;

- ответственной – в образе поведения и выражения своих мыслей;
- конструктивной в критике – относящейся к конкретному поведению или действию, а не к человеку лично, дополненная предложениями о переменах.

Только такой вид межличностного общения является гарантией создания группы, которая эффективно справляется с трудностями, диагностирует спорные области, конструктивно разрешает возникающие конфликты; группы, которая умеет использовать индивидуальные возможности отдельных участников для реализации общей цели и оказания поддержки; группы, которая дискутирует, обсуждает, смеется над собой и делает выводы; группы, которая умеет использовать критику для совершенствования своих умений и поиска необходимой помощи; группы, в которой участники доверяют друг другу и могут рассчитывать друг на друга в кризисной ситуации, и наконец, группы, участники которой не обязаны абсолютно любить друг друга, но которые уважают отличия друг друга и стремятся к эффективному взаимодействию на благо подопечных, несмотря на различия.

Создание команды с эффективной коммуникацией – это непростая и небыстрая в осуществлении задача, тем более что умение работать в команде не является качеством, развивающимся в ходе стандартного обучения. Коммуникация в группе является чем-то, что группа должна самостоятельно выработать, тренировать, и о чем заботиться. Для того чтобы коммуникация была открытой, необходимо понимание каждого из ее участников, что **группа – это машина, работающая благодаря всем своим частям, если какая-то из них ломается или работает хуже, выполнение работы становится более сложной задачей**. Все участники опекуноско-терапевтической группы одинаково важны, независимо от того, какую работу они выполняют (лечение, уход, опека, терапия, реабилитация, уборка, приготовление пищи,



хранение оборудования, администрирование, управление людьми и т.д.), она является необходимым условием для реализации общей цели. Поэтому каждый работник должен чувствовать себя важной и необходимой частью группы. Частой сложностью в создании группы является чувство нахождения вне нее. Если эта ситуация касается руководителя или лидера то это провоцирует нарушение коммуникации. Позиция руководителя-лидера, стоящего за группой, накладывает акцент на его силу и власть; вызывает страх и уважение членов группы, является почвой для построения дистанции и отдельной групповой идентичности. Мы – Группа, и Он – Лидер, у нас отдельные цели и ожидания, противоречащие друг другу. Каждая из принятых ролей в группе несет с собой важное сообщение для остальных ее членов. Таким образом, можно в ней найти бунтаря, шута, серого кардинала, козла отпущения или совесть группы, которые на подсознательном уровне обуславливают коммуникацию и отношения в группе.

Опекунско-терапевтическая группа с эффективной внутригрупповой коммуникацией – это команда, которая доверяет друг другу. Наличие или отсутствие атмосферы безопасности в группе значительным образом определяет качество коммуникации между коллегами. Атмосфера страха и угрозы, введение элементов конкуренции между членами группы влияет не только на отдаление друг от друга и недоступность коммуникации, но также на тенденцию к выбору деструктивных техник разрешения кризисных ситуаций. Человек, испытывающий страх, не скажет, что он думает, он «слышит», но «не слушает», потому что он сконцентрирован на самозащите. Чувство страха парализует членов опекунско-терапевтической группы, вызывает чувство беспомощности, бессилия и потери смысла того, что он делает.

Любое изменение в командной коммуникации начинается с каждого ее участника. Атмосфера в опекунско-терапевтической группе не изменится, если участники группы не примут на себя от-



ветственность за это. Люди должны хотеть научиться эффективной коммуникации.

Отсутствие навыков коммуникации в группе приводит не только к возникновению разногласий и конфликтов, но и в значительной степени обуславливает способ их разрешения. Взаимные обиды вместо беседы о том, что нас беспокоит, чрезмерная критика вместо конструктивной аргументации, обвинения в ошибках вместо предложения поддержки, стремление к упорядочиванию и контролю вместо дискуссии и переговоров, диктатура вместо демократии и свободы слова являются факторами, препятствующими коммуникации в команде. Команда, в которой не говорят о том, что происходит внутри нее, не оказывают друг другу поддержки, является беспомощной в отношении ситуации, а ее участники чувствуют себя одинокими в профессиональной роли. Они становятся безжизненными, изможденными и грустными, теряют субъективный характер отношений с другими людьми.

Правильная коммуникация с другими людьми требует прежде всего хорошего контакта с самим собой. Осознание посылаемых вербальных и невербальных сообщений имеет неоспоримое значение в опекунско-терапевтических

контактах, которые являются сутью работы коллективов учреждений долгосрочной опеки. Диагностирование сложностей коммуникации в группе может помочь ответить на вопросы: «Знаю ли я, что чувствую и как это выражаю? Что со мной происходит, когда я испытываю эмоции? Что мне помогает, а что мешает в открытой коммуникации с членами моей группы? Какой стиль коммуникации присущ моей группе? Каков мой вклад в коммуникацию в моей группе?»

Процесс коммуникации происходит постоянно на каждом этапе нашей жизни, но только от нас зависит, хотим ли мы, чтобы он происходил правильно. Никогда не поздно учиться техникам эффективной коммуникации.

Литература:

1. Желка, Б. Эффективная коммуникация в группе.
2. Оппеман, К., Веббер, Э. Стили общения на работе.
3. Эффективное взаимодействие в команде. Канцелярия премьер-министра.
4. Московичи, С. Социальная психология в аспекте я – другие. – Варшава : Педагогическое и образовательное издательство, 1998.
5. Бжезиньска, Е., Пашковска-Рогач, А. Формирование трудовых отношений: учебник для студентов и курсов по управлению. – Лодзь : Польско-американский управленческий центр, 2001. ■

ПЛАНИРОВАНИЕ И КООРДИНАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И СЕСТРИНСКОЙ РАБОТЫ НА УРОВНЕ МУНИЦИПАЛИТЕТОВ

Вергеланд Сорби Лив,
профессор специализированного университета VID, Осло, Норвегия

В Норвегии муниципальная власть охватывает около 400 муниципалитетов. В каждом муниципалитете есть комитет по здравоохранению и социальному обеспечению (политически избранный), который отвечает за социальную работу и сестринский уход.



Норвежская система социального обеспечения на протяжении многих десятилетий опиралась на государственные учреждения. Пожилые люди, нуждавшиеся в уходе, направлялись в учреждения долгосрочной опеки на последние 2–3 года своей жизни. Сегодня современные жилищные условия позволяют старым больным людям жить у себя дома.

В Польше самой многочисленной группой опекунов людей старшего возраста являются их дети (51,1 %). Более 85 % опекунов живут в том же или другом доме, находящимся неподалеку. Для обеспечения опекунских функций так же, как и семейных, необходи-

мо выполнение определенных жилищных условий. В Норвегии так же, как в Польше и остальной части Европы, население трудоспособного возраста будет серьезно обременено заботой об остальных поколениях. В Норвегии 74 % людей, пользующихся опекунскими услугами, самостоятельно проживают в домах. Как в стране, так и на международном уровне существует большая заинтересованность в инновациях и технологиях «умного дома». Однако для людей с деменцией многие современные технологии делают повседневную жизнь еще более трудной, чем раньше. Для того чтобы эти новые технологии могли действовать, семейные опекуны получают новые

задачи и обязанности. Критически важным является отсутствие необходимых возможностей, умений и технологических компетенций, наблюдаемых у некоторых семейных опекунов. Важна индивидуальная оценка. Видеонаблюдение может стать как помощником, так и препятствием, а в каждом случае необходимо принимать во внимание моральные аспекты.

С помощью множества простых инструментов исследования когнитивных функций можно определить происходящие в теле изменения. Ранние симптомы ухудшения психических функций проявляются потребностью в помощи в финансовых или банковских вопросах, или проблемах с выполнением предписаний касающихся принятия лекарств. Большинство людей (обычно женщины) посещают врача в случае обнаружения каких-либо симптомов ракового заболевания. В случае ранних стадий деменции как сам больной, так и его семья имеют тенденцию к игнорированию симптомов. Зачастую проще обратиться в волонтерскую организацию широкого доступа, например, по телефону. Это дает возможность общения с людьми, располагающими временем, чтобы выслушать и дать совет. В Норвегии существует хорошая инфраструктура, и жители знают, что муниципалитет о них позаботится, что они получат формальную помощь, даже если рядом не будет их родственников.

Каждый муниципалитет самостоятельно организует выполнение своих медицинских и социальных услуг по своему усмотрению. Однако основную ответственность за обеспечение соответствующего медицинского ухода несет правительство Норвегии в соответствии с законами и руководящими принципами.

На сегодняшний день все норвежцы, нуждающиеся в 24-часовом уходе, должны находиться в учреждениях социального обслуживания или в домах престарелых. Программа «Деменция» будет введена в 2020 году, налагая на муниципалитеты обязанность обеспечения организованного дневного ухода для людей с деменцией.

Человек, нуждающийся в профессиональной помощи, должен иметь общий индивидуальный план по уходу. Этот план в письменной форме является «главным документом», который координирует уход за человеком с деменцией, а также помощь и поддержку для его семьи. Руководящие распоряжения побуждают муниципалитеты к созданию команд, специализирующихся в уходе за пациентами с нарушениями психических функций. Индивидуальный план является результатом командной работы между различными специализациями, пациентом и его второй половинкой. Автором программы обычно является профессиональная медсестра или социальный работник, в зависимости от того, что является основной проблемой человека с деменцией. Координационная работа — это длительный процесс, а опекунский

персонал, занимающийся пациентом, со временем меняется. Важно, чтобы пациент своевременно получил диагноз и лечение, в зависимости от симптомов и потребностей. Индивидуальный план оснащен календарем, который показывает, в какие дни и в котором часу проходят визиты формальный и неформальных опекунов, а также когда пациент отправится на процедуры или в учреждение дневного обслуживания. Целью является помощь пожилым людям в поддержании качества жизни, безопасности и повседневной активности так долго, как только это возможно. У каждого специалиста есть определенные задачи.

План по уходу должен основываться на подробной гериатрической оценке (международная функциональная классификация, или инструмент оценки жителей), позволяющей подготовить соответствующий план действий. План дает пациенту уверенность, а это способствует облегчению для семьи и поддержке, уменьшающей стресс.

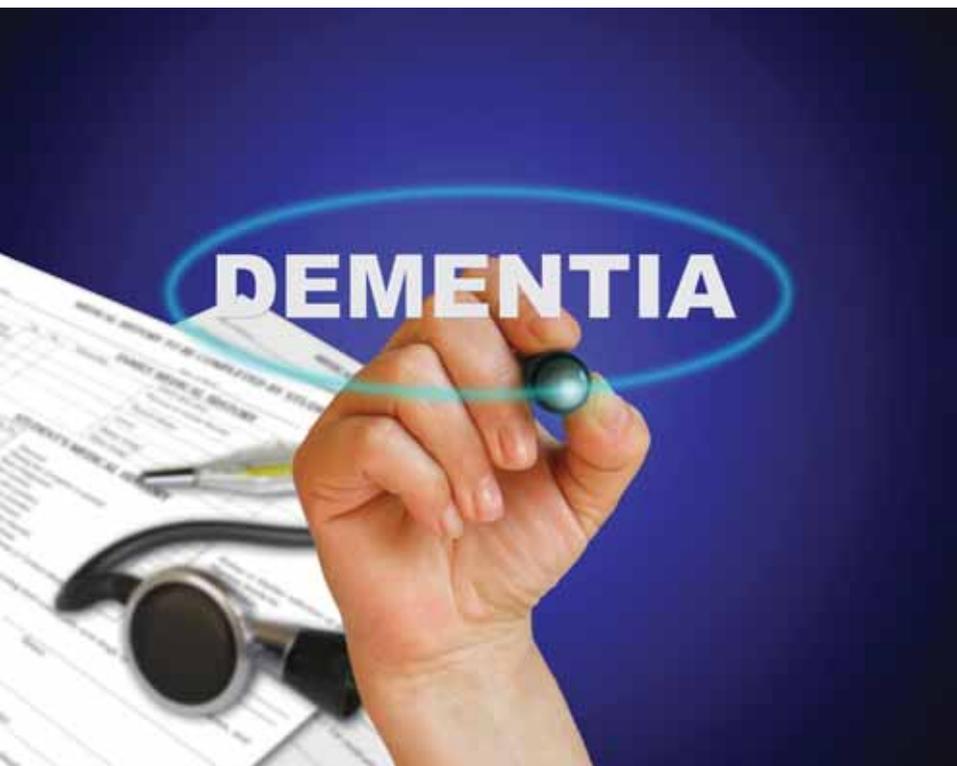
Пациенты с когнитивным расстройством умеренной степени могут получить значительную выгоду от пребывания в учреждении дневного обслуживания. Тяжелая



степень деменции требует уже постоянного пребывания и институционального ухода. Супруг пациента может обессилеть раньше, чем больной будет переведен в учреждение долгосрочной опеки. Они расслабляются и забывают, что для того, чтобы перевести пациента в учреждение, необходимо сотрудничать. Для пациента очень хорошо, когда среди многочисленного персонала он встречает знакомое лицо и теплую ладонь. Подобным образом действуют любимая музыка и старые истории, которые оживляют воспоминания и поднимают качество жизни. Внуки вызывают добрые чувства, и подобную искру в глазах пожилых людей мы видим, когда они смотрят на собак, — это активизирует инстинкт заботы о тех, кто слабее.

Выводы

Люди с нарушением психических функций нуждаются в индивидуальном плане по уходу для обеспечения качества жизни. План, основанный на тщательной гериатрической оценке, будет включать в себя предпочтения пожилых людей, а также задачи, выполняемые формальными и неформальными опекунами. Целью такого плана является организация оптимального ухода для пациента и уменьшение стресса, связанного с тяготами ухода. ■





Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

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

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ безопасность

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

■ комфорт в работе

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

■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат:

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

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

БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

СОЗДАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Кубицка Эльжбета,

ведущий специалист в доме общественной помощи в Гожув-Велькопольски, Польша

Мешок с проблемами, можно сказать, для всех лиц, ответственных за правильное функционирование этих объектов. Задуматься следует над тем, что может поспособствовать в достижении наивысшего качества оказываемых услуг, эффективного разрешения проблем и в результате создания хорошей атмосферы в учреждении социального обслуживания.

Безусловно, любые правовые нормы, определяющие основные правила для этих учреждений, являются указателем, который мы используем в повседневной работе. Для учреждений социального обслуживания это Закон о социальном обеспечении от 2004 г. (Законодательный вестник Республики Польша, 2004, № 64, поз. 593 с поздн. изм.) и Постановление министра труда и социальной политики от 23 августа 2012 г. об учреждениях социального обслуживания (Законодательный вестник Республики Польша, 2012, поз. 964), которые определяют главные стандарты и задачи этих учреждений в области бытовых, опекунских и вспомогательных услуг.

Однако при решении повседневных проблем, как правило, общих предписаний оказывается недостаточно для того, чтобы создать дружелюбное и безопасное место, где каждый подопечный получит хороший, доброжелательный и профессиональный долгосрочный уход и замену дому, а работники – дружелюбное рабочее место. В настоящее время на рынке опекунских услуг не хватает конкретных стандартов формирования качества. Существующих правовых норм недостаточно. Каждое учреждение действует самостоятельно, выдавая собственные решения.

Учреждение социального обслуживания — это специфическое место, где сталкиваются разные потребности и ожидания проживающих в нем людей и их близких, проблемы функционального, технического, правового и прежде всего человеческого характера, касающиеся как самих подопечных, так и работающего в учреждении персонала.

Я глубоко убеждена в том, что нам следует не прекращать стараний, чтобы заслужить следующие слова наших жителей, когда они возвращаются в учреждение социального обслуживания после госпитализации или после отпуска: «Везде хорошо, а дома лучше».

Организационная культура.

Это понятие возникло в психологии управления, является специфическим способом функционирования, основанном на единстве ценностей, прав (норм) и идей. Исследователь организационной культуры Эдгар Шейн дал ей следующее определение: «Единство фундаментальных положений, которые группа придумала, открыла или создала в процессе внешней адаптации к среде и внутренней интеграции». Стивен П. Роббинс определяет это понятие как «систему значений, принятых членами организации, отличающую эту организацию от других».

Учреждение социального обслуживания в своих гуманитарных функциях подходит под цитированные определения и понятия.

Литература по данной теме, представляет, цитирую американского психолога К. Андерсон, «4 элемента, оказывающие влияние на организационную культуру». Это:

1. Экологический
 - внешний (например, окружение, тип здания);
 - внутренний (например, архитектура, эстетика, оборудование).
2. Совокупные характеристики команды. Это черты коллектива,



преобладающие в данном учреждении, такие как пол, возраст, поколение, опыт.

3. Социальная система учреждения. Это его организационная структура, способы принятия решений, процессы формальной и межличностной коммуникации.

4. Нормативная система: нормы-правила, принципы, обязывающие в учреждении (писанные и неписанные), ценности.

Для каждого из этих элементов требуется приложить много усилий и процедур в целях обеспечения организационной культуры в учреждениях социального обслуживания. Любые связи между нормативами в форме предписаний, распоряжений, внутренних процессов и стандартов и деликатными аспектами оказываемых услуг имеют ключевое значение.

Дом-институция – трудно совместимые функции. Что в таком случае мы можем сделать, чтобы приблизиться к желаемому состоянию?

В каждом хорошо функционирующем доме, как и в каждой институции, для достижения гармонии необходимо принятие всеми участниками создаваемых ими принципов.

Указатели в форме обязательных общих правил оказываются далеко не достаточными, поэтому внутренние потребности, которые приносит нам жизнь, регулируем с помощью создания собственных решений, каждое учреждение – по-своему и «на ощупь». Это процедуры, стандарты, распоряжения и т.д. Необходимо этими решениями делиться, чтобы пользоваться взаимно проверенными идеями и совместно создавать организационную культуру учреждений социального обслуживания.

Ниже приведен пример такого решения, использованного в **Учреждении социального обслуживания № 1 имени Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском**. Это кодекс этики работников учреждения, разработанный группой сотрудников и введенный приказом директора в качестве обязательного.

Необходимость создания правил была вызвана отсутствием таких внешних директив, особенно для профессий, имеющих место в учреждениях социального обслуживания, таких как опекуны, сиделки, трудотерапевты, которые не разработали собственных кодексов (они есть, например, у социальных работников и медсестер), поскольку иногда возникают сложные ситуации, когда необходимо обратиться к действующим в учреждении правилам. Таким образом, это подготовленный исходя их собственных потребностей сборник моральных норм, которые отражают организационную культуру, к которой мы вместе с жителями и работниками стремимся.

КОДЕКС ЭТИКИ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ № 1 ИМ. МАРИИ ЮХАЧ В ГОЖУВЕ-ВЕЛЬКОПОЛЬСКОМ

Учреждение социального обслуживания № 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском – это особенное место, место, где проживают люди с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями. Каждый из них носит в себе индивидуальный багаж опыта, часто

трудного и болезненного. Принимая решение о проживании в учреждении, его подопечные и их близкие имеют право ожидать, что получат здесь безопасность, понимание и профессиональную помощь.

Работники учреждения должны понимать, что им выпала честь реализовать самые гуманные задачи. Это работа, требующая от нас преданности и постоянного развития.

У каждого из нас есть свои слабости, все мы совершаем ошибки, поэтому существует необходимость заключения профессиональной морали в правовые рамки, которые позволят нам правильно и совместно реализовать стоящие перед учреждением задачи.

§ 1 Общие принципы

1. Кодекс этики работников Учреждения социального обслуживания № 1 в Гожуве-Велькопольском им. Марии Юхач определяет стандарты работы, которые должны соблюдаться работниками в связи с выполнением своих служебных обязанностей. Кодекс этики представляет собой сбор ценностей и принципов, которыми руководствуются работающие в учреждении сотрудники как на рабочем месте, так и вне работы, в отношениях с жителями, коллегами, подчиненными, семьями подопечных и лицами, посещающими учреждение и сотрудничающими с ним.

2. Всякий раз, когда мы говорим об Учреждении – следует понимать под этим Учреждение социального обслуживания № 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском, Кодексе – следует понимать под этим Кодекс этики Учреждения социального обслуживания № 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском, Работниках – следует понимать под этим работников Учреждения социального обслуживания № 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском, Жителях – мы говорим о жителях Учреждения социального обслуживания № 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском.

3. Положения настоящего Кодекса обязывают также стажеров, практикантов, волонтеров и других лиц, работающих на благо Учреждения социального обслуживания

№ 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском.

4. Кодекс был составлен на основе Закона от 21 ноября 2008 о муниципальных служащих (Законодательный вестник Республики Польша, 2008, № 223, поз. 1458), Закона от 12 марта 2004 г. о социальной защите (Законодательный вестник Республики Польша, 2009, № 175, поз. 1362) и Постановления министра труда и социальной политики (Законодательный вестник Республики Польша, 2005, № 217, поз. 1837).

§ 2 Специальные правила

I. Принцип верховенства права

1. Муниципальный служащий рассматривает работу как государственную службу, на занимаемой должности служит государству и местным сообществам, соблюдает правопорядок, выполняя возложенные на него задачи.

2. Работник применяет процедуры согласно повсеместно обязывающим правилам и внутренним нормам учреждения.

3. Работник обращает внимание на то, чтобы решения, касающиеся прав и интересов сторон, имели правовую основу, а их содержание соответствовало действующему законодательству.

4. Информация, полученная в результате проводимых мероприятий, используется сотрудником исключительно в служебных целях.

5. Работник открыто оглашает руководителю все ситуации, в которых личные интересы противоречат общественным интересам; не предпринимает никаких действий в учреждении и вне него, которые могли бы будить подозрения в получении личной или материальной выгоды или в злоупотреблении властью в собственных интересах.

II. Принцип недискриминации

1. При принятии решений, выполнении своих функций работник обеспечивает соблюдение принципа равного отношения. Отдельные лица, находящиеся в одной и той же ситуации, рассматриваются на равных.

2. Работник должен воздерживаться от любого необоснованного и неравного отношения к отдельным лицам по национальному признаку,

полу, расе, цвету кожи, этническому или социальному происхождению, генетическим особенностям, языку, религии или вероисповеданию, политическим или другим убеждениям, принадлежности к социальным меньшинствам, имеющейся собственности, неполноценности, возрасту или сексуальным предпочтениям.

III. Принцип профессионализма

1. Работник обязан пополнять и совершенствовать свои знания и профессиональные навыки.

2. При выполнении обязанностей работник в полной мере использует имеющиеся знания и умения для результативного решения поставленной задачи.

3. К обязанностям работника относится старательное и тщательное выполнение указаний руководителя.

4. Работник имеет право отказаться от выполнения служебного распоряжения, которое, по его мнению, представляет собой преступление или грозит потерями (финансовыми и нефинансовыми).

5. Каждый сотрудник обязан сохранять профессиональную тайну как в ходе, так и по завершении работы.

IV. Принцип незлоупотребления полномочиями

1. Имеющиеся полномочия работник может использовать только для достижения целей, для которых данные полномочия были ему делегированы.

2. Работник не должен использовать полномочия для достижения целей, для выполнения которых у него нет правового основания или которые не обоснованы общественными интересами.

V. Принцип беспристрастности и независимости

1. Работник действует беспристрастно, независимо и воздерживается от любых произвольных действий, которые могут иметь негативное влияние на ситуацию отдельных лиц, а также от любых форм фаворитизма, независимо от мотивов такого поведения.

2. На действия работников не должны влиять личные или семейные интересы, а также политическое давление. Работник не может участвовать в принятии решения, в

котором он или кто-то из членов его семьи имели бы какой-либо интерес.

VI. Принцип объективности

1. В процессе принятия решений работник учитывает все существенные факторы и приписывает каждому из них присущее ему значение, не учитывает обстоятельства, не связанные с данным вопросом.

2. Работник выполняет задачи добросовестно и эффективно, в полной мере используя имеющиеся знания и опыт; свои решения и выводы основывает на установленной объективной истине.

VII. Принцип вежливости и эмпатии

1. В своих контактах с жителями Учреждения, их семьями, лицами, посещающими учреждение и коллегами работник ведет себя правильно и вежливо; руководствуется принципом доброты в соответствии с общепринятыми формами вежливости.

2. Работник старается понять и прочувствовать переживания жителей, их чувства, убеждения; в работе к подопечным относится с уважением, теплом и заботой.

3. Работник стремиться быть как можно более полезным, отвечает на обращенные к нему вопросы как можно более полно и точно.

4. Если работник некомпетентен в каком-то вопросе, он передает его подходящему сотруднику.

VIII. Принцип субъективности

1. Работник обязан рассматривать каждого жителя, коллегу, лиц, посещающих Учреждение индивидуально, с уважением их личности и идентичности.

2. Работник обязан уважать права жителей, их достоинство, свободу, частную жизнь и чувство безопасности.

IX. Принцип субсидарности

1. Работники помогают жителям в действиях, ситуациях, с которыми те не в состоянии справиться самостоятельно.

2. Сотрудники активизируют жителей, не выручают их в выполнении действий, которые могут быть выполняться подопечными самостоятельно.

3. Работники побуждают жителей к оказанию взаимной соседской помощи.

4. В группах работников действует принцип взаимопомощи.

X. Принцип взаимной ответственности

1. Работник не боится принимать решения согласно имеющимся полномочиям, а также их последствий.

2. Служебные отношения основываются на общем стремлении к построению доброго имени Учреждения, сотрудничестве, дружбе, взаимоуважении и обмену опытом и знаниями.

3. Любые проявления физического или психологического насилия по отношению к жителям, коллегам должны быть стигматизированы работниками и незамедлительно сообщаться надзорному органу.

4. В случае допущения ошибки, нарушающей права или интересы жителей, коллег и других лиц в Учреждении, работник сообщает об этом факте руководителю. Работник старается исправить негативные последствия совершенной ошибки наиболее подходящим способом.

5. Работник ведет себя достойно на рабочем месте и вне него и своим поведением формирует авторитет и позитивный образ Учреждения социального обслуживания № 1 им. Марии Юхач в Гожуве-Велькопольском.

§ 3

Завершающие положения

1. Работник обязан знать и соблюдать принципы Кодекса.

2. Работник несет дисциплинарную ответственность за нарушение принципов Кодекса.

3. Работники расписываются о том, что ознакомились с Кодексом. ■



СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Карпетченко Наталья,
директор благотворительного фонда «Обнимаю небо» (г. Омск), Россия

Оказание паллиативной помощи является комплексным процессом, направленным на контроль физических симптомов у пациента, а также на решение его социальных, психологических и духовных проблем.



В основе паллиативной помощи лежит междисциплинарный подход, в который вовлекаются сам пациент, его окружение, медицинские работники, психолог, священнослужитель, а также социальный работник. Как правило, при организации работы сервисов паллиативной помощи функционал каждого сотрудника более или менее понятен, кроме такого специалиста, как социальный работник. Данное затруднение можно объяснить тем, что социальная работа появилась в России относительно недавно и включает в себя очень большой перечень направлений, по которому оказывается помощь.

Широкий спектр предоставляемых услуг и не менее широкий перечень должностных обязанностей социальных работников приводит в замешательство как руководителей паллиативных служб, так и других членов команды.

Попробуем разобраться, что есть социальная работа в системе паллиативной помощи.

Согласно утвержденным профессиональным стандартам в социальной работе существуют два вида специалистов: «социальный работник» и «специалист по социальной работе»¹.

¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Социаль-

Основной целью деятельности социального работника является «предоставление социальных услуг клиентам организации социального обслуживания», а деятельность специалиста по социальной работе заключается в «планировании, организации, контроле и реализации социальных услуг и мер социальной поддержки населения». Иначе говоря, специалист по социальной работе – это менеджер при оказании социальных услуг, а социальный работник – это исполнитель социальных услуг.

Оказание социальных услуг для социального работника регламентировано следующим перечнем: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-правовые, социально-экономические, каждая из которых подразумевают выполнение практически неограниченного перечня обязанностей. Таким образом, складывается впечатление, что социальный работник – и чтец, и жнец, и на дуде игрец. На практике же социальная работа сводится к приобретению продуктов и лекарств, уборке жилья, приготовлению пищи для престарелых, а обслуживание паллиативных больных, в том числе пожилых, перекладывается на плечи сиделки и медсестры в силу специфики предоставляемых услуг. Возникает вопрос: какое же место занимает социальный работник в команде паллиативной помощи?

На наш взгляд, в междисциплинарную команду паллиативной помощи должен включаться не социальный работник от 18 ноября 2013 года N 677н, Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 22 октября 2013 года N 571н утверждения профессионального стандарта «Специалист по социальной работе».

альный работник, а специалист по социальной работе, который сможет обеспечить организацию получения социальной помощи пациентом, не заменяя функции сиделки или медицинской сестры. Специалист по социальной работе в паллиативе призван выявлять и анализировать потребности в социальной помощи, организовывать и контролировать ее исполнение и получение.

Пожалуй, самая важная функция специалиста по социальной работе – это сопровождение. В зарубежной практике для обозначения этой категории иногда применяется понятие «опекунство». При получении нового статуса паллиативный пациент и его родственники, как правило, впервые сталкиваются с вопросами ухода, оформлением документов, обращением в специальные службы и, несомненно, нуждаются в сопровождении.

Не забывая о деликатности и автономии пациента, специалист по социальной работе предоставляет сопровождение в следующих случаях:

- при оформлении документов на выплаты, пенсии, льготы, документов по месту работы или учебы;
- при назначении и выдачи технических средств реабилитации и ухода;
- при адаптации жилого пространства к новым возникшим потребностям;
- при обращении в благотворительные, волонтерские организации;
- при взаимодействии с различными структурами и органами власти;
- при организации похорон.

Специалист по социальной работе должен быть коммуникативным человеком, быстро адаптироваться к меняющейся ситуации и обладать организаторскими способностями. В ситуации оказания паллиативной помощи родственники больного, да и сам пациент нуждаются в поддержке не только моральной, но и функциональной. От того, как быстро и четко специалист организует взаимодействие всех членов паллиативной команды, включая родственников, зависит, насколько эффективно будет оказана помощь больному. Как показывает практика, первоначально установить доверительные отношения специалисту по социальной работе проще, чем медицинскому

работнику или даже психологу. Отношение к врачам, которые «не оправдали надежды пациента на излечение», к психологам, которые «работают только с ненормальными», ставит некую преграду в общении, в то время как специалист по социальной работе находит точки сближения через непосредственное вовлечение семьи и больного в совместную деятельность, направленную на заботу о пациенте.

Имея организаторский опыт, специалист по социальной работе может быть руководителем практически в любой структуре паллиативной помощи. Согласно стандартам обучения, такой специалист, получив высшее образование и соответствующие знания, может ориентироваться в медицинской тематике, применять на опыте психологические техники, использовать право социального обеспечения в интересах паллиативных пациентов.

Однако размытость понятий о функционале социальных работников и специалистов по социальной работе на сегодняшний день привела к тому, что большинство людей не понимают сути социальной работы в паллиативе. Нельзя сводить социальную работу только к непосредственному исполнению индивидуальной программы реабилитации и назначению пенсии и, тем

более, только к уходовым процедурам. По факту сейчас социальная работа в паллиативных отделениях и хосписах нашей страны сведена к минимуму, а именно оформлению документов для захоронения пациентов, не имеющих родственников, и реже – по восстановлению паспорта больного. Из-за низкой оплаты труда вакансия социального работника или специалиста почти всегда открыта, а исполнение вышеуказанного минимума функций возложено на медицинских сестер. Считаем, что возможности социальной работы в паллиативе практически не используются либо крайне искажаются.

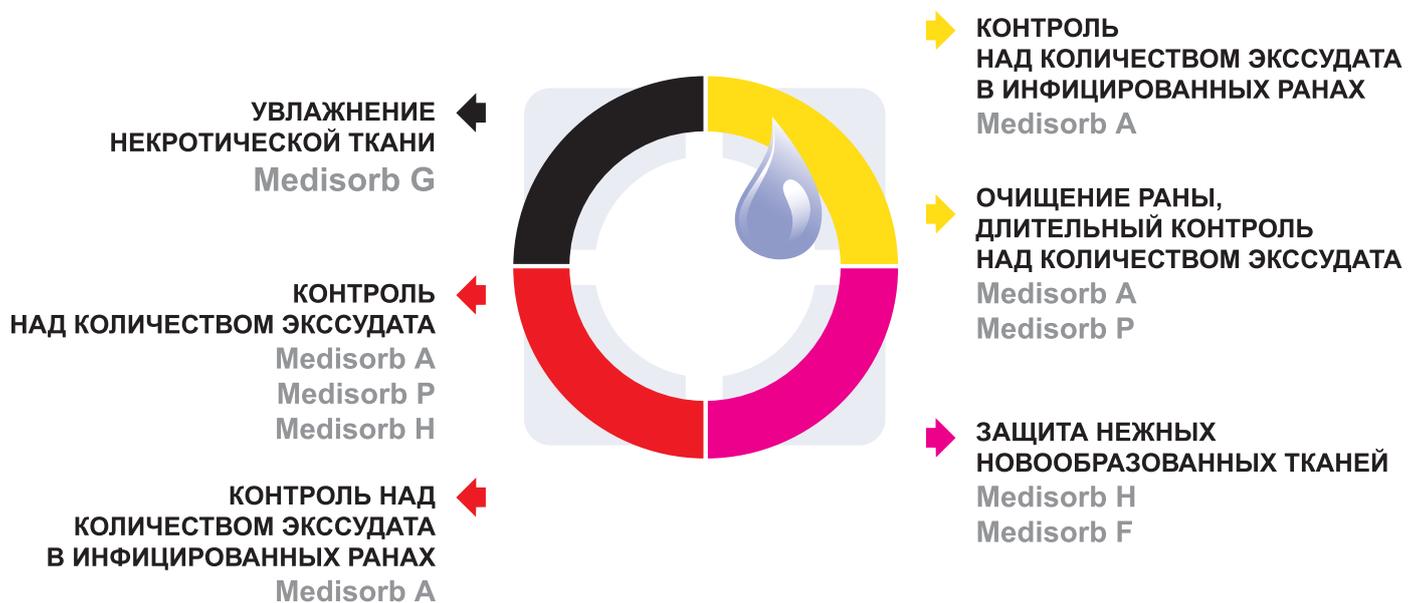
Возможно, взгляд на специалиста по социальной работе как связующее звено между пациентом, его родственниками, медицинскими специалистами, психологом, священнослужителем и профильными учреждениями, ведомствами позволит более эффективно организовать паллиативную помощь в каждом конкретном случае. Для этого необходимо переосмыслить функционал социальной работы, повысить ценность специалиста по социальной работе, привлекать в службу паллиативной помощи квалифицированных специалистов по социальной работе, не бояться им доверять. ■





СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОВЯЗКИ
ЭФФЕКТИВНЫ НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАН

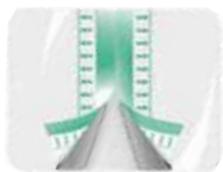
Medisorb



СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН



Medisorb A



Medisorb F



Medisorb G



Medisorb H



Medisorb P



Реклама. Соответствие подтверждено.

г. Москва и МО, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
Тел: +7 (495) 726-55-25

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
Тел.: +7 (343) 383-60-83

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
Тел.: +7 (831) 220-14-30

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
Тел: +7(812) 676-00-66

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
Тел.: +7 (383) 373-18-01

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла-Дон»
Тел.: +7 (863) 203-74-74

www.matopat.ru • www.na-rany.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ

Фролков Виталий,

врач приемного отделения ГКБ № 21 г. Донецк

Группа весьма разнородная, т.к. здесь соседствуют и больные с явным болевым синдромом и те, кто нуждаются в водных диуретиках по причине развития тяжёлой сердечной недостаточности в сочетании с низким уровнем натрия в крови.

Из тех, кто должен оказывать помощь таким людям, в первую очередь хотелось бы назвать специалистов мультидисциплинарной выездной бригады, но это скорее исключение из правил. В реальности речь идёт о родственниках тяжелобольных, знакомых, соседях, в отдельных случаях – представителях соцслужб. Семья как идеальное окружение представляется общностью весьма неоднородной. Соответственно, нет и однотипных моделей во взаимодействии с пациентом, который может быть разным. Там, где по медико-социальным причинам не остается возможности для амбулаторного наблюдения, приходит на помощь отделение по оказанию паллиативной и хосписной помощи.

По данным донецкого хосписного отделения (название неверное, но так закреплено юридически), в феврале 2014 г. наблюдались 30 пациентов. На двух пациентов с ограниченной способностью к самообслуживанию приходилось пять родственников, в основном это были супруги пациентов, дети и их жёны / мужья (64.4 %), из них работающих – 73.84 %. Всего пациентов с онкопатологией – 19 человек (63.3 %), состоянием после инсульта – 6 (20 %), с другими заболеваниями – 5 (16.7 %); повторно госпитализированных – 12 (40 %), на них приходилось 75.41 % от общего количества койко-дней, отмечалась большая потребность больных в посторонней помощи, преобладали женщины более старшей возрастной группы с меньшим количеством родственных связей

По статистике, до 90 % пациентов с ограниченным прогнозом жизни могут получать помощь в домашних условиях. Данные о нуждающихся могут варьировать, т.к. подходы к расчётам могут отличаться, но ориентировочно это около 60 % умерших по итогам прошедшего года, из которых порядка двух третей – это пациенты с заболеваниями терапевтического профиля, остальные – с онкопатологией.



и большей встречаемостью постинсультного состояния. Умерших – 7 человек (23.3 %). Средний возраст наблюдавшихся составил 66.3 года. Полученные данные были характерными для достаточно длительного предшествующего периода. Соответственно, и потребности со стороны родственников были разными.

Пациенты со слабыми родственными связями, наделённые многими хроническими заболеваниями, часто оказываются «балластом», и есть тенденция избавиться от пациента, определив его в стационар. Некоторые подобные примеры носят трагический характер. Так, стабильный пациент с компенсированной кардиальной патологией, сахарным диабетом, перенесший ампутацию нижней конечности и находившийся в палате в течение

нескольких месяцев, вдруг почувствовал себя плохо во время завтрака. Несмотря на синюшность губ и возникшую заторможенность, консультантом-оториноларингологом была исключена асфиксия, а заодно и острое нарушение мозгового кровообращения при участии невролога. Электрокардиограмма была без особенностей, но по результатам вскрытия больной погиб от острейшего инфаркта миокарда с развитием тампонады. В результате расспроса соседней оказалась, что накануне племянником было отказано в возвращении домой по причине безвозвратного использования жилплощади. Оказывается, что «разрыв сердца от горя» – это не только фигура речи.

При наличии многочисленного окружения, меньших сроков заболевания с ограничением способ-

ности к самообслуживанию, как правило, речь идёт о проведении достаточно интенсивного курса лечения, чтобы пациент мог продолжить наблюдение в домашних условиях. Если это невозможно, то скорее по медицинским показаниям. Памятна история пациентки со злокачественным новообразованием кожи головы, переставшей отвечать на специальное лечение, в связи с чем область поражения угрожающе расплзалась, и больная нуждалась в регулярных перевязках. Безусловно, основная помощь исходила от медицинского персонала. При этом женщина, мать троих детей, была окружена заботой и вниманием близких.

В ряде случаев даже тот человек, которого посещают родственники, может оказаться в критический момент в одиночестве, и роль сотрудников в этот момент трудно переоценить. Когда я пребывал на курсах в родственном отделении, мне довелось курировать палату с двумя онкологическими пациентками. Одна из женщин была более закрыта в общении, но при этом, судя по брошенной однажды реплике, нуждалась во внимании никак не меньше. Спустя время, когда болезнь прогрессировала и больная была в состоянии спутанного состояния, уходя из палаты, я проходил мимо неё. Это сложно передать, но все свои невысказанные чувства она последним волевым усилием выразила в едва заметном движении века. Я задержался и присел, взяв её за руку. Тут же дыхание нарушилось, и через несколько минут агонии всё было кончено.

Бывает и так, что общение с пациентом и его семьёй не ограничивается только стенами стационара. Запущенная форма болезни, точнее, множественная коморбидность проявляется весьма упорными симптомами и причудливыми индивидуальными особенностями, когда участковому врачу без опыта длительного, в т.ч. круглосуточного наблюдения за больным сложно прочувствовать всю ситуацию. Подобная казуистика уводит в мистицизм, и даже складывается впечатление, что болезнь живёт своей жизнью, ставя своей целью причинить максимальное страдание, и в тот момент, когда силы пациента на исходе, даёт паузу, и даже лабораторные показатели, которым не положено быстро измениться, приходят в норму. Скорее всего, без священника здесь не обойтись.

При оказании паллиативной помощи велика роль психолога. Не только пациенту нужно помочь пройти положенные стадии отрицания, агрессии, торга, депрессии и принятия, дав пример близким, как это может быть, без боли и страдания, с умиротворением на лице. Родственникам в свою очередь тоже нужно пережить свои этапы: шок и отрицание, затем – боль и ощущение вины, после которых следуют гнев, горечь и разочарование, и в завершение – принятие ситуации и ощущение облегчения. На одном из тренингов коллега поделилась переживаниями по поводу смерти отца, ушедшего в рассвете сил. Хочется верить, что предложенная формулировка «молния бьёт в самое высокое дерево» могла

подтолкнуть к новым размышлениям и приблизить примирение с утратой. Согласно статистике, заболеваемость и смертность среди родственников умершего человека на этапе горевания увеличивается минимум на 40 %. При этом, по данным И.Р. Кужель, только 150 из 407 родственников инкурабельных онкобольных готовы к конструктивному сотрудничеству по психодиагностике.

Совершенно особым образом складывается ситуация в зоне вооружённого конфликта, особенно если паллиативное отделение оказывается в непосредственной близости от зоны ведения боевых действий. Меняется состав больных, уменьшается поступление онкологических пациентов, частично люди выписываются в другие лечебные учреждения, возрастает летальность. Среди тех пациентов, которые остаются, увеличивается удельный вес находящихся по социальным показаниям, что усиливается отдельными новыми госпитализациями. По городу резко возрастает число брошенных на произвол обездоленных людей, появляются данные о случаях голодной смерти. Те родственники, которые остаются, не всегда готовы провести в отделении близкого человека по причине регулярно возникающих артиллерийских обстрелов, в связи с чем сотрудники могут принимать передачи на условно безопасной территории.

Война обостряет многие противоречия, усиливает контраст. Можно сказать, что отделение становится для больных вторым домом, и уже при помощи неравнодушных людей удаётся обеспечить их продуктами, медикаментами, средствами ухода, и то, что ещё вчера казалось недостаточным, в текущий момент оказывается подарком. Потребности суживаются, но желание быть частью семьи остается неизменным, и этой семьёй становятся такие же пациенты, с которыми плечо к плечу переносятся все тяготы. И лишнее подтверждение этого в том, как встречаются больные, разделённые в процессе эвакуации всего на несколько дней, потому что без семьи никак нельзя. ■



«ЛЕЧИТЕ ДУШУ ОЩУЩЕНИЯМИ»

Надо знать этот великий секрет жизни: лечите душу ощущениями [8].
(Оскар Уайльд)

Александрова Ольга Викторовна,
психолог АНО «Детский хоспис», к.пс. наук, Россия

И порой прикладываются немислимые усилия для достижения ощущения удовлетворенности от жизни. Так, состояние гармонии становится одной из важных современных ценностей. Человек включается в гонку за положительными эмоциями, яркими впечатлениями, то есть всем тем, что способно украсить собственное существование.

Но желает ли каждый из нас с тем же рвением облегчения бремени страждущего человека и проявления заботы о нем? Конечно, став свидетелем чужого горя или проблем, мы хотели бы для пострадавшего только хорошего, не желая усугублять его беды. Но в действительности мы редко задаемся вопросом: умеем ли мы помогать, разделять чужие страдания и, что немаловажно, готовы ли мы на это? Ведь истинная сопричастность людям, попавшим в тяжелую жизненную ситуацию, – это труд, требующий значительных душевных ресурсов, эмоциональной самоотдачи. И здесь важно понимать, почему некоторые наши действия, казалось бы, направленные во благо, могут иметь обратный эффект.

Встреча двух людей – это встреча двух химических элементов. Реакция может и не произойти, но если произойдет — изменяются оба [13].
(К.Г. Юнг)

Проявляя искреннее участие в жизни другого человека, мы можем чувствовать, как меняется что-то внутри нас, как зарождается нечто важное, глубокое, возвышающее нас над самим собой. Так мы развиваемся в сторону человечности.

И если принять во внимание тот факт, что мир словно соткан невидимыми нитями и все взаимосвязано, то стоит признать, что забота о другом человеке является в некото-

Боль – неотъемлемая часть жизни. Мы приходим в этот мир через боль и уходим в конце жизни «в небытие», испытывая ее. Но, человек, как правило, всю свою сознательную жизнь стремится контролировать болевые симптомы, желая снизить душевный и физический дискомфорт.



рой степени и заботой о своем «Я», своей душе. Таким образом, присутствуя в жизни другого человека, мы меняем себя, преобразовываем собственную действительность.

Если ты не можешь вылечить, то хотя бы облегчи страдания больного, если не можешь облегчить, то раздели их... [2].

В какой помощи нуждаются люди, столкнувшиеся в своей жизни со страшным испытанием, связанным с тяжелой болезнью ребенка, страхом его утраты или смертью?

Крушение планов и надежд на будущее, невозможность жить как прежде становятся постоянными спутниками этих семей. Поддержи-

вающие же отношения, наполненные теплотой и принятием, будут являться для них ценными ресурсами и представлять собой терапию «присутствием». Это придаст опоры и умножит жизненные силы, позволяя «...выдерживать невзгоды ненадежного окружающего мира... гнуться, но не ломаться под сильными ветрами и сохранять равновесие и оставаться на поверхности, не погружаясь в зыбучие пески, куда жизнь стремится нас затянуть» [12].

Сами родственники делятся своими историями на тему поддержки, озаряя своей искренностью путь тем, кто по долгу службы или душевному порыву оказался рядом с теми, кто сейчас переживает, возможно, самый трудный период в своей жизни:



В.И. (бабушка):

«...определенное осознание, смирение, понимание ситуации я нашла в хосписе – среди подобных себе. В хосписе меня отпустило. Уже много было разговоров о детях, их родителях, борьбе родителей за жизнь детей и, как ни странно звучит, предательства родителей – единичные случаи, в основном со стороны пап. Но у нас исключение: со стороны мамы и маминой мамы. Я понимала, что нужно учиться с этим жить. И снова мне помогала атмосфера хосписа. Что-то неуловимое я чувствовала здесь, это **неуловимое** я до сих пор не могу кому-то объяснить, себе не могу...»

Ольга А. (мама):

«...налаженный быт – это одна из сторон поддержки. Ведь большинство мам с больными детьми много и не просят, да им и не надо. На первом месте – здоровье и комфорт ребенка. У таких мам сознание и восприятие окружающего очень сильно меняются. Они

менее требовательны к быту, но требовательны к врачам, поскольку им нужна их помощь, они борются за жизнь своего ребенка (видимо, где-то и инстинкт срабатывает). Ведь зачастую мама с ребенком и болезнью – остаются один на один. И так хочется помощи, но медицина не всесильна, и врачи тоже люди, которые могут ошибаться...»

Следующая история – о том, как важны в нашей жизни простые вещи. И неважно, на каком языке говорит тот, кто проявляет участие. Ценность представляют милосердие и способность искренне включаться в жизнь другого человека, пусть даже на миг. Не существует «маленькой» помощи. Любой добрый поступок – бесценен.

Ольга К. (мама):

««Мама, а почему в Голландии обо мне знают, а в России – нет?» – такой вопрос мне задал 9-летний сын, когда из палаты вышли две милые девушки-волонтеры. Они не говорили совершенно по-русски, просто деликатно постучали в дверь, вошли в палату и очень трогательно передали прикованному к постели мальчику открытку, шарики и что-то там ещё вроде карандашей и альбома для рисования. Сын раскрыл открытку и прочитал своё имя, написанное с ошибками, и какие-то слова поддержки и пожелания выздоровления, а дальше были подписи на иностранном языке, много подписей, сделанные разными руками. Именно эта открытка очень тронула его, убитого на тот момент обидой за все те непонятно откуда свалившиеся на него страдания. Он думал, что весь мир бросил его и возненавидел. И вдруг он

увидел доказательство того, что кто-то знает о его боли, сочувствует ему, желает поддержать. Для него словно снова открылось окно в мир! ...эти девочки-волонтеры через пару дней снова так же постучали в дверь и предложили... пиццу. Мой сын когда-то попробовал пиццу, и она ему так не понравилась, что больше никогда даже не смотрел в её сторону, поэтому я взяла лишь один кусочек. К моему удивлению, сын попросил откусить разок, а потом с удовольствием съел весь кусок пиццы и пожурил меня, что отказалась взять больше. Я была так счастлива и благодарна этим девушкам-волонтерам, ведь ребёнок уже давно очень плохо кушал, его еле удавалось уговорить хоть что-то съесть, а тут вдруг с таким удовольствием, да ещё и ранее совсем не любимое! Все было просто на самом деле: он им поверил!

Прошло много лет, но я помню тех голландских девушек-волонтеров и благодарна им».

Почему-то порой кажется уместным молчать о том, что в действительности так очевидно бросается в глаза. Игнорируя действительность, мы попросту притворяемся, что влечет за собой психологическую изоляцию собеседника. В ответ на наше лукавство страждущий никогда не раскроет своей потребности вести себя так, как чувствует. Но великим облегчением будет для него знание о том, что рядом есть те, кто способны выдержать его в любых эмоциональных проявлениях, даже если в своих собственных глазах, его поведение кажется малоприятным.

В литературе можно встретить метафору, которая ярко иллюстрирует картину избегания при взаимо-



действию с человеком, переживающим несчастье:

Представьте, что вы в гостях. И вдруг вы видите, что в углу комнаты стоит огромный слон. Каждый из присутствующих понимает, что он там стоит, но никто не решается говорить о нем напрямую, словно его здесь нет.

Согласитесь, это напоминает сцену из театра абсурда.

Но каждый из нас может попытаться стать для переживаний другого своего рода надежным «вместительством» и, как «утроба матери», защищать его израненное сердце от боли... Это поддержит его на пути к достижению душевной крепости, чтобы спустя время устремиться вперед, жить дальше.

Итак:

Принятие другого человека в кризисной для него ситуации таким, каков он есть, со всей его печалью, эмоциональной нестабильностью, страхами – бесценно для его духовного восстановления и роста. Это позволяет сэкономить силы и энергию, не прячась под вымученной улыбкой, скрывая свои истинные чувства, не беспокоиться о мнении окружающих.

И при оказании поддержки активное продвижение страждущего в его «работе горя» не должно становиться самоцелью. Когда мы потираем человека к тому, чтобы он поскорее достиг завершающего этапа в этом процессе – погоревал и вернулся к обычной жизни, мы транслируем ему нашу неспособность переносить его боль. Ведь если он в порядке, это снимает с нас значительное обременение, избавляет от дополнительного напряжения. Тяготы же, выпавшие на долю человека, часто воспринимаются как несправедливые и могут вызывать обиду на Судьбу. И отчужденность окружающих на эмоциональном и поведенческом уровнях будет только усиливать его духовную изоляцию.

И в заключение хочется пожелать:

Будьте внимательным к состоянию ближнего, неважно, окрашено оно позитивными или негативными красками. Будьте человечны, будьте терпимы! Ведь человек устроен так, что ему как для счастья, так и в ситуации горевания нужен другой близкий, без принимающего и



искреннего отношения которого, справиться с собственными «душевыми омутами» порой не представляется возможным...

«...не существует залитых солнцем лугов и уютных уголков для безмятежного сна: есть душевные омуты, где большую часть жизни и пребывает наша природная сущность и где зарождаются многие значимые события нашей жизни. Именно в этих омутах формируется и крепнет душа, именно в них мы сталкиваемся не только с тяготами жизни, но и с ее достоинством, и ее глубочайшим смыслом» [11].

Д. Холлис

Литература:

1. Белинская Е.П., Сангова С. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8. – № 42. – С. 8. URL : <http://psystudy.ru> (дата обращения : 07.6.2016).
2. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб. : Речь, 2002. – 237 с.
3. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании. – Киев : София, 2001. – 320 с.
4. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом : прикладная логотерапия / Лэнгле Альфред ; пер.с нем. А. Боровиков [и др.]. – М. : Генезис, 2004. – [Электронный ресурс]. – URL : [\[libra.ru/read/253998-zhizn-napolnennaya-smyslom.-prikladnaya-logoterapiya.html\]\(http://libra.ru/read/253998-zhizn-napolnennaya-smyslom.-prikladnaya-logoterapiya.html\) \(дата обращения : 06.11.2014\).](http://e-

</div>
<div data-bbox=)

5. Мазурова, Н.В. Особенности адаптации родителей к болезни ребенка // Социальная педиатрия и организация здравоохранения. – 2013в. – № 5. – С. 50–56.

6. Никольская, И.М., Грановская, Р.М. Психология веры как основа кризисной психологической помощи в совладании с переживанием утраты // Вестник психотерапии. – 2014. – № 49 (54). – С. 39–48.

7. Паллиативная помощь детям. – СПб. : Типография Михаила Фурсова, 2014. – 52 с.

8. Уайльд, О. Портрет Дориана Грея / Оскар Уайльд ; [пер. с англ. В.В. Чухно]. – М. : Эксмо, 2013. – 352 с.

9. Психология семьи и больной ребенок : учебное пособие ; хрестоматия. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.

10. Роджерс, К. Р. Клиентоцентрированная психотерапия. – М. : Рефл-бук, 1993.

11. Холлис, Д. Душевные омуты. – М. : Когито-центр, 2010. – 192 с.

12. Чепик, Ю.И. Семья тяжелобольного ребенка: проблемы психодиагностики и опыт изучения родительской подсистемы // Адукацыя і Выхаванне. – 2013б. – № 10. – С. 85–90.

13. Юнг, К.Г. Проблемы души нашего времени / предисл. А.В. Бруштинского. – М. : Прогресс-Универс, 1996. – 329 с.

14. Carver, C.S. On the self-regulation of behavior / C.S. Carver, M.F. Scheier. – New York : Cambridge University Press, 1998. ■

АССОЦИАЦИЯ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ: КАК ЖИВЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО

29–30 декабря в Москве проходила III Ежегодная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», организованная Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи совместно с Минздравом России и Первым МГМУ им. Сеченова. Конференция входила в план научно-практических мероприятий Минздрава РФ и стала своеобразным итоговым рубежом, продемонстрировав успехи в работе профессионального сообщества специалистов по паллиативной помощи за два года его существования. О работе и достижениях Ассоциации хосписной помощи рассказала председатель правления, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения РФ Диана Владимировна Невзорова.



Диана Невзорова и президент Российской ассоциации медицинских сестер Валентина Саркисова



Участницы I Ежегодной конференции с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», октябрь 2015



Основательница Первого московского хосписа Вера Васильевна Миллионщикова с участниками одной из первых конференций

Впервые Ассоциация была представлена в октябре 2014 года на конференции, которую проводили Первый московский хоспис и фонд «Вера» в Москве. Тогда ее членами стали 200 человек, и уже в апреле 2015-го Ассоциация начала полноценную деятельность. Объединение профессионального сообщества вокруг Первого московского хосписа началось практически

с первых лет его существования, когда Вера Васильевна Миллионщикова (основатель и главный врач Первого московского хосписа) проводила в нем ежегодные образовательные встречи для обмена опытом и обсуждения актуальных вопросов. Тогда на них собирались по 20-30 человек, и проходили они в небольшом конференц-зале хосписа. Мы продолжаем традиции, заложенные в то время.

Чем живут регионы?

Основная задача Ассоциации – проведение образовательных мероприятий с целью повышения уровня профессиональной подготовки сотрудников паллиативных и хосписных служб в России. С этой целью с 2016 года совместно с Минздравом в регионах РФ проводятся паллиативные образовательные форумы. За два года в них приняли участие более 5000 человек, среди которых – главные внештатные специалисты, врачи по паллиативной медицинской помощи и лечебных специальностей (терапевты, педиатры, онкологи, реаниматологи и др.). В следующем году планируется провести подобные обучающие мероприятия



С коллегами из Челябинска на Втором образовательном паллиативном медицинском форуме, май 2017



Первый образовательный паллиативный медицинский форум в СКФО, Ставрополь, октябрь 2016

в Иркутске, Саранске, Воронеже и Владикавказе.

Специалистам в регионах форумы позволяют поделиться с коллегами наработанным опытом, обсудить злободневные проблемы и пути их решения, поэтому и спрос большой. Нам постоянно звонят, пишут, просят: «Приезжайте, мы все организуем, только привезите специалистов. Очень не хватает знаний».

Форумы – это еще и отличная возможность увидеть своими глазами, что происходит на местах. В рамках всех наших выездных мероприятий проходят посещения хосписов и медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь как взрослым, так и детям, рабочей группой Ассоциации в составе главных внештатных специалистов субъектов. Так мы можем увидеть реальную картину развития паллиативной помощи в отдельных субъектах. Особое внимание уделяется оценке доступности обезболивания.

Сухие факты статистики не всегда в полной мере отражают действительность. Например, если посмотреть отчеты о количестве паллиативных коек, показатели Северо-Кавказского федерального округа – одни из самых низких по стране. Но тут нужно учесть, что в этом регионе просто не принято отдавать своих престарелых родственников под опеку госучреждений. Кстати сказать, уровень потребления сильнодействующих опиоидных обезболивающих здесь очень высокий, а это один из важ-

нейших показателей развития паллиативной помощи.

Еще один несомненный плюс форумов – сотрудничество с медицинскими образовательными учреждениями и привлечение их студентов в качестве слушателей и волонтеров. Это очень важно. В идеале – и об этом свидетельствует международный опыт – все студенты-медики должны прослушать курс по паллиативной помощи, ведь с пациентами, нуждающимися в оказании паллиативной помощи, может столкнуться врач любой специальности. На форумах ребята впитывают паллиативный дух, проникаются самой идеей пациентоориентированной медицины. В результате некоторые уже сейчас планируют в дальнейшем работать с неизлечимыми пациентами.

Королевы паллиативной помощи

Отдельный фронт работ – обучение сестринского персонала. Медсестрам в паллиативной помощи отводится особая роль. Как говорит наш эксперт Ольга Николаевна Выговская, медсестры – королевы паллиативной помощи. От их квалификации во многом зависит качество оказания помощи тяжелобольным пациентам. К сожалению – и это отмечают участники наших конференций – в России пока мало качественных образовательных мероприятий для младшего и среднего медицинского персонала. Именно поэтому мы начали проводить ежегодную сестринскую конференцию «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи». В этом году она прошла уже в третий раз. За два



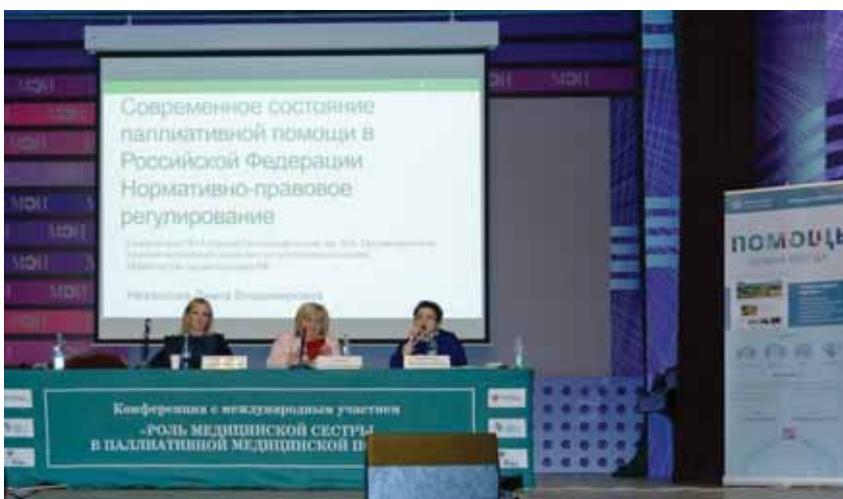
Волонтеры Кемеровского медицинского колледжа на паллиативном форуме, сентябрь 2017



В Медицинском симуляционном центре Боткинской больницы



Сестринская конференция – Мастер-класс по использованию вспомогательных средств ухода за детьми с двигательными нарушениями



Конференция с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной медицинской помощи», октябрь 2016

года участниками конференции стали 1500 человек из разных регионов нашей страны. В прошлом году мы заключили партнерское соглашение с Российской ассоциацией медицинских сестер России. Следующую сестринскую конференцию планируется провести совместно с РАМС в Санкт-Петербурге.

Конечно, программа сестринских конференций отличается от врачебных. Здесь больше практических мастер-классов по навыкам ухода, безопасному перемещению и позиционированию пациентов, использованию средств ухода. Вот, например, только ряд тем конференции этого года: «Положение больного в постели при сердечно-легочной недостаточности и болевом синдроме»; «Уход за трахеостомой, урологическим катетером, венозной порт-системой»; «Профилактика пролежней»; «Жизнь пациента с гастростомой»; «Дифференцированный подход к выбору средств ухода за стомированными пациентами»; «Шкалы оценки состояния пациента».

Что посеешь...

Итовым и наиболее масштабным проектом Ассоциации является ежегодная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям». В этом году она также проводилась уже третий раз. Это серьезное и важное мероприятие, значимость которого признают и наши зарубежные коллеги.

Так, по словам одного из наших постоянных спикеров, координатора образовательных программ по паллиативной помощи центра Macmillan (Великобритания) Брюса Клеминсона, на конференциях слушатели могут узнать, какой должна быть качественная паллиативная помощь: «На этих конференциях мы говорим о вещах, которые, как семена, обязательно дадут свои всходы. Я помню время, когда применение морфина в вашей стране казалось чем-то невозможным, и вот вы уже говорите о появлении коротких форм в таблетках. Это огромное достижение... Конечно, одна конференция не может в корне изменить ситуацию, но участники из регионов, обучившись правильно использовать препараты, начав

это делать у себя, смогут поделиться опытом с другими энтузиастами. Так знания будут разрастаться».

В этом году участниками конференции стали 478 человек. Мероприятие собрало ведущих специалистов по оказанию помощи взрослым и детям с неизлечимыми заболеваниями из России, Великобритании, США, Израиля и Чехии. Наша страна была представлена экспертами из Москвы, Новосибирска, Санкт-Петербурга, Самары, Челябинска и Ярославля. Участие приняли заместитель директора департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Эльмира Камильевна Вергазова, медицинский консультант по паллиативной помощи штаб-квартиры ВОЗ Эрик Кракауэр (Eric Lewis Krakauer), координатор ВОЗ в РФ Елена Дмитриевна Юрасова.

Мы постарались сделать программу максимально разнообразной и интересной, особенно в части практических мастер-классов. В итоге участники «жаловались», что им буквально приходится разрываться на части, чтобы успеть поучаствовать во всех понравившихся секциях.

Примечательно, что в этом году среди зарегистрированных участников конференции 200 администраторов здравоохранения. Это значит, что представители органов исполнительной власти также осознали важность оказания паллиативной помощи. Это не может не радовать, ведь от них во многом зависит развитие данного вида помощи на местах.

Нужно налаживать взаимодействие

Одна из задач Ассоциации – подготовка клинических и методических рекомендаций, участие в разработке нормативных актов и других документов, регламентирующих оказание паллиативной помощи. В рамках конференции этого года были утверждены клинические рекомендации «Нутритивная поддержка и регидратационная терапия у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи». Ранее по нашей инициативе экспертными группами были



Спикеры II Ежегодной конференции с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», октябрь 2016

подготовлены, разработаны и утверждены клинические рекомендации по фармакотерапии персистирующей боли, обезболиванию взрослых и детей, методические рекомендации по ИВЛ на дому.

К разработке регламентов привлекаем ведущих специалистов, в том числе из органов государственной власти. Ассоциация приняла участие в разработке профстандарта «Сиделка» в сотрудничестве с Министерством труда и социальной защиты РФ.

Вообще, паллиативная помощь подразумевает мультидисциплинарный подход. Поэтому налаживать взаимодействие приходится со многими структурами. Отличный пример такого взаимодействия – проведение профильной комиссии по паллиативной помощи Минздрава и заседания круглого стола на тему «Проблемы законодательного регулирования и финансирования паллиативной помощи в России» совместно с Комитетом Государ-

ственной Думы по охране здоровья, которые прошли 1 декабря 2017 года. Итогом этой совместной работы должно стать внесение необходимых изменений в законодательство. А изменить нужно многое: расширить существующее на сегодняшний день в российском законодательстве понятие «паллиативная помощь», дополнив его оказанием психологической, юридической, социальной помощи, внести в Порядок оказания паллиативной помощи возможность ее получения в дневных стационарах, определить перечень неких критериев или признаков нуждаемости пациентов в паллиативной медицинской помощи, разработать профстандарт врача по паллиативной помощи, определить порядок межведомственного взаимодействия при оказании больным медицинских и социальных услуг.

Словом, сделать предстоит еще очень много, так что на достигнутом мы не останавливаемся. ■



seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



Дышащий внешний слой

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



Нейтрализация неприятного запаха

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



Эластомерная пряжа без латекса

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



Повышенное чувство сухости

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



Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор
в зависимости от индивидуальных потребностей.



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.