

ФОРУМ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

ежеквартальный журнал №1 (5)

март 2015



БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Лечение
Забота и уход

Специализация: рекламное СМИ. 16+

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

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



Широкий ассортимент
впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор
в зависимости от индивидуальных потребностей.



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Учредитель:

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

Юридический адрес:

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

Редакция:

главный редактор К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а,
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 г.
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Тираж 1100 экз.

Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии

ООО «Издательство «Перо»
109052, г. Москва,
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 1 (5), март 2015

Подписано в печать 20.03.2015

Выход в свет 24.03.2015

Использованы статьи из журнала
«МЕДИ: ФОРУМ ДОЛГОСРОЧНОЙ
ОПЕКИ» Общества долгосрочной
опеки и социальной помощи
«Дом под солнцем»
согласно лицензионному договору

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

Дорогие друзья!

Рады приветствовать вас в новом, 2015 году!
Рады, что, несмотря на экономический кризис, компания ООО «БЕЛЛА Восток» продолжает выпускать журнал, на страницах которого специалисты в области ухода могут обмениваться опытом.

В этом номере вы найдете статьи, посвященные лечению людей, страдающих деменцией и болезнью Альцгеймера, и уходу за ними. Надеемся, что опыт коллег поможет вам в ежедневной работе.

Например, людей, занимающихся уходом за пожилыми, может заинтересовать статья о том, как работать с трудными пожилыми и сохранить свою работоспособность, а сотрудникам паллиативной помощи будет полезна статья об общении с неизлечимым больным.

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает огромную благодарность авторам статей.

Приглашаем новых авторов поделиться своим опытом.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

Лечение

- 6 Берцевич М.
Болезнь Альцгеймера
- 9 Лещиньска С., Журавська Э.
Лечебные процедуры для пациентов с болезнью Альцгеймера на разных стадиях заболевания
- 12 Гузанова Е. В.
Снижение когнитивных функций в пожилом возрасте – норма или патология?
- 14 Шофилд П.
Проблема лечения хронической боли у пациентов находящихся в учреждениях по уходу с точки зрения европейской перспективы
- 16 Выговская О. Н.
Немедикаментозное лечение деменции
- 18 Вальден-Галушко К.
Проблема боли у лиц с психическими нарушениями

Забота и уход

- 19 Дезенфант К.
Поддержка пожилых людей и уход за ними в жилищных общинах в Германии
- 21 Парновский Т.
Хорошие практики в уходе за пациентами со слабоумием
- 23 Колганова В. В.
Пациенты с болезнью Альцгеймера в Колычевском психоневрологическом интернате
- 26 Малишевска М.
С недержанием мочи можно бороться

Психология ухода

- 29 Смроковска-Рейчман А.
«Токсичный» пожилой человек в практике ухода
- 34 Коланский А.
Терапевтический зимний сад как место лечения и отдыха
- 36 Парфенова Т. В.
Общение с неизлечимыми тяжелобольными. Как это делать хорошо?

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки
влажные
10/80 шт.

Салфетки sensitive
влажные
для особо чувствительной кожи
68 шт.



Лосьон
для тела
моющий, pH 5
500 мл



Пенка
для мытья
и ухода за телом
250/500 мл



Крем
для тела
моющий, 3 в 1
950 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

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА – РАСПРОСТРАНЕННАЯ БОЛЕЗНЬ СЛАБОУМИЯ

Моника Берцевич,

кафедра и клиника гериатрии Университета Николая Коперника в Торунь, медицинский факультет в Быдгощи (Польша)

Синдромы слабоумия являются одной из наиважнейших проблем, связанных со здоровьем людей пожилого возраста. В гериатрии они классифицируются как так называемые большие геронтологические проблемы, неся за собой не только чисто медицинский аспект, но также социальный и экономический аспекты. Слабоумие неоднократно становится правовой причиной помещения пожилого лица в специальное учреждение по уходу из-за прогресса болезни и необходимости предоставления постоянного ухода.



©PressFoto/korionov

Наиболее распространенной формой слабоумия, выявляемого в популяции лиц старше 65 лет, является слабоумие альцгеймеровского типа (около 50 % всех случаев слабоумия). Неоспоримая частота проявления слабоумия возрастает с возрастом, о чем свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, связанных с этой тематикой. Из европейских статистик следует, что если синдром слабоумия наблюдается у 0,7 % 62-летних лиц, то после 85-го года жизни он касается 20–50 %, а у столетних этот процент достигает даже 60 %. Считается, что показатель распространения слабоумия удваивается за каждые 5 лет до примерно 94-го года жизни.

Слабоумие (лат. *dementia*) в соответствии с IGERO (Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i

Leczenia Otępień – междисциплинарная группа экспертов по распознаванию и лечению слабоумия) является синдромом проявлений, спровоцированных болезнью мозга хронического или прогрессирующего характера. К критериям распознавания слабоумия относится нарушение по крайней мере двух познавательных функций, при этом всегда – памяти. Нарушения сопровождаются снижением способности контролировать эмоции. Считается, что для диагностирования слабоумия необходима констатация невозможности функционирования в обычной жизни по крайней мере в течение 6 месяцев. Сознание остается ненарушенным. Слабоумие не является физиологическим проявлением старения организма. Нельзя распознать слабоумие у больного в период нарушения сознания (бред) или депрессии (она часто проходит под маской слабоумия, это так называемая псевдодеменция).

Как уже упоминалось ранее, слабоумие приводит к нарушению познавательных функций (памяти, мышления, ориентации, понимания, счета, способности учиться) и постепенной потере самостоятельности. В результате дело доходит до исчезновения эмоциональных переживаний – большой интересуются только своими личными делами и

не интересуется окружением. Слабоумие вызывает также психопатологические проявления (возбуждение или апатию, иллюзии, агрессию). Кроме того, наблюдаются эмоциональная лабильность, раздражение, недоверие, страх, нарушение суточного ритма.

Разновидности слабоумия (причины слабоумия):

- альцгеймеровское (наиболее частое);

- сосудистое – результат изменений в мелких мозговых сосудах, вызванное, например, повышенным давлением, сахарным диабетом, гиперхолестеролиемией, злоупотреблением алкоголем или никотином;

- смешанное (типа альцгеймеровского и сосудистого);

- другое (в частности, слабоумие с телами Леви, лобно-височное, при болезни Паркинсона).

Дифференцируя слабоумие альцгеймеровского типа (AD) со слабоумием сосудистого происхождения (VaD), нужно принять во внимание факт проявления с самого начала доминирующих, очаговых неврологических проявлений и соматических расстройств в случае VaD. Кроме того, существенны более выразительные нарушения поведения или настроения, а также волнообразное течение болезни с периодами ухудшений и улучшений. При исследовании КТ (компьютерная томография) головы наблюдается очаговый характер изменений (в случае AD изменения становятся наблюдаемыми в виде общей атрофии мозга, особенно височных, лобовых и затылочных долей).

Около 5 % случаев нарушения памяти у пожилых людей имеют обратимый характер и появляются по следующим причинам:

- депрессия (например, спровоцированная смертью супруга, уходом детей);

- применяемые лекарства (так называемый ятрогенный геронтологический синдром);

- нарушения зрения и слуха;

- нарушения водно-электролитические;

- бактериальные и вирусные инфекции;

- болезни (в частности, заболевания щитовидки, нехватка витамина B12 и фолиевой кислоты, инфаркт миокарда, малокровие, опухоли мозга, анемия, новообразования).

Болезнь Альцгеймера (AD)

Название болезни происходит от имени немецкого невролога Алоиза Альцгеймера (Alois Alzheimer), который в 1907 году впервые описал случай пациентки Аугусты Д. (Augusta D.) страдавшей этим заболеванием.

Выделяются две формы этой болезни:

- ранняя – начинающаяся до 65-го года жизни;

- поздняя – появившаяся после 65-го года жизни.

Ранняя форма развивается значительно быстрее, приводя к полной беспомощности. Поздняя форма имеет, наоборот, более медленное прогрессирующее течение.

Болезнь Альцгеймера (AD) делится также на формы спорадическую (более частую) и семейную. Самым важным фактором, способствующим ее проявлению, является наличие гена апополипротеина E (ген APOE 4). Важными способствующими факторами нужно также признать следующие:

- возраст;

- пол (у женщин в четыре раза чаще);

- малообразованность;

- травмы головы;

- профессия, не требующая умственной активности;

- случаи слабоумия в семье.

Проявления и стадии болезни

Развитие болезни может быть более индивидуальным, однако в целом AD характеризует медленное и постепенное течение, без резких и быстрых изменений в клинической картине. Определенные проявления могут быть в течение некоторого времени неизменными, оставаться на более

или менее постоянном уровне или медленно изменяться.

Начальный период характеризуется ослаблением краткосрочной памяти, появляются трудности в запоминании и воспроизведении новой информации, проблемы в подборе слов, переменчивость настроения и изменения личности. Возникают трудности в выполнении ежедневных бытовых обязанностей, страдает абстрактное мышление и правильная оценка действительности. По этим причинам часто появляется раздражение и враждебное отношение. У некоторых больных возникают изолированные очаговые проявления, например, афазия. Ближайшие родственники больного начинают замечать странное поведение: например, больной не может найти дорогу в магазин, не помнит, что ел в последний раз.

Средняя стадия – проявляется полная неспособность к запоминанию и воспроизведению новой информации. Память, касающаяся давних фактов, страдает, но до ее полной потери не доходит. Пациент не в состоянии самостоятельно функционировать – нуждается в помощи при купании, в туалете, при принятии пищи, одевании. Часто теряется в знакомом окружении, проявляет возбуждение, агрессию или враждебное отношение. Больной не всегда хочет сотрудничать с лицом, оказывающим помощь, бывает недоверчивым и подозрительным. В этот период пациенты теряют чувство времени и места и даже ориентацию в своем доме. Сохраняется умение ходить, однако присутствует большой риск падений.

Продвинутый период характеризуется тем, что больные теряют мобильность, не контролируют сфинктеры, не в состоянии самостоятельно выполнять основные бытовые функции. Полностью теряют краткосрочную и долгосрочную память, не способны есть, могут иметь проблемы с глотанием, у них проявляется риск истощения и пролежней, они нуждаются в постоянном, круглосуточном уходе и присмотре. Часто доходит до потери вербального контакта с больными, возможно взаимопонимание с использованием жестов, мимики или прикосновений. Временами пациенты попадают в полный мутизм, про-



©PressFoto/thandra

изводят впечатление отсутствующих лиц. Двигательные нарушения или другие очаговые неврологические проявления появляются на очень позднем этапе, в то же время на каждой стадии болезни могут проявляться судорожные припадки.

Последний период – это, в основном, кома и смерть, обычно спровоцированные инфекцией, тромбозными осложнениями или истощением организма.

Длительность течения болезни составляет около 8–14 лет, на практике, однако, постановка диагноза болезни происходит в период ее значительного прогресса.

Диагноз

Окончательный диагноз AD возможен только после аутопсийного исследования. Основанием для постановки диагноза обычно является тщательный анализ, предметные и лабораторные исследования, а также исключение других причин слабоумия. Важно, чтобы исследование проводил опытный специалист в области неврологии, психиатрии или гериатрии. Полезны также нейропсихологические исследования с ис-

пользованием специальных шкал, оценивающих познавательные функции больного – чаще всего применяется короткая шкала оценки психического состояния (MMSE), тест рисования часов (TRZ), тест для раннего диагноза слабоумия и дифференцирования с депрессией (TFDD), быстрый отсеивающий тест для слабоумия (RDST).

Лечение

До настоящего времени, несмотря на множество исследований, проведенных специальными центрами по всему миру, не удалось найти эффективного лекарства, способного вылечить или остановить прогресс болезни Альцгеймера. Тем не менее, существенным является соответствующее лечение симптомов болезни. Из эффективных лекарств, доступных в Польше и оплачиваемых из государственных фондов в случае нарушений памяти (прокогнитивные лекарства), можно назвать донепезил (*donepezil*) и ривастигмин (*rywastygmin*) (из группы ингибиторов холинэстераз

(*cholinesteraz*)). Доступен также мемантин (*memantyna*), который, однако, не подлежит оплате из фондов. Очень важно и нефармакологическое поведение – помощь больному с целью поддержки его как можно дольше в нормальном и независимом состоянии. Хорошие эффекты дает соответственно подобранная занятая терапия и реабилитация. В более поздние этапы болезни уже необходим постоянный уход и надзор со стороны семьи или специальных учреждений по уходу.

С точки зрения старения многих сообществ, в том числе и в Польше, проблема слабоумия будет все более заметной. Потребуется все большее количество учреждений, оказывающих специализированный уход лицам пожилого возраста с различными проблемами, связанными со здоровьем, в том числе со слабоумием, а также соответствующие изменения в политике здравоохранения государства. Существенным вопросом, на который нужно обратить внимание, также является обучение и поддержка семей, занимающихся ежедневным уходом за больными. Точное знание о болезни, о способах поведения и методах решения проблем, которые могут появиться при течении болезни, позволит выработать конструктивный подход к ситуации, в которой оказались наш близкий человек и лицо, оказывающее помощь. ■

Литература

1. Mazur R. Neurologia kliniczna. Gdańsk: Via Medica, 2005.
2. Wojszel Z.B., Bień B., Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne. T. III. Zespoły otępienne / Medycyna Rodzinna. 2001. № 3–4. С. 162–68.
3. Józwiak A. Otępienie u osób w wieku starszym // Geriatria. 2008. № 2. С. 237–246.
4. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. Choroby wieku podeszłego. Warszawa: PZWL, 2009.
5. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Warszawa: PZWL, 2008.
6. Jaracz K., Kozubski W. Pielęgniarstwo neurologiczne. Warszawa: PZWL, 2008.
7. Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R. MSD Podręcznik Geriatrii. Wrocław: Urban & Partner, 1999. ■



©PressFoto/Monkey Business Images

Лечебные процедуры для пациентов с болезнью АЛЬЦГЕЙМЕРА НА ОПРЕДЕЛЕННЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Сильвия Лещиньска,
директор дома социальной помощи в Пташках (Польша)
Эва Журавьска,
директор дома социальной помощи в Кукавках (Польша)*

Каждый этап болезни принципиально отличается от других этапов, а уход и процедуры для пациента в зависимости от степени прогрессирования заболевания совершенно различны. На ранней стадии болезни Альцгеймера уход за больным, в принципе, ограничивается присмотром и небольшим уходом, больные нуждаются в помощи при ежедневной гигиене, нужно напоминать им о необходимости чистить зубы, нормально питаться, мыться и регулярно принимать лекарства.

На этом этапе важно, чтобы пространство в жилище больного было организовано таким образом, чтобы он чувствовал себя комфортно. Некоторые люди с глубоким слабоумием альцгеймеровского типа способны непрерывно ходить по коридору без цели. Важно, чтобы окружение было дружелюбным и безопасным для больного человека, который часто забывает о последствиях невнимательности, как, например, о возможности поскользнуться на скользком паркете. Пациенты часто пробуют сами выполнять простые действия, такие как уход за телом, чистка зубов, расчесывание, однако часто случается, что во время выполнения этих действий они забывают, как это делается шаг за шагом. В таком случае нужно больного проинструктировать, но не выполнять эту за-

Процент людей, заболевающих болезнью Альцгеймера, из года в год постоянно растет. Оценивается, что около 2050 года число людей, затронутых этой болезнью, будет в три раза больше, чем сейчас. Уже сегодня общество должно осознавать, что через несколько лет необходимость в учреждениях круглосуточного ухода с квалифицированным персоналом будет еще больше, чем в настоящее время.



©PressFoto/Phovoir

дачу вместо него, чтобы он сам поддерживал свою дееспособность и заново тренировал навыки, которыми обладал много лет. Если у пациента есть вещи, к которым он особенно привязан, они должны находиться вблизи от не-

го, чтобы побуждать его мышление к ассоциациям.

Комнаты должны быть светлые и уютные. Слишком интенсивные цвета могут возбуждать, вызывать агрессию и раздражение. Кроме того, принимая во внима-

ние тот факт, что у большинства больных часто доходит до проблем с передвижением, помещения должны быть приспособлены к потребностям людей с ограниченными возможностями.

Чтобы упростить перемещение больного человека по пространству жилища, хорошо будет обозначить, где находятся ванная, туалет или выключатель света. Важно также выравнивание полов, чтобы на них нельзя было споткнуться. Лучше, если пол будет покрыт специальным нескользящим покрытием. Лица с болезнью Альцгеймера часто не могут справиться со своими потребностями. Случается, что они мочатся на пол. Соответственно выбранное покрытие приведет к тому, что лицо, производящее уборку, не будет иметь проблем с поддержанием гигиены в помещении.

Второй этап болезни требует от работника по уходу за больным большего вовлечения с точки зрения ухода и присмотра. Появляются проблемы с принятием пищи, может наступить недержание мочи и кала. Болезнь Альцгеймера – это болезнь, которую нельзя вылечить, но можно задержать процесс ее развития с помощью тренировки мышления и поддержания физической формы тела таким образом, чтобы не допустить судорог конечностей. Также рекомендуется проведение терапии и реабилитации. В Польше учреждения, где находятся больные, обеспечивают своим пациентам как реабилитацию, так и групповую терапию. Много учреждений также имеют в своем штате психологов и логопедов, которые занимаются с больными.

На средней стадии болезни ускоряется рост нарушений памяти, поэтому нужно тренировать основную память, напоминать названия бытовых предметов. Работник по уходу становится практически тенью своего подопечного. Повторяет с ним прошедшие события, имена членов семьи. Больной все чаще начинает вспоминать детские и юношеские годы и забывать о событиях, которые произошли недавно. Это отличительная характеристика для лица со слабоумием альцгеймеровского типа. Чтобы как можно дольше тренировать память подопечного, нужно про-

сматривать с ним снимки известных ему лиц, просить рассказать его о том, что происходит на снимке. Также рекомендуется как можно более длительный словесный контакт и поддержание разговора.

Важен установленный режим дня. День нужно планировать таким образом, чтобы больной съед все свою еду (завтрак, обед, ужин), выполнял двигательные упражнения и задания, побуждающие мозг к активной работе, а также имел как можно меньше времени на дневной сон.

Каждый больной должен съедать еду в собственном темпе. Работника по уходу не должно раздражать медленное принятие пищи, ему необходимо проявить терпение и понимание. Пациент забывает о потребности в еде, а мозг не посылает организму информации о такой потребности, поэтому важно частое принятие пищи в группе из нескольких человек, где больной видит, как едят другие, и подражает им. Чтобы он вспоминал, как это действие выглядит, можно инструктировать его короткими фразами-заданиями, которые он по очереди должен выполнять. Всегда нужно обращать внимание на съеденное количество еды, чтобы организм получил требуемое количество калорий в течение дня. Если у пациента есть любимые блюда, которые он съедает охотнее, чем остальные, нужно готовить ему эти блюда по возможности как можно чаще.

Очередная проблема – это тенденция к быстрому обезвоживанию. В течение всего дня нужно заботиться о том, чтобы подопечный выпил нужное количество жидкости. Лучше, если это будут травяные чаи, вода или жидкий кисель.

Целью работника по уходу является как можно более длительная поддержка самостоятельности пациента. На среднем этапе болезни появляется проблема недержания мочи. Активное вовлечение работника по уходу и систематическое повторение такого основного действия, как посещение туалета, отдалит момент начала применения подгузников, которые на более поздней стадии болезни становятся необходимостью. Как и в случае кормления, нужно применять короткие

и простые команды, которые проинструктируют больного, как воспользоваться туалетом. Если появляется проблема недержания мочи, но в слабой форме, можно вкладывать больному урологические прокладки, которые доступны как для мужчин, так и для женщин. Забота о гигиене чрезвычайно важна при уходе за кожей больного: игнорирование этого вопроса и оставление больного без надзора, хотя бы во время купания, может привести к опущениям, которые потом будут влиять на дальнейший уход за телом.

Как уже упоминалось ранее, люди с болезнью Альцгеймера имеют тенденцию к обезвоживанию организма, поэтому нужно заботиться не только о количестве выпитой жидкости, но и о соответствующем увлажнении кожи, применяя бальзамы и масла.

Больные также нуждаются в присмотре во время приема лекарств.

На продвинутой стадии болезни обычный уход и присмотр превращаются в круглосуточный уход. Больной полностью теряет познавательные способности, прогрессирует процесс нарушения речи, но это не означает, что с больным не нужно разговаривать. Даже наоборот – работник по уходу должен стараться говорить с подопечным спокойным и выразительным тоном, побуждая тем самым мозг больного к работе.

Теряя нормальную моторику, больной превращается в лежащего человека и полностью зависит от окружающих. Наступает нарушение сна, которое на этом этапе можно лечить только фармакологически. Из соображений, что больному все время придется лежать, нужно приготовить соответствующую постель. Важна подходящая кровать, которая оборудована барьерами с обеих сторон. Кровать должна стоять в комнате таким образом, чтобы можно было легко подойти к больному с обеих сторон. Под телом больного должен находиться противопролежневый матрас с изменяемым давлением.

Туалет всего тела должен производиться в лежачем положении. Особое внимание должно быть оказано уходу за местами, находящимися под подгузниками. Каждый раз после замены подгузника

ка необходимо промыть кожу, используя пенку или увлажненные салфетки, а затем нанести бальзам. Эти действия очень важны для профилактики появления потертостей и ран, которые приводят к пролежням.

Другим фактором, помогающим препятствовать появлению пролежней, является переключивание больного, в среднем каждые 2 часа. Место, подвергающееся давлению, нужно увлажнять или, если появляется покраснение, смазать мазью содержащей окись цинка, выполняя при этом деликатный массаж тела, стимулирующий кровообращение. При изменении положения тела можно выполнять короткие реабилитационные пассивные упражнения, а также иногда, если это возможно, переносить пациента с кровати на реабилитационную коляску.

Пациент на этом этапе болезни имеет проблемы с глотанием, поэтому подавать ему еду нужно в полужидкой форме. В пище должно быть высокое содержание белка и клетчатки, а лекарства больной должен принимать вместе с едой.

Важно на каждой стадии болезни относиться к больному с уважением и пониманием. Каждый пациент должен быть окружен теплом, выражаемым в мимике и жестах другого человека. Больной должен чувствовать, что рядом с ним находятся люди с добрым сердцем, которые ему всегда помогут и никогда не высмеют его за то, что он болеет и не в состоянии управлять самим собой. ■

Литература

1. Nancy L. Mace Peter V. Rabins. 36 godzin na dobę. Warszawa: Medipage, 2005.

2. Parnowski T. Choroba Alzheimera. Warszawa: PZWL, 2010. ■



©PressFoto/Monkey Business Images

Снижение когнитивных функций в пожилом возрасте – норма или патология?

*Гузанова Елена Владимировна,
доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики,
к. м. н. «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Нижний Новгород (Россия)*

В общей практике на приеме невролога каждый третий-четвертый пациент пожилого возраста, наряду с жалобами на головные боли и головокружение, отмечает также нарушения памяти и внимания.



©PressFoto/voronin76

Для нормального функционирования памяти необходимо полноценное запоминание, хранение и воспроизведение информации. Любая информация, поступающая из окружающего мира, воспринимается органами чувств (зрение, слух, вкус и т. д.). Затем, если необходимо запомнить какую-либо информацию, активируется лобная доля, где находятся центры произвольного внимания, программирования, абстрактного мышления, контроля и управления поведением. Лобная доля контролирует кратковременную память. Вся запомненная информация помещается в специальную структуру – «хранилище» памяти, находящееся в височной доле, – гиппокамп. Именно эта структура отвечает за долговременную память. При необходимости в любой момент информация может быть извлечена.

Соответственно, при поражении лобной или височной доли могут возникать серьезные нарушения памяти и других интеллектуальных функций, которые могут привести к тяжелому расстройству – деменции. При этом возникает глубокое необратимое расстройство интеллектуальных (когнитивных) функций: мышления, памяти, внимания. Деменция сопровождается утратой ранее усвоенных знаний и практических навыков и невозможностью приобрести новые. Пациенты становятся зави-

симыми от ухода окружающих. В ряде случаев заболевание, которое может привести к деменции, протекает незаметно для самого больного или имеет ряд неспецифических симптомов. Вначале пациенты могут испытывать сложности при выполнении простых действий в быту, забывают о договоренностях, не способны согласовать предложения в обычной речи, у них наблюдается снижение концентрации внимания (например, пациент идет в магазин за молоком, а возвращается с целой сумкой продуктов, но без молока), возникают чувство чрезмерного напряжения, раздражительность, быстрая утомляемость, угнетенное настроение, снижение круга интересов, общая тревога. Часто пациенты сообщают о том, что забывают выключить чайник, когда уходят из кухни в соседнюю комнату, или, идя по улице, узнают лицо идущего человека, но не помнят его имени. Причин такой забывчивости может быть много: болезнь Альцгеймера, недостаточность мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, последствия инсультов, эпилепсия, паркинсонизм, алкоголизм, наркомания, злоупотребление снотворными препаратами, другие хронические отравления, заболевания сердечно-сосудистой системы, тяжелые поражения печени, почек, нарушения функции щитовидной железы, невроз и депрессия (снижение фона настроения), переутомление. Некоторые формы деменции обратимы – их можно вылечить, если выявить своевременно.

В чем сущность расстройств памяти? Когда необходимо обратить внимание на данный вид нарушений?

По данным ряда авторов (Smafi G. и др., 2011), нарушения когнитивных функций часто рассматриваются как часть естественного процесса старения. У 50 % пациентов старше 65 лет деменция остается недиагностированной на приеме врачей общей практики, у большинства пациентов деменция диагностируется на стадии средней степени тяжести (Stechl E. и др., 2007). К сожалению, лечение больных на стадии умеренной и выраженной деменции, как правило, не приносит положительного результата, так как к моменту появления выраженной неврологической симптоматики происходит гибель большого количества нейронов гиппокампа или лобной доли. Когда пациенты с деменци-

ей оказываются в специализированном кабинете «когнитивных нарушений», после установки диагноза врачу часто приходится объяснять родственникам, что в результате лечения не следует ожидать выраженного положительного результата. Если на протяжении длительного времени не произойдет ухудшение – это и есть положительный результат. В случае выявления этих нарушений на ранних стадиях медики имеют возможность подарить больному и его родственникам несколько лет самостоятельной жизни, назначив правильную терапию.

Каким образом пациент может понять, что необходимо пройти полное нейропсихологическое обследование у специалиста по ког-

нитивным нарушениям? Опросник Макнера и Кана способен помочь вам в принятии такого решения. Необходимо ответить на 24 вопроса, моделирующих проблемы, с которыми вы сталкиваетесь в повседневной жизни. Ответ оценивается по пятибалльной системе: 0 – никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто.

Единственное, что необходимо помнить: если пациент с когнитивными нарушениями оценивает собственное состояние, то, возможно, эти данные будут недостоверны, так как при данных расстройствах снижается критическое отношение к себе.

Шкала оценки собственного состояния (Макнер и Кан)

	Оценка (0–4)
1. Я забываю номера телефонов	
2. Я забываю, что и куда положил	
3. Оторвавшись от книги, не могу найти место, которое читал	
4. Мне нужно составить список дел, чтобы ничего не забыть	
5. Я забываю о назначенных встречах	
6. Я забываю, что планировал сделать по дороге домой	
7. Я забываю имена старых знакомых	
8. Мне трудно сосредоточиться	
9. Мне трудно пересказать содержание телепередачи	
10. Я не узнаю знакомых людей	
11. Мне трудно вникнуть в смысл того, что говорят окружающие	
12. Я быстро забываю имена людей, с которыми знаколюсь	
13. Я забываю, какой сегодня день недели	
14. Когда кто-то говорит, я не могу сосредоточиться	
15. Я перепроверяю, закрыл ли дверь и выключил ли плиту	
16. Я пишу с ошибками	
17. Я легко отвлекаюсь	
18. Перед новым делом меня нужно проинструктировать несколько раз	
19. Мне трудно сосредоточиться, когда я читаю	
20. Я тут же забываю, что мне сказали	
21. Мне трудно принять решение	
22. Я все делаю очень медленно	
23. Моя голова бывает пустой	
24. Я забываю, какое сегодня число	

Если после сложения полученных баллов сумма составит больше 42, можно предположить у вас наличие когнитивных нарушений, следовательно, вам желательно обратиться к врачу.

Таким образом, нельзя списывать расстройства памяти, внима-

ния на возраст, плохое настроение, переутомление, так как под маской забывчивости могут скрываться первые симптомы очень серьезного заболевания. В Нижнем Новгороде организована школа памяти для пациентов, контактный телефон: 89101200991.

Будьте здоровы! ■

Проблема лечения ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

у пациентов находящихся в учреждениях по уходу с точки зрения европейской перспективы

Пат Шофилд,
профессор, Университет Гринвич (Великобритания)

Мы отдаем себе отчет в том, что общество стареет, и предвидим, что до 2020 года этот процесс резко усилится. Однако мы уже менее уверены в прогнозах о количестве людей со слабоумием, а также относительно количества людей со слабоумием и хроническими болями.



©PressFoto/chaoss

На основании исследований о частоте проявления мы можем утверждать, что 50 % пожилых лиц, живущих в обществе, страдает от неправильно лечимой хронической боли, и что это число возрастает до 80 %, когда мы принимаем во внимание популяцию пожилых людей в домах по уходу (Elliott, 2013). Представленные данные исследований в большей степени охватывают лиц с деменцией в домах по уходу, чем за пределами таких учреждений. Исследования, проведенные в домах социального ухода Copway (2013), показывают, что в 368 домах по уходу в Великобритании находится более 10000 пациентов, из которых более 6500, или две трети, имеют деменцию. В настоящей статье будут рас-

крыты два вопроса:

Как оценить боль у пожилых людей без деменции и с деменцией?

Как поступать с болью у пожилых людей без деменции и с деменцией?

Оценка боли

С 1990 года считается, что оценка боли является фундаментальным элементом ухода за больными (RCS, 1990). Это является первым шагом, на который нужно опираться в лечении, рекомендуемом стандартами JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – Объединенная комиссия по вопросам аккредитации организаций здравоохранения) в Соединенных Штатах, так называемый «пятый важный знак». В последние годы процесс оценки боли стал качественнее, во многих областях медицины проводится оценка боли по группам пациентов. Работа с пожилыми людьми всегда была серьезным вызовом, так как традиционные инструменты, применяемые при оценке боли, трудны для понимания. В настоящей статье обсудим самые подходящие инструменты, которые помогают описать боль у пожилых людей без деменции и с деменцией. Систематический просмотр литературы, касающейся оценки боли в популяции пожилых людей по-

казывает, что наиболее эффективными инструментами оценки боли являются: 1) устное описание (отсутствие боли, слабая боль, умеренная, сильная) или 2) числовая шкала (0–5 или 0–10). Обе шкалы могут быть применены при измерении интенсивности боли, даже если имеется легкое или умеренное нарушение познавательных функций. В случае сильных нарушений познавательных функций мы можем воспользоваться одним из многих инструментов поведенческой оценки боли (всего – 11 инструментов). Эти шкалы используют поведенческие показатели, такие как: выражение лица, беспокойство, нервозность, агрессия или жалобы / стоны. Они описаны на шкале оценок. Чаще всего применяются следующие шкалы: Abbey, PAINAD или Dolorplus-2. Эти шкалы могут использоваться комплексно вместе с новой Программой оценки боли на iPhone. Очевидно, что мы должны помнить: слова, описывающие боль и ее интенсивность, такие как *наболевший*, *болезненный* – это только один из аспектов ощущения боли.

Лечение боли

Лечение боли у пожилых является сложной задачей. Прежде всего, имеется мало исследований, которые специально сосредотачивались на лечении боли исключительно в популяции пожилых людей. Проведены исследования, которые охватывали все группы взрослых и затем адаптировались к популяции пожилых людей. Существует еще меньше

исследований, которые бы занимались анализом стратегий, применяемых в случае пожилых людей с деменцией, особенно если речь идет о фармакологическом и инвазионном лечении. Поэтому трудно окончательно утверждать, какие стратегии наиболее эффективны в лечении боли у лиц со слабоумием. Ситуация усложня-

ется еще больше, когда мы рассматриваем вопросы, связанные с острой болью, хронической или связанной с новообразованиями, так как во всех этих случаях требуются различные подходы к лечению. Систематический просмотр литературы показывает, что существует более 5000 работ, связанных с лечением боли, мно-

гие методы лечения были протестированы на более молодых взрослых пациентах, а после этого были просто приспособлены к пожилым людям. Поэтому считаем, что необходимы дальнейшие исследования в группах пожилых людей. Ниже представлены стратегии лечения, содержащие обоснования:

Таблица 1. Свод фармакологических рекомендаций

Лекарство	Замечания
Paracetamol (парацетамол)	Мышечно-скелетная боль (не превышать рекомендуемую дневную дозу)
Нестероидные противовоспалительные лекарства NLPZ (англ. – NSAIDs)	Употреблять осторожно – наименьшую дозу нужно употреблять в течение короткого периода времени и регулярно проверять действие. Вместе с NLPZ нужно прописать ингибитор протонной помпы или селективный ингибитор COX-2, выбор зависит от стоимости закупки
OPIOIDY (опиаты)	При боли умеренной и сильной. Лечение должно быть индивидуальным и внимательно наблюдаемым с точки зрения эффективности и переносимости, так как отдельные пациенты могут по-разному реагировать на прием опиатов. Важно предвидеть побочные часто проявляющиеся эффекты опиатной терапии, такие как тошнота и рвота
Антидепрессанты трициклические или антиэпилептики	Проблемой могут быть антихолинергические побочные эффекты. Нужно начинать с как можно меньшей дозы и постепенно ее увеличивать, в зависимости от реакции пациента и проявления побочных эффектов
Лидокаин, применяемый местно, и капсаицин	Ограниченная эффективность при невропатических болях. Если боль будет локализована, в случае невропатических болей можно будет применить местно NLPZ

Таблица 2. Свод интервенционных рекомендаций

Интервенция	Замечания
Суставные инъекции кортикостероидов Суставные инъекции кислоты гиалуроновой	В случае костно-суставного воспаления колена эффективны для кратковременного снятия боли при небольших осложнениях и / или повреждении сустава. Суставные инъекции гиалуроновой кислоты эффективны, сопровождают их немногочисленные побочные явления, поэтому их применение должно приниматься во внимание у пациентов с непереносимостью на системную терапию. По сравнению с суставными инъекциями стероидов имеют более медленное действие, но более длительный эффект
Эпидуральные инъекции кортикостероидов (англ. – epidural corticosteroid injections)	Рекомендуются при сужении спинномозгового канала у пожилых пациентов. Менее эффективны в случае радикулитной боли и ишиалгии
Адгезиолиз внеоболочечный (Adhezjoliza zewnątrzoponowa)	Оказывает хорошее действие в случае сужения спинномозгового канала и радикулитной боли
Симпатектомия	Невропатическая боль
Блокада нервов с применением объединения местного обезболивающего средства и кортикостероидов или ботулинового токсина	Острый случай опоясывающего лишая и послегерпетической невралгии
Сосудистая микродекомпрессия корня тройничного нерва (англ. – microvascular decompression)	Невралгия тройничного нерва у здоровых людей и профилактические процедуры у пожилых пациентов со многими сопутствующими заболеваниями

Таблица 3. Другие стратегии

Стратегия	Замечания
Познавательльно-поведенческая терапия	Присутствуют обещающие немногочисленные исследования, проведенные в малом объеме
Релаксация, обратная биосвязь (биофидбек), медитация, метод mindfulness – «сознательного внимания» и усиление эмоционального контроля	Доказательства получены в исследованиях, проведенных в малом объеме
Физиотерапия и терапия занятиями	Занятия должны быть приспособлены к функциональному уровню пациента. Сбалансированные упражнения можно эффективно ввести в программу
Вспомогательные приспособления	Могут помогать функционированию сообщества, уменьшить снижение функциональности и уменьшить расходы на уход
Самолечение	Дополняет поддержку со стороны персонала
TENS – чрескожная электрическая стимуляция нервов, массажи и рефлексология	Слабые доказательства эффективности

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

*Ольга Николаевна Выговская,
главный врач, Епархиальный Дом Милосердия, г. Новосибирск (Россия)*

В последние годы в России происходит сокращение численности населения (с одновременным ростом количества пожилых людей). Особенностью пожилого возраста является наличие множественной, сочетанной патологии.



выражать свои опасения, пожелания и жалобы. Также могут возникнуть связанные с болезнью дезориентация и поведенческие изменения, которые требуют постоянного ухода и наблюдения за пожилым человеком. Особенно большие проблемы возникают, если у пациента развивается агрессия, это ставит ухаживающего человека перед серьезной проблемой – физической и умственной.

Немедикаментозные методы лечения деменции направлены на то, чтобы улучшить общее состояние больного и его адаптацию к сокращающимся способностям. Основная задача – сохранить оставшиеся способности и навыки и по возможности их усилить. Методы, которые используются при лечении деменции, зависят от потребностей больного, стадии заболевания. С пациентами работает медицинский персонал, имеющий навыки общения, эрготерапии, психологии, афазиологии,

лечебной физкультуры. Как правило, используются несколько методов одновременно, но необходимо помнить, что перегружать, утомлять и истощать эмоционально больных нельзя.

Основной метод лечения – когнитивный, он применяется в форме тренинга, организуемого, как правило, на начальной стадии заболевания для небольших групп по 3 – 4 человека. В ходе тренинга больные получают навыки, с помощью которых они могут ориентироваться в пространстве и во времени. Группы формируются из пациентов с одинаковым уровнем сохранившихся навыков. Занятия проходят в игровой форме не более 20 минут.

Метод эрготерапии используется при лечении больных с деменцией на всех стадиях заболевания. Эрготерапия является методом лечения, назначенным врачом. Занятия проводятся индивидуально или в группе с помощью игры, ремесла и творчества (рисование, лепка, вышивание и т. д.). Систематические и интенсивные занятия эрготерапией на ранних стадиях заболевания помогают избежать наступления потребно-

Так, по данным ряда исследователей, на 1 больного в возрасте 50 лет и старше приходится от 2 до 4 заболеваний (в то время как для лиц 70 лет и старше – 5–7 заболеваний). При этом наибольшее значение имеют нарушения когнитивных функций, в первую очередь – памяти. Б. Вольтер писал: «Память с возрастом становится все более динамичной: не успеешь что-то запомнить, как все уже забыл».

Синдром умеренных когнитивных нарушений в большинстве случаев является патологическим состоянием, он связан с начинающимся заболеванием – деменцией. Степень заботы и помощи, необходимых больным деменцией, возрастает по мере прогрессирования заболевания: такая повседневная деятельность, как приём пищи, одевание, купание, прогулки или пользование туалетом, становится для пациентов более трудной или уже не может быть выполненной. Кроме того, больному становится всё сложнее



сти в уходе или отодвинуть ее сроки. Все занятия проводятся в первой половине дня, когда пациент находится в активной стадии.

Арт-терапия. Считается, что рисование и живопись предоставляют больным благоприятную возможность для самовыражения и позволяют делать выбор при определении цвета и темы их произведений. Как правило, занятия арт-терапии используются одновременно с музыкотерапией (прослушивание музыки, пение). Люди с деменцией, слушавшие музыку по индивидуальной программе, успокаиваются и в рисунках начинают использовать более яркие цвета.

Благотворное влияние общения с животными на человека известно издавна. Присутствие животного рядом с человеком, страдающим деменцией, меняет его поведение. Зоотерапия имеет давнюю историю, поэтому в качестве бытовой психотерапевтической практики ее можно назвать традиционной. Люди, у которых есть домашние любимцы, болеют меньше, их нервная система находится в лучшем состоянии, чем у тех, кто животных не имеет. Если животное уже давно в доме, и больной привык к уходу за ним, нет никакой причины отнимать у него друга. Поведение больного в присутствии питомца меняется: он улыбается, смотрит на него, гладит, разговаривает – в этом случае пациент находит хорошего слушателя. В зависимости от степени тяжести деменции больному можно давать определенные поручения, которые помогут ему с помощью животного мобилизоваться, выполнять определенные обязанности, занять досуг.

Пациентам, страдающим старческим слабоумием, важно поддерживать физическую активность в приемлемой для них форме. В зависимости от состояния здоровья это могут быть прогулки в саду рядом с клиникой под присмотром персонала, досуговые мероприятия на свежем воздухе, активные игры, лечебная физкультура или гимнастика. С пациентами работает специалист по нейрореабилитации, который организует активные и пассивные упражнения, игры, проводит лечебный и лимфатический массаж.

При принятии решения о лечении деменции учитываются по-



требности больных и их семей. При поступлении больного в стационар в беседе с родственниками принимается индивидуальная программа методов лечения.

Члены семьи больного являются обязательными участниками лечебного процесса. Они помогают получить достоверную информацию, отслеживать динамику заболевания, а также помогают качественно проводить лечение. Подготовка членов семьи является важной частью лечебных программ, поэтому на базе нашего консультативного центра организована школа для родственников больных деменцией. В группах членам семей предоставляется информация о болезни и ее влиянии на повседневный быт, вырабатываются техники общения, поведенческая модель в сложных ситуациях, а также происходит обмен опытом. Более высокая компетентность родственников в обращении с больным, как правило, положительно сказывается как на самих ухаживающих, так и на течении болезни и на качестве жизни больных – больные могут более длительное время сохранять самостоятельность.

Анализируя перечисленные методы лечения, стоит отметить их общие характеристики:

- сохранение навыков;
- индивидуальный подход к каждому больному;
- системный подход, т. е. необходимость работать с семьями и специалистами, обеспечивающими уход.

Очень важно понимать, что больному необходимо оставаться в знакомой обстановке, важно как длительно сохранять его независимость, привычки. Болезнь Альцгеймера или любая другая старческая деменция у близкого человека – это тяжелая ноша, но если знать, что можно сделать и как помочь, то родственникам и самому больному будет легче. ■



ПРОБЛЕМА БОЛИ

у лиц с психическими нарушениями

Кристина де Вальден-Галушко

профессор, Воеводский Центр онкологии в Гданьске (Польша)

Анализируя проблему боли как психосоматического явления, следует трактовать боль как многоэтапный процесс, в котором психические реакции сильно связаны с определенными этапами.



©PressFoto/chaoss

Анализируя проблему боли как психосоматического явления, следует трактовать боль как многоэтапный процесс, в котором психические реакции сильно связаны с определенными этапами:

Этап I, называемый чувственно-дискриминационным, – он обозначает непосредственную реакцию чувства боли как ответа на возбуждение ноцицепторов.

Почти одновременно появляется *этап II*, являющийся простой психической реакцией, – неприятность, вызванная чувством боли.

Вскоре после них мы наблюдаем *этап III* – познавательно-оценивающий, в который вовлекаются высшие психические функции, проявляющиеся в зависимости от черт личности, системы ценностей, оценки боли и т. п. На этом этапе доходит до различия между болью, воспринимаемой как боль, и терпением, являющимся психическим отражением боли. У лиц с психическими нарушениями реакции на боль еще более сложные.

Обсуждая проблему боли, обязательно нужно обратить внимание на порог болевой чувствительности – относительно стабильный – и порог толерантности к боли – очень зависящий от психического состояния.

Психические нарушения подразделяем на нарушения функционально-невротические и хронические нарушения, обусловленные органическими изменениями.

Невротические нарушения проявляются в основном в виде синдромов страха или депрессии. У лиц, страдающих вышеупомянутыми нарушениями, очень типичным является значительное снижение порога толерантности на боль, что клинически может вы-

ражаться в большей потребности в обезболивающих лекарствах и более сильной реакции на боль. Очень часто в условиях пребывания в стационаре можно наблюдать так называемый эффект ноцебо, являющийся выражением зависимости реакции на боль от психологических условий окружения.

Подобную реакцию на боль можно наблюдать у лиц с органическим поражением мозга, выраженным в форме нарушений поведения. В то же время в случаях слабоумия или при острых реакциях, свойственных психозам (например, delirium), порог толерантности к боли бывает повышенным.

Дополнительной проблемой являются трудности оценки боли у этой группы больных. Безо всяких дискуссий принимается за основу оценка боли на основании собственных высказываний больного (цели определения оценки боли служит очень много тестов).

Для больных со слабоумием разработаны и другие инструменты исследования (например, шкала Долоплус), которые, нужно признать, являются несовершенными, они должны использоваться как с диагностическими целями, так и для мониторинга хода и эффективности применяемого лечения. ■

Поддержка пожилых людей и уход за ними в жилищных общинах в Германии

Клер Дезенфант (Claire Dèsenfant),

административный директор Дома для пожилых людей, г. Фрайбург (Германия)

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

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

Понятие жилищного сообщества не регулируется законом, по крайней мере, в Германии. Под этим понимается форма проживания, когда по крайней мере три человека, которые не являются родственниками, проживают вместе. Эта форма в течение десяти-

В Германии в середине 90-х появились специальные модели долгосрочного ухода за лицами, страдающими деменцией, и их поддержки в виде формы проживания приближенной к проживанию с семьей. Эти формы проживания называют «жилищными группами» или «жилищными сообществами». С 2000 года я сама начала интересоваться этой моделью и изучать ее. Я организовывала такие сообщества и руководила ими, а теперь поддерживаю других лиц и организации в этой деятельности.



©PressFoto/Monkey Business Images

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

У нас нет точных статистических данных, касающихся этой от-

носительно новой формы поддержки пожилых лиц и ухода за ними. В Берлине число «жилищных сообществ пожилых людей» оценивается от 500 до 600. По всей стране это выглядит очень по-разному. Мы предполагаем, что численность подобных жилищных сообществ будет расти и дальше. Тем не менее, жилищные сообщества останутся свободной нишей в системе ухода за пожилыми людьми.

Жилищные сообщества были основаны, прежде всего, с целью

поддержки и организации ухода за лицами, страдающими деменцией, так как именно эта форма особенно полезна для рассматриваемого круга лиц. Замечено, что течение болезни в таких случаях замедляется: соматические проявления деменции появляются позднее, и эта поздняя фаза болезни ограничивается только периодом, проявляющимся незадолго до смерти.

Жилищные сообщества могут организовываться как товарищества или по инициативе семьи и родственников. Целью хорошего жилищного сообщества является создание условий, подобных образу жизни в семье, и поддержка участия жильцов в этой жизни. В качестве участия мы понимаем здесь участие лиц с деменцией в жизни нашего сообщества, так же как и участие окружения в жизни лиц затронутых деменцией. А значит, мы не стигматизируем лиц с деменцией – они включаются в нормальную ежедневную активность жилищного сообщества, тем самым усиливается их чувство собственного достоинства.

Принятие решений самими людьми в их собственной жизни является очевидностью. Искусственно проводимая терапия в виде активизации утрачивает в таком случае смысл, поскольку активизация автоматически становится частью ежедневных занятий. Этот вызов состоит в том, чтобы действия, которые должны быть в любом случае выполнены, выполняются вместе с жителями сообщества. Это сотрудничество может быть объединено с помощью разговоров, тренировками памяти и с другими формами занятий.

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

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

Жилищные сообщества Германии отличаются друг от друга как правовой структурой, так и размером и организационной концепцией. Большинство из них – это амбулаторные учреждения. Это означает, что необходимые медицинские процедуры выполняются сотрудниками амбулаторных служб. За уход в течение дня ответственны так называемые сотрудники, сопровождающие больных в течение дня с помощью лиц, ведущих домашнее хозяйство, или без нее. Родственники или волонтеры также помогают в соответствии с установленным графиком или выполняют специальные задания.

В сообществах проживают чаще всего от 8 до 12 человек. Совместное проживание в сообществе, которое насчитывает большее количество лиц, является трудным для больных деменцией. С экономической точки зрения было бы лучше, если бы вместе проживало большее количество лиц, однако, с точки зрения концепции этой

формы ухода лучше, когда их живет вместе меньше. Модель, существующая во Фрайбурге (Freiburg), – товарищество Wohngruppen für Menschen mit Demenz («Жилищные группы для лиц с деменцией»), где я работаю как волонтер, рекомендует с этой точки зрения организацию 10–12 мест в сообществе.

В жилищных сообществах лиц с деменцией могут проживать также лица, требующие более интенсивного ухода. Их участие в жизни сообщества состоит в том, что даже если это лежачие больные, если их нужно переносить на специальных лежаках или вместе с их кроватью в общую комнату, то и таким образом они участвуют в общей жизни дома. Даже если они не могут активно участвовать в ежедневной жизни сообщества, они пассивно в ней присутствуют: слушают, смотрят, чувствуют запахи, к ним всегда кто-то может подойти, поддержать их за руку или погладить.

Жизнь в таком сообществе стоит около от 2500 до 3600 евро в месяц. В Германии введено в 1995 / 1996 году социальное медицинское страхование, которое покрывает часть расходов, так что жильцы сами должны внести оплату в сумме 2000 евро. ■



©PressFoto/shock

ХОРОШИЕ ПРАКТИКИ В уходе за пациентами СО СЛАБОУМИЕМ

Тадеуш Парновский,

профессор, Институт психиатрии и неврологии, г. Варшава (Польша)

Начинается он с мероприятий по уходу, продолжается медицинскими процедурами, которые затем переходят в паллиативно-хосписный уход.

Болезнь Альцгеймера – это хроническая дегенеративная болезнь центральной нервной системы, которая длится около 7–18 лет после проявления первых клинических симптомов. По оценкам, популяция лиц старше 65 лет в мире составляет около 24 000 000 человек, а заболеваемость ежегодно составляет 6,3 на 1000 человек. Это – наиболее частая и наиболее продолжительная болезнь слабоумия, которая уже с первых проявлений приводит к инвалидности больного, а человека, осуществляющего уход, заставляет кардинально изменить образ жизни. Независимо от нарастания симптомов, больной до конца болезни остается в контакте (все более ухудшающемся) с человеком, осуществляющим уход. Часто вербальная коммуникация заменяется невербальной коммуникацией. Знание об ухудшении качества контакта с больным является основанием для создания «хороших практик», которые облегчают контакт с больным, улучшают его безопасность, а также не лишают его человеческого достоинства.

«Хорошая медицинская практика» содержит много ценных указаний и рекомендаций, позволяющих избежать ошибок, совершаемых людьми (работниками по уходу, врачами) по отношению к больным в результате незнания, связанного с несоответствующим пониманием его ситуации. В уходе за хроническими больными эти рекомендации превращаются в список указаний:

- не огорчайся;

В соответствии с определением: «Долгосрочный уход – это профессиональные или непрофессиональные, интенсивные и долгосрочные услуги по уходу и лечению предоставляемые ежедневно несамостоятельным лицам (неспособным к самостоятельному существованию) в области питания, перемещения, гигиены тела, коммуникации и ведения домашнего хозяйства», – уход, оказываемый больному со слабоумием, является долгосрочным уходом.

- проявляй участие настолько, насколько это нужно;
- не пренебрегай сигналами ухудшения состояния психического и физического здоровья;
- не будь слишком заботливой/ой;
- не будь отказывающим/ей;
- не критикуй чрезмерно;
- определяй границы недопустимого поведения;
- не применяй неизменных принципов, так как состояние пациента меняется;
- проявляй свою заботу, а прежде всего – любовь;
- не теряй надежды!

Эти советы применимы в нескольких областях деятельности:

– область 1 – знание о ходе болезни, применение наиболее подходящих процедур по уходу, применение соответствующего лечения;

– область 2 – умение внедрять наиболее нужные процедуры по уходу, приспособление процедур к личностным характеристикам больного (индивидуализация), а также добросовестное выполнение заданий и правильная реакция на непредсказуемое поведение;

– область 3 – подбор наилучших методов коммуникации с больным (вербальные / невербальные), отношение к больным как субъекту ухода, а также передача ухода другому лицу, если человек, осуществляющий уход, не справляется с задачей;

– область 4 – обеспечение больному чувства, что он является



©PressFoto/Corwin

важным человеком, которому лицо, осуществляющее уход, посвящает свое время, заботу и эмоции не из-за формальных поводов (заработок), а из-за понимания проблем больного.

В течение последних 10 лет были разработаны четкие основы ухода за больными со слабоумием с пониманием организации элементов интерьера, обеспечивающих больному безопасность (замки в дверях, защита окон, ночное освещение, маты и ковры с нескользящим покрытием и т. п.) Благодаря этим принципам мы знаем, как нужно приготовить безопасные помещения для больных. В последнее время больше обращается внимания на аспекты, касающиеся особенно чувствительных вопросов, связанных с болезнью Альцгеймера:

1. Пропаганда информации о болезни и ее понимании.

2. Уважение человеческих прав больных лиц.



3. Понимание ключевой роли семей и людей, обеспечивающих уход.

4. Доступность медицинского обслуживания больных и социальной помощи, оказываемой им.

5. Подчеркивание роли адекватного лечения после постановки диагноза.

6. Приложение усилий для улучшения общественного здоровья с целью профилактики болезни (Alzheimer's Disease International. Global Alzheimer's Disease Charter. <http://www.globalcharter.org/>, 2008).

Эти области касаются как знаний о болезни и профилактических мерах, адекватной диагностики и лечения, так и роли семей и профессиональных сотрудников по уходу.

Уход за больным должен быть организован непрерывно, помощь в домашнем уходе должна превращаться в социальный уход, а затем – в круглосуточный уход. На каждом этапе ухода важно сохранять человеческое достоинство больного, обращая внимание на его потребности, ожидания, намерения, решения. Важнейшим вопросом становится не «где», а «как» рассматривается больной.

В 2012 году в Женеве была подписана декларация «Об уходе, направленном на человека с хронической болезнью», которая была принята альцгеймеровскими организациями во всем мире. Главным посланием этой декларации является внедрение новой философии ухода за больным, то есть:

- центром каждого действия в уходе должен рассматриваться человек со слабоумием;

- необходимо сделать возможным лицу со слабоумием поддерживать отношения в соответствии

с его выбором;

- следует уважать ценность человеческой жизни;

- вербальный контакт – открытый, уважительный, понятный для больного;

- пропаганда персоналом позитивного отношения к жизни.

В практическом измерении это означает максимальную индивидуализацию ухода за больным, независимо от места его пребывания:

- создание своеобразной «карты жизни», в которой будет содержаться информация о его более ранних предпочтениях, желаниях, ожиданиях и интересах;

- характеристика поведения больного с момента наступления слабоумия, а также подробное описание поведения и жизнедеятельности больного на последнем этапе болезни;

- уважение больного и усиление его связей с близкими людьми;

- знание о психических и физических ограничениях;

- оценка возможности реализации заданий, предлагаемых персоналом (лицом, осуществляющим уход);

- внедрение списка хороших практик в отношении каждого проявления болезни у пациента.

Список хороших практик должен быть своеобразным детальным руководством, увеличивающим понимание работника, выполняющего уход, проявлений и механизмов поведения больного с предложениями решения проблемы.

Приведу 2 примера хорошей практики:

1. Общение с больным:

- представься, скажи свое имя;

- обращай к больному по имени, которое он любит;

- стой напротив больного;

- говори с больным, находясь во время разговора на уровне его глаз;

- говори медленно и спокойно, используй короткие слова;

- дай больному время на ответ (помогает счет до пяти между фрагментами предложения);

- концентрируйся на чувствах больного, а не на его словах;

- используй успокаивающий тон голоса;

- будь терпеливым, эмпатичным, снисходительным;

- не прерывай речь больного,

потому что он может потерять нить разговора;

- позволяй больному прерывать твою речь, так как он может забыть, что хотел сказать;

- ограничь отвлекающие факторы во время разговора (например, выключи радио или перейди с больным в тихое помещение);

- усиль жестикуляцию и другие формы невербального общения;

- обращай внимание на то, что понимает или не понимает в невербальном общении больной.

II. Планирование активности:

1. Нравится ли больному то, что он делает? Знает ли он, что он делает и зачем?

2. Позволь ему действовать самостоятельно. Действительно ли пациент хочет что-то делать или действует по принуждению?

3. Уважай возраст и социальный статус резидента. Избегай деятельности, которая является детской игрой или похожа на нее или не соответствует положению резидента. Результат деятельности также должен быть адекватен возрасту. Например, вместо того, чтобы лепить фигурки из пластилина, приготовь продукты для выпечки печенья и позволь испечь печенье.

4. Воспользуйся сохранившимися возможностями резидента. Безопасность зависит от уровня контроля, а контроль зависит от степени возможностей выполнения занятия.

5. Обеспечь больному действия, которые могут закончиться успехом.

6. Поддерживай хорошее самочувствие. Когда пациент не в состоянии запоминать или ассоциировать, не стоит беспокоиться о будущем. ■

ПАЦИЕНТЫ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА в «Колычевском психоневрологическом интернате»

*Колганова Вера Васильевна,
врач-психиатр высшей категории Государственного стационарного
бюджетного учреждения социального обслуживания населения Московской области
«Колычевский психоневрологический интернат»*

В 1965 году дом инвалидов и престарелых перепрофилирован в интернат для больных с хроническими психическими заболеваниями.

В интернате проживают инвалиды первой и второй групп, нуждающиеся в непрерывном надзоре и уходе, а также бытовом и медико-социальном обслуживании.

Пять лет назад на базе отделения, где я работаю, было открыто отделение милосердия на 45 человек.

Отделение заполнено полностью больными пожилого и старческого возраста (средний возраст – 73 года) со слабоумием различной степени выраженности с различной этиологией: атеросклеротическое старческое слабоумие, посттравматическое, постинсультное, и большое количество пациентов – с болезнью Альцгеймера.

Болезнь Альцгеймера – это наиболее распространенная форма слабоумия. В основе заболевания лежит постепенное разрушение клеток и тканей головного мозга, особенно тех его участков, которые отвечают за память и мышление. Симптоматика обычно неуклонно прогрессирует: постепенно утрачиваются функции памяти, суждения, абстрактного мышления, математические способности, происходит распад личности в целом, утрачиваются двигательные навыки, в частности, речевые, больной перестает узнавать родных и близких.

Причина поступления в отделение банальна: прогрессирование болезни, потеря родственников, потеря связи со знакомыми и окружающими людьми – в общем,

Я работаю врачом-психиатром в Колычевском интернате Егорьевского района Московской области без малого 30 лет. А самому интернату в августе 2014 года исполнилось 90 лет. Интернат был открыт в 1922 году в стенах Казанского женского монастыря и назывался тогда домом для инвалидов и престарелых. Из истории монастыря известно, что он «...находился в Егорьевском уезде в 19 верстах от города Егорьевска на большой проездной дороге в деревне Колычево».



©PressFoto/Andy_Dean_Photos

одиночество, сопутствующие болезни и невозможность себя обслуживать.

Перевод в интернат – это для больного почти всегда стрессовая ситуация: как говорится, «дома и стены помогают». При поступлении в интернат и в период адаптации отмечается ухудшение психического состояния, которое выражается в аффективных расстройствах, тревоге, «спутанности» сознания, двигательным возбуждением, стремлением убежать

куда-то, расстройством сна. Особенно тяжело этот период проходят больные с выраженным расстройством памяти – они плохо ориентируются в пространстве, во времени, окружающих их людях, в которых видят своих родственников и знакомых. Нужно заметить, что в отделение поступают пожилые люди с психическими расстройствами, имея при этом целый «набор» соматической патологии, что усугубляет процесс адаптации.

Каким образом строится работа персонала интерната при лечении и обслуживании таких больных?

В первую очередь, на пациента нужно обратить максимум внимания, доброжелательно его встретить, рассказать ему об интернате, о жизни в нем, режиме, окружающих людях, буквально взять человека за руку, провести по отделению, познакомить с сотрудниками отделения, показать, где что находится: столовая, комната отдыха, туалет, палата, где он будет жить. Это нужно делать ежедневно, а может быть, не один раз в день, так как такие больные быстро все забывают.

Колычевский интернат – один из лучших в области. Персонал очень внимательно относится к проживающим, их нуждам. Большое внимание уделяется подбору кадров (врачей, медсестер, санитарок, социальных работников).

В отделении чисто, тепло, уютно, палаты рассчитаны на 4 человека. Отделение оборудовано поручнями, подъемниками, для нуждающихся имеются специальные кровати, трости, ходунки, костыли, коляски. Пол в ванной комнате, туалете и коридоре – с нескользящим покрытием. Для профилактики пролежней имеются современные средства по уходу за лежачими больными: пенка для кожи, гель для мытья, массажное масло, пленки, подгузники, прокладки. Часть продукции по уходу за больными производится в нашем районе фабрикой ООО «БЕЛЛА», открытой при содействии производителей из Польши.

В интернате работают врачи: психиатр, терапевт, хирург, дерматолог, гинеколог, невролог. Они осматривают больных, назначают лечение, при необходимости направляют на обследование и лечение в специализированные отделения Егорьевской центральной районной больницы в сопровождении сотрудников отделения для наблюдения и ухода за этими больными.

Неоценима помощь социальных работников: они беседуют с больными, заполняют их досуг, играют с ними в различные настольные игры, организуют прослушивание музыки, устраивают импровизированные концерты, читают книги, помогают пациентам принимать

пищу, передвигаться, выполняют различные поручения.

Большое внимание уделяется диетическому питанию: питание – четырехразовое, в рационе обязательно присутствуют фрукты, соки, молочнокислые продукты.

Задача сотрудников отделения состоит в том, чтобы пожилые люди были чем-то заняты, чтобы у них было чувство социальной значимости. Нужно заинтересовать пожилых людей посильными различными для них видами деятельности (уходом за цветами, оказанием посильной помощи проживающим совместно в палате и др.).

Проводимое лечение основного и сопутствующих заболеваний, уход, досуговые мероприятия, терапия «занятостью», уважительное и доброжелательное отношение окружающих улучшают соматическое и психологическое состояние пациента, поднимают настроение, помогают сохранить ощущение уверенности, защищенности и значимости. Больной должен чувствовать, что рядом с ним находятся люди с добрым сердцем, которые ему всегда помогут.

Все перечисленное не может вылечить больного, но улучшить качество его жизни вполне может.

Работа в отделении является психологически и физически легкой. Повышаются требования к качеству обслуживания проживающих в отделении больных, при этом существует система определенных компенсаций:

1. Составляется удобный, с учетом пожеланий сотрудников и производственной необходимости, график работы. Возможны работа посуточно (скользящий график), работа по 12 часов днем и по 12 часов ночью или дневной график работы с 8 до 16 часов с двумя выходными. Во всех случаях месячная норма рабочих часов выдерживается.

2. Установлены надбавка к окладу за вредные условия труда, за работу в сельской местности, надбавка за стаж работы, 50 % оплата коммунальных услуг работникам, проживающим в сельской местности, льготный выход на пенсию, дополнительные дни к отпуску.

3. Разработанная система поощрения учитывает объем работы и её напряженность.

Одновременно предъявляются особые требования к уровню подготовки сотрудников, для его повышения врачи и медицинские сестры каждые 5 лет посещают курсы повышения квалификации, имеют сертификаты соответствия выполняемой работе, имеют квалификационные категории: врач – высшую категорию, почти все медицинские сестры с определенным стажем работы – первую или высшую категорию. Средний возраст работающих в отделении составляет 35–40 лет.

Я описала тактику ведения больных, находящихся в специализированном учреждении, куда больные поступают уже в конечных стадиях заболевания.

А как же поступать тем, кто находится в домашних условиях?

Известно, что болезнь начинается незаметно для окружающих. Болезнь Альцгеймера обычно развивается в возрасте 65 лет и старше, хотя известны случаи и более раннего её начала.

Известно, что чем раньше она начинается, тем злокачественнее и быстрее она развивается. Основными факторами, способствующими её развитию, являются: возраст, пол (женщины болеют чаще. Возможно, это связано с продолжительностью жизни, которая у них выше, чем у мужчин), малообразованность, травмы головы, профессии, не требующие умственной активности, семейный анамнез.

Начальный период заболевания характеризуется ослаблением кратковременной памяти, трудностями с запоминанием и воспроизведением новой информации, переменчивостью настроения и изменением личности. Родственники могут замечать странное поведение, больной иногда не может найти дорогу в магазин, домой, не помнит, куда положил свои вещи, из-за чего появляется раздражительность, злобность и враждебное отношение к окружающим, чаще – к родственникам.

На этом этапе помощь больному может ограничиться присмотром и небольшим уходом: напомнить о необходимости почистить зубы, причесаться, умыться, вовремя принять пищу и лекарства. Важно, чтобы больной сам вы-

полнял эти процедуры, чтобы он сам поддерживал свою дееспособность и тренировал память и навыки.

К больному нужно относиться дружелюбно, внушать надежду на выздоровление, чаще с ним беседовать, напоминать о событиях недавних дней.

На средней стадии болезни значительно ухудшается память, теряется способность к самостоятельности, нарастают эмоциональные расстройства, больной становится эгоистичным, интересуется только своими делами и не интересуется окружением, становится раздражительным, недоверчивым, у него нарушается суточный режим сна. Больной уже не в состоянии самостоятельно себя обслуживать, нуждается в помощи при купании, туалете, принятии пищи, одевании. Он теряет в знакомом окружении, у него могут появляться бред и галлюцинации, агрессивность, расстройство сна и поведения.

Болезнь Альцгеймера не только сказывается на больном, но и изменяет жизнь всей семьи.

Самое тяжелое бремя несут те, кто непосредственно ухаживает за больным, постоянно подвергаясь воздействию стресса. Эти люди должны знать, как себе помочь. Медицинским сестрам и врачам необходимо обеспечить психологическую поддержку тем, кто осуществляет уход за больным дома, научить их специальным приемам, которые помогут им справиться с проблемами.

Необходимо установить определенный режим дня для больного. Он должен включать привычные для пожилого человека занятия, по рекомендации специалиста можно выполнять физические упражнения, которые во многих случаях на некоторое время позволяют поддерживать функциональные способности больного.

Нужно обеспечить дома безопасные условия жизни, убрать все предметы, которые могут угрожать получением травм, удалить острые предметы, лекарства, вредные вещества, опасные электрические приборы, необходимо установить поручни по маршруту передвижения больного, оборудовать нескользящие полы, установить замки на окна, двери, которые не сможет открыть боль-



©PressFoto/kingtiger

ной, перекрыть подачу газа, когда больной остается один.

В жизни больного семья и родственники незаменимы, без них он не смог бы жить, поэтому членам семьи нужно беречь себя.

Если ухаживающий чувствует, что он утомлен, что уже не справляется с нагрузкой, уход за больным становится для него непосильной задачей, то для преду-

преждения кризиса нужно обратиться к специалистам, и в этом случае лучшим вариантом будет помещение, хотя бы временное, больного в специализированное учреждение. ■

С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ можно бороться

Марта Малишевска,
специалист по обучению торговой марки SENI, TZMO SA, г. Торунь (Польша)

Инконтиненция, или недержание мочи – это проблема, которая может возникнуть у каждого, поэтому нужно знать, как с этим бороться и на что обратить внимание во время выбора и покупки впитывающих изделий.

Недержание мочи – это проблема, с которой борются миллионы человек во всем мире. Каждая четвертая женщина и каждый восьмой мужчина знакомы с проблемами инконтиненции, например, в связи с ослаблением мышц дна таза, инфекцией мочевого пузыря, гипертрофией железы простаты или нарушениями нервной системы. Эпизоды недержания мочи могут случаться ежедневно в следующих ситуациях: при кашле, чихании и даже во время смеха.

сти подбора изделий к индивидуальным потребностям человека и его размерам. Линейка предложений для людей с инконтиненцией настолько широка, что каждый может найти для себя наиболее удобный вариант.

Впитываемость – прежде всего

При недержании мочи выделяют пять степеней инконтиненции или три основных, ориентируясь на среднее количество мочи, выделяемое неконтролируемым способом в течение 4 часов.

лиц с таким недугом предназначены **урологические прокладки**, выпускаемые в вариантах для женщин и мужчин, приспособленные к строению их тела. При среднем и тяжелом недержании мочи рекомендуется применение анатомических подгузников (так называемых открытых систем), подгузников с регулируемым эластичным поясом (так называемых полуоткрытых систем), впитывающих трусиков и классических «дышащих» подгузников для взрослых (так называемых закрытых систем). Существует убеждение, что чем более сложной является структура продукта, тем больше его впитывающая способность, однако это не так. Продукты для защиты от недержания мочи

СТЕПЕНИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ				
Количество мочи в мл, выделяемое в течение 4-х часов неконтролируемым способом				
Капельное	Легкое	Среднее	Тяжелое	Очень тяжелое
				
до 50 мл	50–100 мл	100–200 мл	200–300 мл	выше 300 мл

Во время покупки одежды мы обращаем внимание на соответствующий фасон и размер, который будет подходить к типу фигуры, жизненным обстоятельствам и будет способствовать тому, чтобы мы чувствовали себя комфортно. Так же обстоит дело и с впитывающими изделиями при недержании мочи. Важно, чтобы мы, решая проблему, обеспечили себе удобство и могли радоваться жизни. В отличие от выбора брюк или юбки, мы не можем примерить абсорбирующее белье перед покупкой. Нужно знать возможно-

Впитывающие изделия при инконтиненции должны, прежде всего, обеспечивать чувство сухости. Учитывая различные потребности лиц с недержанием мочи, эти продукты также различаются между собой способностью поглощать и ретенцией – способностью к длительному удерживанию мочи. Чем выше степень недержания мочи, тем больше должна быть впитываемость используемого продукта.

Самым распространенным типом инконтиненции является легкое недержание мочи. Для

имеют разную впитываемость в рамках отдельных групп. Это означает, что изделия разных типов могут обеспечить необходимую впитываемость. Наибольшую впитываемость могут обеспечить и анатомические подгузники (например, San Seni Plus), и некоторые изделия полуоткрытой системы (например, Seni Optima), и классические подгузники (например, Super Seni). При подборе изделия по впитываемости важно не забыть и принять во внимание размеры тела и стиль жизни человека.

Активность и степень мобильности

Различные системы и типы изделий приспособлены к разной степени активности и мобильности лиц с недержанием мочи. Возникшие проблемы часто замечательно решаются с помощью **урологических прокладок**, при этом нет необходимости использовать продукты с наибольшей впитываемостью. Для времени вне дома идеально подходят прокладки в индивидуальных упаковках, которые можно носить в сумке. Благодаря этому человек комфортно может провести время вне дома.

ПРИМЕРЫ ЗАМЕРОВ:

Кристина

Обхват в талии – 90 см
Обхват в бедрах – 105 см

Ян

Обхват в талии – 110 см
Обхват в бедрах – 100 см

они дешевле, чем продукты полуоткрытой и закрытой систем, но обеспечивают такую же защиту. Их несомненным достоинством является универсальность размера, благодаря чему их легко подобрать для людей с нетипичным строением тела.

Мобильные люди со средним или тяжелым недержанием мочи могут также выбрать подгузники с регулируемым бедренным поясом. Эластичный пояс допускает самостоятельное, многократное надевание и снятие подгузника. Такое решение идеально подходит для туалетных тренировок или контролируемого мочеиспускания

ся, прежде всего, лиц со средней и тяжелой степенью недержания мочи. Изделия, у которых нужно обращать внимание на размер, – это подгузники с регулируемым поясом, классические подгузники и впитывающие трусы. Размеры, которые вы должны знать, выбирая эти продукты, – это обхват талии и обхват бедер. С целью определения данных параметров нужно тщательно измерять и сравнивать полученные величины с интервалами, указанными производителем. Интервалы размеров широки, что облегчает подбор изделий лицам, точные размеры которых могут попадать в два со-

Таблица для подбора подгузников Super Seni

Размер	Интервал
Small (S)	55–80 см
Medium (M)	75–110 см
Large (L)	100–150 см

Много людей чувствуют себя некомфортно в классических подгузниках и выбирают более деликатные продукты. Для активных лиц, занимающихся спортом или гимнастикой, или участвующих в двигательной реабилитации, рекомендуются одноразовые впитывающие трусики (например, Seni Active), внешне напоминающие традиционное белье. Они деликатны, незаметны и хорошо работают вместе с движущимся телом.

Оптимальным решением для мобильных людей также являются анатомические подгузники, подерживаемые с помощью эластичных трусиков-фиксаторов или подобранного белья. Их надевание удобно и не требует помощи посторонних, что позволяет человеку сохранить интимность. Кроме того, используя анатомические подгузники, можно сэкономить –

в определенное время, цель которого – предотвратить неожиданные позывы.

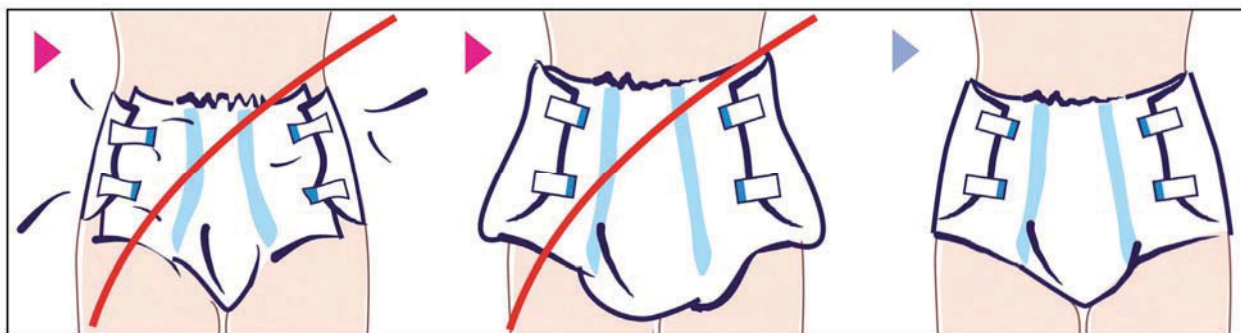
Для неподвижных и прикованных к кровати лиц предназначены **классические подгузники**, конструкция которых лучше всего защищает тех, кто долго находится в лежачем положении. Существуют изделия для лиц, которые вообще не могут контролировать мочеиспускание. Однако, если не диагностирован такой уровень инконтиненции, можно без опасений выбрать анатомические подгузники. Если недержание мочи случается эпизодически и в небольших количествах, достаточную защиту обеспечат даже урологические прокладки.

Соответствующие размеры

Выбор соответствующего размера – это проблема, касающая

седних интервала (см. пример ниже). Кроме того, некоторые продукты имеют эластичные застёжки-липучки, которые позволяют дополнительно регулировать прилегание изделия к телу.

Рассмотрим примеры подбора изделий по размерам в зависимости от обхвата талии и бедер у Кристины и Яна (см. таблицу). В случае Кристины рекомендуется применение размера M. Ее обхват талии соответствует интервалу M, зато обхват бедер соответствует интервалам M и L. Так как оба ее размера попадают в интервал M, то рекомендуется выбор этого размера. При подборе изделия для пана Яна мы имеем дело с трудной ситуацией: оба размера можно отнести одинаково к интервалам M и L. В таком случае рекомендуется использование большего размера (L) и подгонка





©PressFoto/ClipDealerAlexander Rathis

продукта с помощью эластичных липучек. В зависимости от пропорций в строении тела (например, разницы в росте) также может подойти изделие размера М. Пану Яну мы предлагаем испытание впитывающих изделий обоих размеров и выбор наиболее удобного для него. Существуют также таблицы размеров, учитывающие вес и рост. Однако такие вычисления являются только оценочными и их нельзя считать обязательными, принимая во внимание различное строение и пропорции тела у разных людей.

В случае использования закрытой системы подбор соответствующего размера является ключевым параметром, обеспечивающим безопасность и комфорт. Слишком большое изделие закрепляется свободно, нестабильно, и из-за этого могут происходить протекания. Стоимость стирки одежды, постельного белья, а иногда – даже чистка обивки кровати (дивана) – это дополнительные расходы и потраченное время, которых часто не хватает людям, ухаживающим за пациентами с инконтиненцией. Подгузники больших размеров к тому же и стоят дороже, поэтому невыгодно покупать большие размеры «про запас». С другой стороны, не стоит также экономить на размере. Слишком тесный продукт прово-

цирует пережатия и риск возникновения потертостей, а у неподвижных пациентов увеличивается риск пролежней. Лечение пролежней – трудный, длительный и дорогостоящий процесс.

Использование изделий с различной впитываемостью, как способ экономии

Хорошим способом уменьшения расходов на изделия, используемые при инконтиненции, является использование изделий с различной впитываемостью и из различных систем. В течение дня, когда можно легко оценить состояние защиты изделия и менять его чаще, более эффективным является использование урологических прокладок соответствующей величины. В анатомических подгузниках во время дневной активности можно наблюдать состояние продукта благодаря индикатору влажности – размывающейся надписи, и полоскам, изменяющим цвет. Однако ночью могут понадобиться продукты с большей впитываемостью. Хорошим решением будет применение анатомических подгузников в течение дня, а классических подгузников – в течение ночи. Выбор зависит от индивидуальных потребностей и привычек. Однако, независимо от выбранного способа использования изделий с различной впитываемостью, нужно всегда помнить о правильном подборе размера.

ваемостью, нужно всегда помнить о правильном подборе размера.

Аналогично процессу подбора одежды, размеры впитывающих изделий зависят от их производителей. По этой причине каждый раз при использовании нового продукта нужно тщательно измерять и знакомиться с размерами, доступными в продаже, чтобы подобрать изделие, соответствующее строению тела. Если существует потребность испытания нескольких размеров, не нужно покупать большие упаковки. В продаже доступны изделия в индивидуальной упаковке. В подборе впитывающего изделия может помочь фармацевт или работник магазина медицинских товаров.

Подбирая впитывающее изделие, необходимо учесть:

– Степень недержания мочи:

- легкая – урологические прокладки;
- средняя – анатомические подгузники, впитывающие трусы;
- тяжелая – классические подгузники, подгузники с регулируемым бедренным поясом;

– Активность и степень мобильности:

- большая активность – занятия спортом, гимнастика;
- умеренная активность;
- длительное обездвиживание;

– Строение тела:

- обхват бедер;
- обхват талии. ■

«ТОКСИЧНЫЙ» пожилой человек. Практика ухода

*Агнешка Смроковска-Рейчман,
главный редактор ежемесячника «Общие темы» и ежеквартальника «На тему»,
доктор гуманитарных наук в области философии,
адъюнкт AWF (Академии физического воспитания) в Кракове,
отдел физиотерапии и двигательной реабилитации и отдел туризма и отдыха (Польша)*

Осень жизни – не всегда золотая

Общества стареют в угрожающем темпе. Демографические прогнозы показывают, что в настоящее время растет и будет расти в будущем процент людей пожилого возраста. В такой ситуации не нужно принимать пассивную позицию. Рекомендуется подготовка к этому будущему через познание и понимание определенных явлений, появляющихся у людей в пожилом возрасте. Это знание имеет особое значение для профессиональных и домашних работников по уходу за пожилыми людьми, так как позволяет им правильно формировать практику ухода и поэтому быть эффективными и менее уязвимыми к внутреннему «выгоранию».

В стареющих современных обществах господствует, как бы вопреки всему, культ молодости. По отношению к пожилым людям появляются проявления дискриминации с точки зрения возраста и формирования отрицательного стереотипа пожилых людей. Эти явления иногда переходят в экстремальную форму или геронтофобию (иррациональный, необоснованный в своей интенсивности страх по отношению к старости и старым людям и стремление держаться от них подальше). Однако люди, ухаживающие за пожилыми людьми, отдают себе отчет в том, что их подопечные вовсе не являются исключением из категории лиц, в поведении которых под-

Из отчета Европейской комиссии на тему стареющего общества вытекает, что в 2060 году почти каждый третий гражданин ЕС будет находиться в возрасте 65 лет или старше. Увеличение средней продолжительности жизни приводит к тому, что все более многочисленное сообщество пожилых людей становится серьезным вызовом для системы социальной опеки. К такому будущему нужно готовиться уже сейчас.



©PressFoto/Monkey Business Images

тверждается большинство отрицательных стереотипов, касающихся старости.

Старение является этапом жизни, который ждет каждого человека, однако не все люди проходят его одинаковым образом. По этой причине наряду с приветливыми пожилыми людьми, которые явля-

ются живым примером «золотой осени», также встречаются пожилые люди, с которыми тяжело контактировать. Сотрудничество с такими людьми и уход за ними часто становятся настоящим вызовом для ухаживающего человека. Проблемные подопечные не отягощены никакими серьезными наруше-

ниями познавательных функций. Их мышление, принимая во внимание их возраст, работает безупречно. Проблема концентрируется где-то в другом месте. Крайние случаи таких трудных пожилых людей в тематической литературе определяются словосочетанием «токсичные пожилые люди» (Daventry, 2009). Для человека, который занимается уходом за токсичным пожилым человеком, эта ситуация становится все более фрустрирующей (невозможно удовлетворить какие-то запросы), по мере того, как все больше ухода и поддержки требует от него такой подо-

печный. Причина состоит в том, что в ответ на свою добрую волю, тяжелый труд, все свои старания для этого пожилого человека, лицо, которое оказывает уход, встречается со стороны пожилого подопечного только с нежеланием сотрудничать, постоянным недовольством, недоброжелательностью и даже с открытой враждебностью.

«Токсичность» в пожилом возрасте

Не все хлопотные подопечные в пожилом возрасте могут быть отнесены к группе токсичных пожилых людей. Не стоит восприни-

мать как токсичность каждое проявление плохого настроения или плохого самочувствия у пожилого человека. У всех нас бывают лучшие и худшие дни. Вдобавок, лицо, оказывающее уход, должно помнить, что проблемное поведение пожилого подопечного часто является результатом недомоганий, типичных для пожилого возраста. Например, в данный день пожилой человек может очень сильно чувствовать боль в суставах, поэтому испытывает раздражение или слышит хуже, чем обычно, и, как следствие, с ним труднее договориться.

С токсичностью мы имеем дело тогда, когда проблемное поведение не возникает от случая к случаю, а когда оно проявляется постоянно. Говоря о токсичности подопечного, мы должны подтвердить накопление у него многих характерных черт. Чем больше их мы сможем наблюдать, тем с большей уверенностью можем признать, что наш пожилой подопечный является токсичным пожилым человеком. Ниже мы представляем главные критерии, помогающие распознать токсичность подопечного:

- большинство высказываний пожилого человека – это жалобы на разных лиц, явления, события;
- пожилой человек представляет себя как лицо без недостатков. Очень охотно приписывает другим свои отрицательные черты характера;
- с таким пожилым человеком не удастся прийти даже к самому маленькому компромиссу. Такой пожилой человек никогда не уступит ни на йоту, даже если это очевидно было бы в его интересах;
- подопечный всегда все знает лучше всех и – спрашивают его или нет – выражает свое мнение в весьма нелестной форме для комментируемых событий или лиц;
- пожилой человек никогда не чувствует себя ответственным за допущенные ошибки. Это другие всегда в чем-то виноваты. Подопечный обрывает любое заявление на тему его личной ответственности, реагирует «святым возмущением» на каждое слово критики в свой адрес или делает вид, что не слышит этих замечаний;
- если пожилому человеку будет указано, что он совершил



©PressFoto/voronin76

ошибку, он начинает прятаться за витиеватые объяснения и даже фантазии, которые должны показать, что в действительности дело обстоит совершенно иначе;

- пожилой человек очень эгоцентричен. Требуется, чтобы именно он и только он был постоянно в центре внимания и интересов других людей. Требуется немедленного выполнения всех своих желаний, в том числе тех, о которых он не высказывался прямо. Он ожидает, что окружающие сами догадаются об этих желаниях и раздражается, когда так не происходит;

- этот подопечный легко начинает злиться, говорит громко и очень громко, часто говорит быстро. Временами агрессия проявляется не только в вербальной форме;

- чертой токсичного пожилого человека, на которую стоит обратить пристальное внимание, является его умение манипулировать другим человеком. Пожилой человек, если это входит в его интересы, может быть милым, вежливым, культурным. Он знает, как пробудить сочувствие тогда, когда ему это выгодно. Когда нужно, охотно представит себя как лицо, обиженное другими, непонятое. Также часто пользуется эмоциональным шантажом;

- токсичный пожилой человек имеет проблемы с проявлением благодарности за добро, оказываемое ему другими людьми. Его высказывания имеют претензионный характер;

- типичной для такого подопечного является желчность, необычно сильно наполненная отрицательной эмоциональной энергией, которую пожилой человек использует в качестве оружия против своего ближайшего окружения.

Почва токсичности

G. Davenport¹ выдвинула интересный тезис относительно токсичности пожилых людей. Имен-

¹ Gloria M. Davenport – профессор прикладной психологии, университетский преподаватель, автор известных публикаций в области геронтологии и психологии, член, среди прочих, организаций: American Society of Aging, California Council of Gerontology and Geriatrics, The Association for Gerontology in Higher Education.



©PressFoto/Monkey Business Images

но она указала, что лица, которые не умеют стареть удачным, благополучным способом (т. н. “successful ageing”), легко превращаются в токсичных пожилых людей (Davenport, 1991). Есть такие люди, для которых старость, несмотря на все ее ограничения, является счастливым периодом в жизни, временем исполнения желаний, отдыха, зрелой духовности. Мы говорим о них, что они стареют с достоинством. В то же время, токсичный пожилой человек превращает свою старость в кошмар – кошмар как для окружения, так и для самого себя. По этой причине при всей обоснованности обиды и даже злости на такого проблемного подопечного, человек, оказывающий уход, должен помнить, что, по сути, он имеет дело с несчастным человеком.

Раздумывая над причинами токсичной старости, нужно признать, что на эту дисфункцию человек начинает «работать» значительно раньше. Уже в молодости у него появляются элементы, предвещающие вероятность токсической старости. Человек ведет себя эгоистично, имеет трудности с установлением близких межличностных отношений, пассивно относится к возникающим проблемам, предпочитает, чтобы активность и ответственность брал на себя

кто-то другой, очень долго застревает на неудачах, имеет тенденцию к критиканству. Удачная счастливая старость не появляется из ниоткуда. Работа над собой, конструктивный подход к трудным жизненным ситуациям, забота о собственном развитии, дают положительные результаты в пожилом возрасте. Такого человека старость не шокирует, она является жизненным этапом, к которому он заранее приготовился и который он принял. В противоположность этому, токсичным пожилым человеком можно считать лицо, которое в пожилом возрасте затерялось в собственных отрицательных мыслях, эмоциях, поступках. Старость застала его врасплох.

Уход за токсичным пожилым человеком

Уход за подопечным в пожилом возрасте, который проявил черты «токсичной личности», может измучить лицо, оказывающее уход, сильнее, чем более сложные медицинские случаи. Человек, оказывающий уход, чувствует себя задетым, недооцененным, непонятым. Его возмущает неблагодарность подопечного. Истощает его терпение в столкновениях с постоянной язвительностью и критикой. Появляется нежелание что-то делать и ощущение, что сделан неправильный выбор жи-



©PressFoto/voronin76

ненной профессии. Некоторые токсичные пожилые люди добьются чего-то еще большего, а именно – пробудить у человека, осуществляющего уход, чувство вины. Эмоциональный шантаж и психоманипуляция со стороны подопечного приводят к тому, что работник по уходу начинает верить, что он действительно не заботится о пожилым человеке так, как нужно.

Люди, оказывающие уход, обычно совершают две принципиальные ошибки по отношению к «токсической старости». Первая ошибка состоит в чрезмерной терпимости по отношению к поведению токсичного пожилого человека. Человек, осуществляющий уход, начинает исходить из предположения, что пожилой возраст подопечного является достаточным оправданием даже для наиболее надоедливых и провокационных позиций и поведения. Для «святого спокойствия» он уступает пожилому человеку и приспосабливается к правилам, которые тот установил. Это ошибка опасна своими последствиями, т. к. люди,

оказывающие уход, утверждают пожилого человека в его нефункциональной и деструктивной позиции токсичности, сотрудничают с токсичностью подопечного и усиливают ее. В связи с этим можно даже сказать в переносном смысле, что подобно тому, как существуют лица «созависимые», также существуют лица «сотоксичные».

Вторая ошибка состоит в не-объективном обобщении. Человек, оказывающий уход, травмированный подобным опытом, начинает считать всех подопечных пожилого возраста токсичными. Он не принимает во внимание, что старость связана с определенными отягощениями, которые могут отражаться на поведении подопечного, но, которые ни в коем случае еще не являются доказательством токсичности.

В результате человек, оказывающий уход, перестает относиться к своим подопечным с эмпатией и соблюдать определенные правила, начинает видеть в них врагов, пренебрегает своими обязанностями и выполняет их все хуже и хуже.

Борьба с токсичностью

У большинства пожилых «токсичных» подопечных не удается полностью решить проблемы токсичности. Нужно быть реалистами: мы не превратим всех желчных и обременительных пожилых людей в миленьких старичков, однако всегда возможно более или менее удачная «борьба с токсичностью». Речь идет, прежде всего, об умении справиться с вызовом токсичности подопечного настолько, чтобы в результате этой дисфункции не пострадал человек, оказывающий уход. Кроме того, очень важно по мере возможности помочь самому токсичному подопечному отдохнуть хотя бы немного от своей проблемной личности. Очень часто эта «борьба с токсичностью» будет заключаться в уменьшении причиняемого ею вреда.

Вот несколько практических рекомендаций-установок, которые помогут людям, оказывающим уход и занимающимся этими характерно трудными подопечными пожилого возраста:

- я использую для позитивного общения каждую подвернувшуюся

возможность, когда пожилой человек находится в несколько лучшем настроении, чем обычно, и, кажется, несколько более расположен к сотрудничеству;

- в случае неисправимого пожилого человека я стараюсь видеть его токсичность как задание, служащее совершенствованию моих профессиональных компетенций и способствующее моему росту как человека и как профессионала;

- на карточке выписываю в одну колонку отрицательные черты подопечного, а в другой колонке рядом – те позитивные черты, которые мне удалось заметить. Будет их, может быть, немного, но этого достаточно, чтобы посмотреть на обременительного пожилого человека немного с другой точки зрения, чем обычно. Это послужит формированию моего терпения и самообладания;

- я забочусь о сохранении дистанции. Неприятное поведение и высказывания пожилого человека я воспринимаю как проявление дисфункции, от которой он страдает. Стараюсь не воспринимать это лично на свой счет;

- не пытаюсь осчастливить пожилого человека насильно. Эти попытки могут просто углубить отрицательные эмоции и отрицательное поведение пожилого человека;

- в то же время я посылаю подопечному позитивные коммуникационные импульсы, даже тогда, когда он их совсем не заслуживает, никоим образом не даю втянуть себя в агрессивное общение;

- к пожилому человеку обращаюсь кратко и точно;

- говорю спокойным, сдержанным голосом. Тонем своего разговора не стараюсь ни понравиться пожилому человеку, ни отчитывать его;

- я всегда вежлив, но в то же время решителен;

- разговаривая с пожилым человеком, я поддерживаю с ним зрительный контакт;

- не устраиваю с пожилым человеком бесполезных дискуссий, не ищу аргументов, чтобы переубедить его. Говорю спокойно, например: «Значит, пани так считает, однако у меня другое мнение». На этом заканчиваю;

- временами полезно позволить пожилому человеку выговориться. Я не комментирую его критику,



©PressFoto/ Гладских Татьяна

язвительность, претензии, чтобы не добавлять ему аргументов. Жду, пока он сам устанет от своих тирад;

- иногда проявления токсичности можно временно приглушить, если предложить пожилому человеку какую-либо совместную активность, которая для него привлекательна (испечь печенье, поиграть в настольную игру, заняться решением кроссворда, просмотром сериала, пересаживанием цветов в горшочках).

Психогигиена человека, оказывающего уход

Люди, которые профессионально занимаются уходом за токсичными пожилыми людьми, должны иметь возможность обмена опытом с коллегами. Особенно в учреждениях по уходу необходимы регулярные совещания и собрания коллектива, посвященные обсуждению и оценке самых трудных случаев. Рекомендуется также ведение документации как до-

полнительного инструмента, полезного в оценке и при принятии решений. Стоит также принимать участие в школах и семинарах, которые тренируют коммуникативные навыки и самопрезентацию. Благодаря этому опекуны приобретают умения, которые очень пригодятся в контактах с трудными подопечными. Нужно, наконец, запомнить, что каждое лицо, оказывающее уход, является только человеком, а значит, имеет свои границы выносливости, за которые нельзя безнаказанно переходить. Есть ситуации, в которых единственным вариантом правильного поведения будет попросту выйти, хотя бы на короткое время, из помещения, в котором токсичный пожилой человек дает волю своим эмоциям. Человек, оказывающий уход, должен заботиться о собственной психогигиене, должен защищаться от внутреннего выгорания. Это он должен делать не только для се-

бя, но и для своих подопечных, в том числе и для тех лиц, которые называются «токсичными». ■

Терапевтический зимний сад как место ТЕРАПИИ И ОТДЫХА

*Александр Коланьски,
Медицинское учреждение по уходу им. Ксендза Ежи Попелюшки в Торуни (Польша)*

С начала 2013 года в Медицинском учреждении по уходу им. Ксендза Ежи Попелюшки в Торуни функционирует терапевтический зимний сад. Это единственное учреждение такого типа в Польше, в котором уход и медицинское обслуживание были объединены со специальной терапией для всех органов чувств.



©PressFoto/SeDmi

Зимний сад дает возможность полисенсорного воздействия, выходящего за рамки стандартных процедур, позволяя одновременно отдых и релаксацию в естественном окружении природы, усиленные дополнительными терапевтическими стимулами. Медицинское учреждение по уходу в Торуни является единственным в Польше учреждением долгосрочного ухода, в котором медицинская помощь и уход были объединены со специальной терапией для всех органов чувств. Терапевтическим

зимним садом пользуются пациенты с повреждениями мозга, пациенты, обездвиженные на длительное время, и лица со слабовидением различного происхождения. Кроме того, сад – это место, где зелень, красота цветов и звуки природы позволяют пациентам оторваться от тяжелой болезненной повседневности.

Работа в саду организована таким образом, что позволяет одновременно осуществление разных видов терапии. Подвижные стенки из растительности позволяют по мере необходимости делить все пространство на более мелкие

помещения. Групповые занятия, проходящие в окружении высоких растений, имитирующих лес, охватывают тренинг чувства реальности, прокогнитивную терапию (ее целью является улучшение памяти и интеллектуальных способностей; она требует активного сотрудничества пациента и терапевта) и другие формы работы с пациентом (библиотерапия, музыкотерапия, хореотерапия). Занятия проходят несколько раз в день в группах численностью около 10–15 человек и длятся около 45–60 минут. Терапевт по занятиям проводит в саду упражнения с пациентами, страдающими слабумием и болезнью Альцгеймера.

Релаксация пациентов, прикованных к кроватям и инвалидным коляскам, возможна благодаря участию медсестер, санитаров и медицинских работников по уходу. Пациенты учреждения долгосрочного ухода часто пребывают здесь много месяцев, а временами – и несколько лет. Они проводят большую часть времени в так называемых белых залах, и, учитывая их состояние здоровья, имеют затрудненный контакт с окружением. Перенос отдыха и терапии в сад изменяет качество их пребывания в учреждении службы здравоохранения.

Общение больных с природой дает возможность благотворного влияния на них окружающей среды (например, во время периода вегетации и цветения растений). Это стимулирует у пациентов, кроме всего прочего, осознание сезонных ритмов природы. Пациенты под присмотром работников пользуются естественными тера-



©PressFoto/Monkey Business Images

певтическими средствами зимнего сада. Кроме того, терапевтическое действие расширено с помощью использования подвесного потолка (sky ceilings), имитирующего естественное небо. Фонтаны и столбы со стекающей водой позволяют расслабиться, и все это дополняется использованием современной аудиосистемы. Размещение и конфигурация элементов системы позволяют музыке и естественным голосам природы звучать с различной интенсивностью в различных уголках сада.

Еще одной формой работы являются процедуры с использованием Armeo и RehaCom. Armeo – это современное реабилитационное устройство для функциональной терапии руки, которое делает возможным выполнение заданий в виртуальном трехмерном пространстве. RehaCom – это комплект тренировочных компьютерных программ для терапии больных с нарушениями познавательных функций. Пациенты проходят лечение под присмотром физио-

терапевта, терапевта-тренера, клинического психолога и нейрологопеда.

В настоящее время садом пользуются пациенты Медицинского учреждения по уходу им. Ксендза Ежи Попелюшки в Торунь, а занятия проводятся с понедельника по пятницу. Кроме того, сад охотно посещают семьи и работники, которые ухаживают за пациентами, для которых посещение близких не связано с необходимостью пребывания в помещениях медицинского учреждения.

Эффективности терапии пациента на каждом этапе болезни способствуют знания и опыт работников этого учреждения. В течение многих лет в зимнем саду учреждения ведется терапия пациентов с повреждениями мозга. Первыми в Польше мы начали применять к пациентам в состоянии полного паралича всех скелетных мышц (locked-in syndrome) коммуникатор, позволяющий организовать общение больного с окружающими людьми с помощью движений

глазных яблок. Результатом стратегии, принятой в учреждении, является реализованная программа ухода за лицами со слабоумием (в том числе с болезнью Альцгеймера). Сотрудничество с Университетом Николая Коперника в Торунь как объединение науки с практикой поставило целью получение современных техник мультисенсорной стимуляции и использование возможностей терапевтического зимнего сада. ■

Общение с неизлечимыми тяжелобольными. КАК ЭТО ДЕЛАТЬ ХОРОШО?

*Парфенова Татьяна Анатольевна,
медицинский психолог, Автономная некоммерческая организация «Самарский хоспис», г. Самара (Россия)*

Скорее всего, многим когда-нибудь придется оказаться в роли человека, сопровождающего неизлечимого тяжелобольного, поэтому важно научиться разумному и достойному поведению в данной ситуации. Умиравшие люди, как никто другой, нуждаются в общении, в том, чтобы были выслушаны их жалобы, были развеяны страхи, опасения, сомнения, осушены слезы, погашен гнев и получили сочувствие другие мысли и эмоции. И эту поддержку им могут дать как их близкие, так и медицинские работники.

длительности и тяжести его болезни, семейных обстоятельств, взаимоотношений с родными и т. д. У одних больных они прослеживаются с особой яркостью, у других изменен порядок их следования, у третьих некоторые стадии и вовсе отсутствуют. Однако знание этих стадий полезно для понимания того, почему человек реагирует именно так, а не иначе; оно уберет от неуместных травмирующих реакций и глупых штампов в поведении («Ничего, прорвешься! Не унывай!» и пр.); поможет справиться с собственным горем.

Первая стадия – стадия отрицания и изоляции. Сообщение о заболевании вызывает бурю эмоций. «Этого не может быть! Как это могло случиться со мной?» – такова защитная реакция, смягчающая удар тяжелой истины. Человек удивляется случившемуся, сомневается в правильности диагноза, грезит о врачебной ошибке, мечется по целителям, постоянно переходя от надежды к отчаянию и наоборот. Родные больного испытывают неменьший стресс. Одни вступают с ним в «партнерские» отношения, стремясь помочь ему, другие буквально жертвуют собой, третьи гиперопекают, четвертые отвергают.

Семья и друзья, а зачастую – и врачи часто опасаются обсуждать с больным его тревоги и страхи, объясняя это боязнью доставить



©PressFoto/SimpleFoto

Каждый человек уникален. Тем не менее, многие из пациентов с прогрессирующим заболеванием испытывают во время болезни похожие ощущения и проходят через ряд стадий психологических изменений. Эти стадии во многом условны – их наличие и формы проявления зависят от многих факторов: возраста и характера человека,

человеку еще большие страдания, совершая при этом ошибку. Люди, которым не с кем поговорить, чаще страдают тяжелыми депрессиями. Только откровенный разговор, открытое выражение эмоций и размышлений, относящихся к умиранию, могут снять напряжение, царящее в семье. Честное и прямое общение помогает больному почувствовать, что он не один, что он понят и любим; дает возможность ухаживающим снять со своей души груз невольной «вины» недомолок и непонимания. Снимать это напряжение можно и тихим прикосновением, и молчаливым присутствием, и шуткой – все решают личные отношения, традиции, сиюминутное настроение и интуиция.

В общении с неизлечимо больным человеком не должно быть никаких навязчивых поучений и требований смотреть на мир «позитивно». Человеку нужны безусловная любовь и принятие, помогающие найти силы и уверенность. Конечно, выразить понимание и любовь бывает очень сложно, ведь с этим человеком могут быть связаны история страданий или обиды, неразрешенные конфликты. Но теперь все это становится неважным. Поставить себя на место больного близкого и спросить себя: что бы я хотел услышать и почувствовать в данной ситуации? – способ, позволяющий найти нужные слова и возможность поддержать. Безусловно, для этого нужны желание и силы. Да, больной в какой-то мере мешает вести полноценную жизнь, уход за ним накладывает массу ограничений, и те, кто ухаживает, тоже устают, страдают и, возможно, не очень здоровы сами, но разве может любящий человек сбросить с плеч эту ношу, разве потом сможет простить себе минуты раздражения или небрежения?

Страх смерти и потеря смысла жизни – два огромных эмоциональных стресса первой стадии. Никто из окружающих не может предложить уходящему готового ответа о смысле жизни. Эти поиски – очень личный процесс. Единственное, что никогда не будет лишним в тяжелые для человека дни, – это слова искренней любви его близких: «Мы любим тебя и будем любить, несмотря ни



©PressFoto/thandra

на что. Мы счастливы, что ты любишь нас».

В завершение первой стадии больной приходит к пониманию, что его уход неизбежен. И эта неизбежность иногда порождает негодование: «Почему должен умереть именно я, ведь другие люди, даже много старше меня, продолжают жить?!» Так проходит вся **вторая стадия – стадия возмущения**, следующий этап адаптации к ситуации неизлечимого заболевания. В этот период окружающим бывает трудно общаться с больным – он требователен, капризен и даже агрессивен. Он изводит окружающих своими претензиями и поучениями, вспоминает старые обиды и стимулирует скандалы. А причина проста: он видит, что жизнь окружающих продолжается без него, и хочет привлечь их внимание, демонстрируя своим поведением, что еще жив. Что же делать тем, кто находится рядом? В любом

случае не следует слишком лично воспринимать претензии и агрессию больного, ведь «корень зла» кроется вовсе не в них, а в его состоянии, весь внутренний ужас которого вряд ли можно представить. Понимание, снисходительность и легкая отстраненность – единственные помощники на этой стадии. Человеку необходимо дать возможность «выплеснуться», иначе агрессия может привести к саморазрушительным реакциям. Где-то с больным можно согласиться, если претензии и жалобы обоснованны; где-то мягко возразить, если своими разговорами он усугубляет и без того неровные отношения с кем-либо из родных. Иногда полезно переключить его на физические действия, например, описать свои переживания. В данной ситуации лучше избегать всяких суждений о гневе больного человека, справиться со своим раздражением и враждебностью, постараться уви-

деть страх, боль и одиночество, которые скрываются за маской гнева. Уважение и понимание, когда больному уделяется достаточно времени, несмотря на его гневливость, способствуют тому, что раздражение отступает, человек начинает понимать, что он остается значимым для своих родных, что о нем заботятся и хотят помочь ему жить как можно дольше и лучше. Постепенно человек понимает: для того, чтобы его выслушали, не обязательно прибегать к вспышкам раздражения.

Третья возможная стадия – стадия переговоров, на которой человек, уже принимающий неизбежность смерти, задумывается о завершении земных дел и «торгуется» с Богом, судьбой или болезнью, давая обещания выполнить что-либо, если те захотят отсрочить уход. Все хотят иметь еще некоторое время для того, чтобы «достроить внукам дом», «успеть женить сына», «подлечить отца» и т. п. В такой ситуации родным и знакомым невероятно трудно найти правильную линию поведения и те самые нужные слова, способные отвести человека от пропасти. Кроме того,

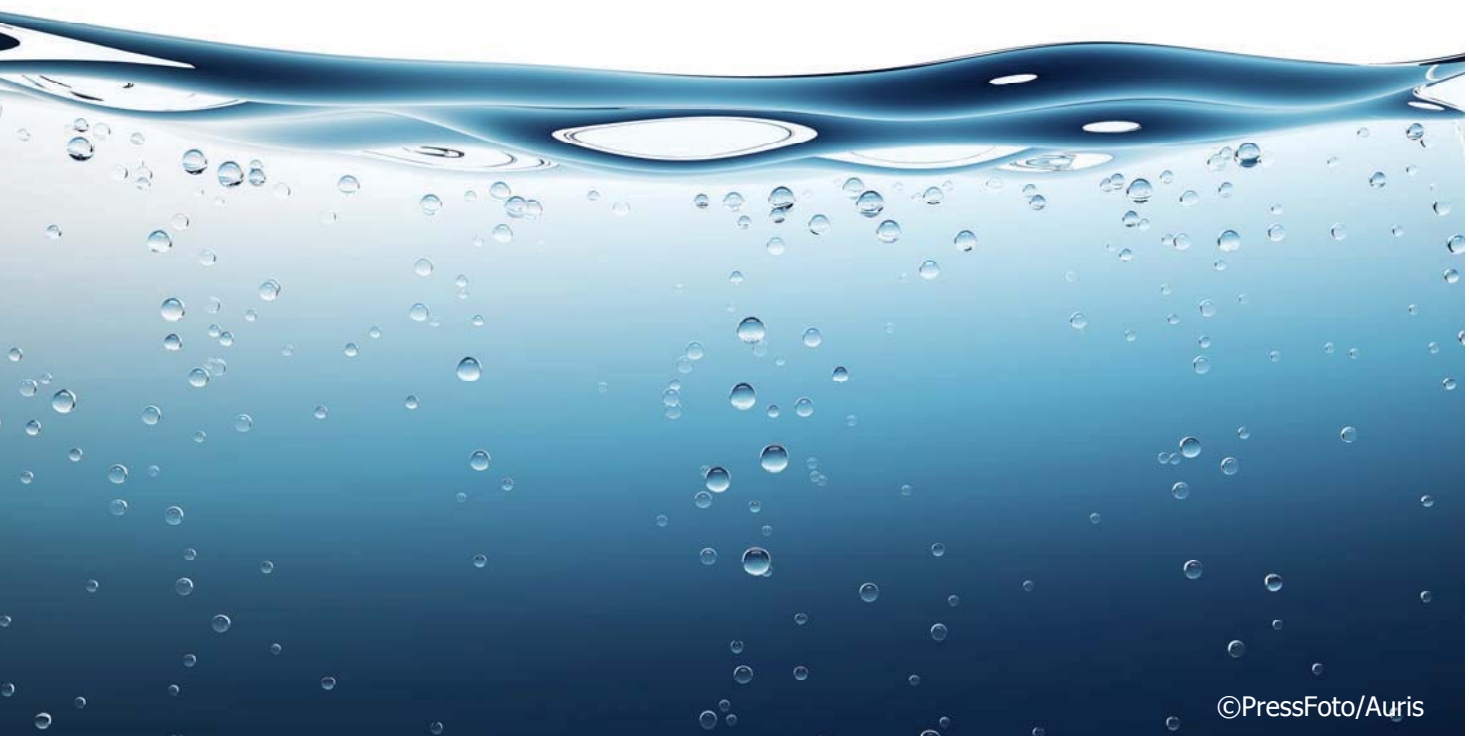
больной не всегда хочет поделиться с родными тайными мотивами своих решений, в этом случае задача близких – вывести его на откровенность, а иногда прибегнуть к помощи специалистов, которые помогут сделать это.

Четвертая стадия – стадия депрессии, когда человек полностью осознает конечность своей жизни. На вопросы о его состоянии больной отвечает кратким «нормально» или «ничего». Он с невыразимой остротой понимает, что теряет все, материальный мир уже не представляет для него интереса. Подлинные человеческие чувства – единственное, что с ним остается, поэтому больше всего он нуждается не в словах ободрения, а в теплых прикосновениях, взглядах, дыхании и просто присутствии любимых людей. Это время внутреннего диалога, печали, прощания с миром и оплакивания себя. «Не мешайте человеку плакать. Если можете, поплачьте вместе с ним», – советует А. В. Гнездилов (д. м. н., психотерапевт, врач хосписа).

Смирение и спокойное принятие ухода, когда человек уже

не цепляется за связи с внешним миром, когда он может сознательно желать «возвращения домой» – последняя и наиболее желанная для умирающего стадия преобразования его души. Важно понимать, что непрощенные обиды, неоплаченные долги, осознанные грехи – все это мешает спокойному уходу, поэтому многие больные внутренне стремятся обрести чувство исполненного долга: ждут приезда родных издалека, чтобы сказать последние слова, просят прощения у близких или прощают сами, каются перед Богом, оставляют завещания и т. п. Это время, когда слово «прощайте» обретает свой истинный смысл.

Общение с пациентом, особенно тяжелобольным, является важной частью ухода за ним. Для этого элемента помощи не нужны ни лекарственные препараты, ни оборудование, ни специальное помещение. Конечно, одним людям общение дается легче, чем другим, но основным навыкам и их практическому использованию может научиться каждый. ■



©PressFoto/Auris



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

Редакторы
Краковяк Пётр
Кшижановски Доминик
Модлинська Александра

ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ ДОМА: ЛЕЧЕНИЕ, УХОД, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хронические болезни



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



Фонд помощи
хосписам

Вера

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

Сделать пожертвование в фонд можно со счета
мобильного телефона!

Вы можете отправить смс со словом Вера и
суммой пожертвования на короткий номер 3443.
Например: Вера 200

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



seni

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

Как купить книгу? Вы можете:

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

www.seni.ru

г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
115563, г. Москва, ул. Шипиловская, д.28а

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
196627, г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д.235а

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

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620097, г. Екатеринбург, ул. Чернышевского, д.86^а, корп.8

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

г. Самара, Филиал ООО «БЕЛЛА Волга»
443052, г. Самара, ул. Земеца, д.32, лит.354

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