

# ФОРУМ

## Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

ежеквартальный журнал №2 (6)

июнь 2015

**ОПЕКУНЫ**

Качество опеки

Психология

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

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



### Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор  
в зависимости от индивидуальных потребностей.



Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:  
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)  
[www.seni.ru](http://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 1000 экз.

Цена свободная  
16+

**Отпечатано в типографии**

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

**Верстка и редакция:**

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

## форум

Номер 2 (6), июнь 2015

Подписано в печать 03.06.2015

Выход в свет 10.06.2015

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!

**Н**аш новый номер выходит в чудесный период – время летних отпусков. Надеемся, что статьи, посвященные долгосрочной опеке, будут достойны вашего внимания. На страницах этого журнала вы сможете прочесть материалы, посвященные системе ухода за пожилыми людьми и практике применения ее в другой стране.

Для тех, кто думает об оценке качества и оплате работы опекуна, будет интересна статья о классификации пациентов по уровню их самостоятельности в быту. Для поддержки опекунов в их нелегком труде мы включили в номер две статьи о том, как помогать другим, не навредив себе.

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает огромную благодарность авторам статей.

Приглашаем новых авторов поделиться своим опытом. Связаться с редакцией можно по электронной почте: [fdo@bella-tzmo.ru](mailto:fdo@bella-tzmo.ru).

Редакция журнала  
«Форум долгосрочной опеки»

# содержание

## Качество опеки

- 6 Щербиньска К.  
Генезис системы InterRAI (Международная организация по оценке потребности пожилых людей в медицинской помощи и уходе) – в заботе об улучшении качества ухода за пожилыми людьми
- 10 Швалкевич Э.  
Классификация пациентов с точки зрения их уровня самостоятельности
- 14 Щербиньска К., Мойса В., Вуйчик Г.  
Потенциальная польза и барьеры применения системы InterRAI – польский опыт применения
- 17 Бакунина Е. А.  
Роль обучения родственников пациента, других людей, вовлеченных в уход, и волонтеров оказанию паллиативной помощи
- 20 Смяровска Г.  
Медицинский работник по уходу за тяжелобольными как профессия общественного доверия
- 21 Антропова О. Д.  
Волонтерское движение во Владимирском базовом медицинском колледже

## Забота об опекуне

- 24 Сувала С.  
Помогать с умом
- 28 Лукавска Б.  
Синдром стресса у человека, осуществляющего уход

## Психология ухода

- 31 Скеровска Д.  
Психическое состояние пожилого человека
- 35 Мишевска М.  
Терапия смехом
- 37 Вихарева Т. Н.  
Турнир по мини-футболу SENI CUP – 2015



# 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](http://www.matopat.ru)

БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

# ГЕНЕЗИС СИСТЕМЫ InterRAI

(МЕЖДУНАРОДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УХОДЕ) — В ЗАБОТЕ ОБ УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

*Катажина Щербиньска,*

*д.м.н., адъюнкт кафедры эпидемиологии и профилактической медицины медицинского факультета Ягеллонского университета в Кракове, представитель Польши в обществе InterRAI*

*Выявление в 70-х годах прошлого века большого количества нарушений в уходе за больными, реализованном в учреждениях по уходу за хроническими больными в Соединенных Штатах, стало причиной для принятия в 1987 году Акта OBRA'87 (Консолидированного закона об урегулировании бюджета), который положил начало реформе системы долгосрочного ухода за больными. Основной целью этой реформы было улучшение качества ухода за пожилыми людьми, пребывающими в учреждениях системы охраны здоровья.*



Группа ученых в течение нескольких месяцев разработала формуляр эффективной оценки состояния пациента, находящегося в учреждении по уходу за больными (Инструмент по оценке состояния пациентов – RAI). Затем была введена процедура обязательной регулярной (повторяющейся каждые 3 месяца) оценки пациентов в учреждениях по долгосрочному уходу с использованием упомянутого формуляра. Следующим важным элементом системы была разработка стандартов поведения в случае возникновения наиболее частых проблем, связанных со здоровьем пациентов учреждений

по долгосрочному уходу (CAPs – протоколы оценки состояния пациента), например, в случае выявления нарушений познавательных функций, депрессии, нарушений поведения, истощения, боли, увеличения риска падений или пролежней. Было доказано, что только объединение этих двух элементов (оценки состояния здоровья и стандартов поведения) эффективно, то есть гарантирует улучшение качества ухода. Система InterRAI из-за своевременного выявления проблем, связанных со здоровьем, делает возможным быстрое внедрение соответствующих стандартов поведения и, таким образом, способствует улучшению состояния здоровья и качества жизни пациентов. В последующие годы постепенно развивались отдельные элементы системы, то есть были разработаны показатели качества долгосрочного ухода и основы финансирования услуг, остающихся в тесной связи с потребностями, связанными со здоровьем пациентов и уходом за ними. Оказалось, что собираемые с использованием формуляра RAI данные, касающиеся пациентов, нашли более широкое применение в анализе, имеющем большое зна-

чение для организации ухода, связанного со здоровьем и политикой организации такого ухода.

В настоящее время система сбора информации о пациенте InterRAI имеет характер медицинской документации, которая используется для различного типа анализов. Эта система содержит несколько элементов:

- опросные листы, с помощью которых собирается информация о состоянии здоровья пациентов и потребностях, связанных с состоянием их здоровья (адаптированные к оценке пациентов пребывающих в учреждениях с различными формами ухода: с долгосрочным стационарным уходом и уходом, реализованным в доме пациента, в больницах и уходом после выписки из больницы, в психиатрических учреждениях и учреждениях с общественным, паллиативным уходом, в домах для престарелых);

- стандарты поведения, разработанные в форме алгоритмов, содержащих актуальные клинические рекомендации в области медицинских процедур и основ ухода за больными (CAPs – протоколы оценки состояния пациента);

- показатели качества долгосрочного стационарного и домашнего ухода;

- система квалификации пациентов в группы больных с одинаковыми потребностями в области медицинских услуг по уходу (Case Mix Index – условная величина для распределения ресурсов на оказание помощи пациентам, находящимся в одной группе);

- группы услуг – пакеты процедур, которые предназначены оп-

ределенным группам пациентов и имеют свою оценку (RUG-III – The Resource Utilization Groups – группы по использованию ресурса).

Описанная система сбора информации, кроме того, выполняет несколько различных функций. А именно:

**1. Диагностирование психических, общественных, социальных и связанных со здоровьем проблем и потребностей пациентов.**

Для достижения этой цели служат опросные листы, которые разработаны по образцу комплексной геронтологической оценки и содержат все ее элементы, они могут быть также использованы с целью оценки клинического состояния пациентов. Опросные листы делают возможным раннее выявление типичных клинических проблем для пожилых и нуждающихся в уходе или психически больных людей и приспособление плана ухода к индивидуальным потребностям пациента.

Опросные листы спроектированы таким способом, чтобы они могли быть заполнены медицинскими сестрами, сиделками или другим персоналом (врачами, физиотерапевтами, социальными работниками). Листы имеют вид стандартизированной формы обследования пациента, оперируют четкими критериями, что облегчает сохранение объективности при оценке состояния здоровья и взаимопонимания персонала междисциплинарного коллектива при передаче информации о пациенте (персонал, независимо от профессии и уровня образования, пользуется одним и тем же языком при описании состояния здоровья).

**2. Измерение параметров состояния здоровья.**

Опросные листы содержат несколько шкал оценки состояния здоровья пожилых людей (в том числе шкалу оценки физического состояния в применении к повседневной бытовой деятельности, познавательным функциям, депрессии, поведению, настроению, риску падений, пролежней и т.п.). Эти шкалы характеризуются подтвержденными в исследованиях адекватностью и точностью, благодаря этому они позволяют давать объективную оценку состояния здоровья и качества жизни пациентов. Нужно подчеркнуть,

что с этой точки зрения опросные листы InterRAI можно применять вместе с другими шкалами, используемыми в рамках комплексной геронтологической оценки (KOG). Регулярная оценка делает возможным мониторинг состояния здоровья пациентов и корректирование предоставляемого ухода.

**3. Планирование ухода за больными.**

На основании результатов оценки с помощью опросных листов InterRAI работник, выполняющий эту оценку (чаще всего это медицинская сестра или сиделка) в случае подтверждения проблем, связанных со здоровьем, обязан предпринять дальнейшее более подробное обследование, а также при-

менить процедуры по уходу и терапевтические процедуры, описанные в планах по уходу за больным, разработанные коллективом InterRAI. Предлагаемые планы по уходу (CAPs) были разработаны на основе действующих обязательных директив наилучшей клинической практики, которые каждые несколько лет подлежат пересмотру.

**4. Определение качества ухода за больными.**

С помощью опросных листов InterRAI, на основании оценки всех пациентов, находящихся в данном учреждении, можно определить показатели качества ухода. А последующее повторение оценки делает возможным мониторинг качества ухода за пожи-



©PressFoto/ClipDealerAlexander Rath

лыми людьми, а также сравнение различных учреждений с точки зрения качества предоставляемого в них ухода за больными.

## 5. Объем медицинских услуг и их финансирование в соответствии с реальными потребностями пациентов.

Разработанная система Case Mix принимает во внимание все сведения о пациентах (демографические, общественные и связанные с состоянием здоровья), определяемые во время обследования с опросными листами InterRAI. Система распределяет их по определенным группам больных с подобными потребностями в медицинских услугах. В результате многолетних широкомасштабных исследований по определению времени, затрачиваемого работниками по уходу за больными, выполняющими определенные процедуры, оценены затраты труда в рамках ухода за определенными группами больных. Это позволило разработать для учреждений долгосрочного ухода «классы финансирования услуг», определяя зависимость величины финансирования услуг от потребностей, связанных со здоровьем. Тем самым оценка состояния здоровья пациентов стала основанием для определения потребности в объеме услуг и оценки расходов. Это привело к принятию принципа вычисления суммы контракта в зависимости от потребности в медицинских услугах определенных групп пациентов, охваченных этими услугами. Эта связь оплаты за услуги и реальными потребностями пациентов имеет значение как для лиц, предоставляющих услуги, так и для оплачивающих эти услуги.

## Распространение системы InterRAI в мире

Растущая заинтересованность в успешном применении описываемой системы привела к созданию в 1992 году международного общества InterRAI, которое взяло свое название от Resident Assessment Instrument – инструмент по оценке состояния пациентов. В настоящее время это общество объединяет более 50 ученых (клиницистов, в том числе гериатров, геронтологов, психиатров, психологов, а также социологов, специалистов по социаль-

ному здоровью, менеджеров и статистиков) из 37 стран света. Их миссией является улучшение качества ухода за пожилыми людьми, людьми с ограниченными возможностями и нуждающимися в постоянном уходе, а целью – пропаганда ухода за такими больными в соответствии с актуальными клиническими стандартами, а также влияние на политические решения с помощью предоставления соответствующих отчетов по показателям здоровья и показателям формирования потребности на медицинские услуги и услуги по уходу за больными.

Концепция InterRAI возникла в Соединенных Штатах и там получила наибольшее развитие при существенной поддержке федеральных и местных штатных властей, а начиная с июля 1998 года, является основанием для заключения контрактов и системы проведения расчетов, касающихся долгосрочного ухода через системы медицинского страхования Medicare и Medicaid. Система InterRAI была очень хорошо принята в Канаде, где все, за исключением провинции Квебек, применяют эту систему как обязательную. Попытки использования системы InterRAI в рамках научных исследований или в форме пилотных внедрений были предприняты в большинстве стран Европы (внедрение в Финляндии, Бельгии, Исландии, Голландии, Швейцарии, Испании, Италии; исследования в Дании, Франции, Германии, Австрии, Чехии, Эстонии, Швеции, Норвегии) (рисунки 1).

Анализ результатов, связанных

с внедрением этой системы в разных странах, дает информацию в контексте потенциальных возможностей применения этой системы в Польше. Считается, что важными аспектами являются момент внедрения и технологические возможности и действия, идущие снизу от коллективов. Ключевым моментом, который делает возможным быстрый шаг вперед, однако, является поддержка государственной власти или местных властей, поддерживаемых принятием законодательной инициативы.

Например, в Исландии внедрение системы InterRAI как обязательной во всех учреждениях по долгосрочному уходу и аналогах наших домов социальной помощи имело место в хороший момент, когда в этой стране не было еще интегрированной системы сбора данных. Тем самым принятие этой концепции значительно сократило период разработки национальной стратегии развития системы по долгосрочному уходу за больными. В Испании заинтересованность в инструментах InterRAI существенно возросла в 2002 году, когда шла работа над законом о пожилых людях, нуждающихся в постоянном уходе. В то время было замечено, что опросные листы InterRAI могут служить для формирования критериев, определяющих степень зависимости, которые были бы основанием для получения определенных прав пожилыми людьми. В Финляндии уже одна треть учреждений по долгосрочному уходу и по домашнему уходу применяет систему



Рис.1. Карта, показывающая страны, в которых доступна система



InterRAI, а это является результатом тесного сотрудничества министерства здравоохранения и социальных организаций по уходу, Национального института здоровья и социальной помощи (National Institute for Health and Welfare) и фирмы Raisoft Ltd, которая разработала компьютерную программу для сбора и анализа данных. Новые технологические решения постепенно приводят к замещению бумажной документации на электронную, они облегчают работу медицинским сестрам и могут способствовать более широкому применению системы типа InterRAI. Во многих странах (в Финляндии, Австралии, Канаде, Бельгии) разработана компьютерная программа регистрации данных, собираемых с помощью опросного листа InterRAI. Непосредственно после введения данных в электронный блокнот пользующаяся им медицинская сестра или врач, получают распечатку в виде короткого отчета, содержащего описание проблем, связанных со здоровьем пациента. Применение этого устройства (напоминающего *ipad*) делает возможным немедленное получение предварительного диагноза и выполнение соответствующих действий (то есть направление к соответствующим специалистам и применение определенных стандартов по уходу). Кроме того, введенные в компьютер данные используются для формирования отчетов, являющихся помощью для управленческих кадров учреждения, а также передаются для системного анализа, проводимого на региональном или национальном уровне (рисунок 2).

Подчеркивается, что поддержка правительства или местного самоуправления в виде применения соответствующих правовых регулировок определенно облегчают и делают возможным внедрение системных решений. Примером могут послужить действия, принятые в Канаде, где в 1993 году президент объединения госпиталей в Онтарио обратился к министру здравоохранения с просьбой о начале систематического сбора специальных данных по долгосрочному уходу, которые признал необходимыми для эффективного управления этим сек-

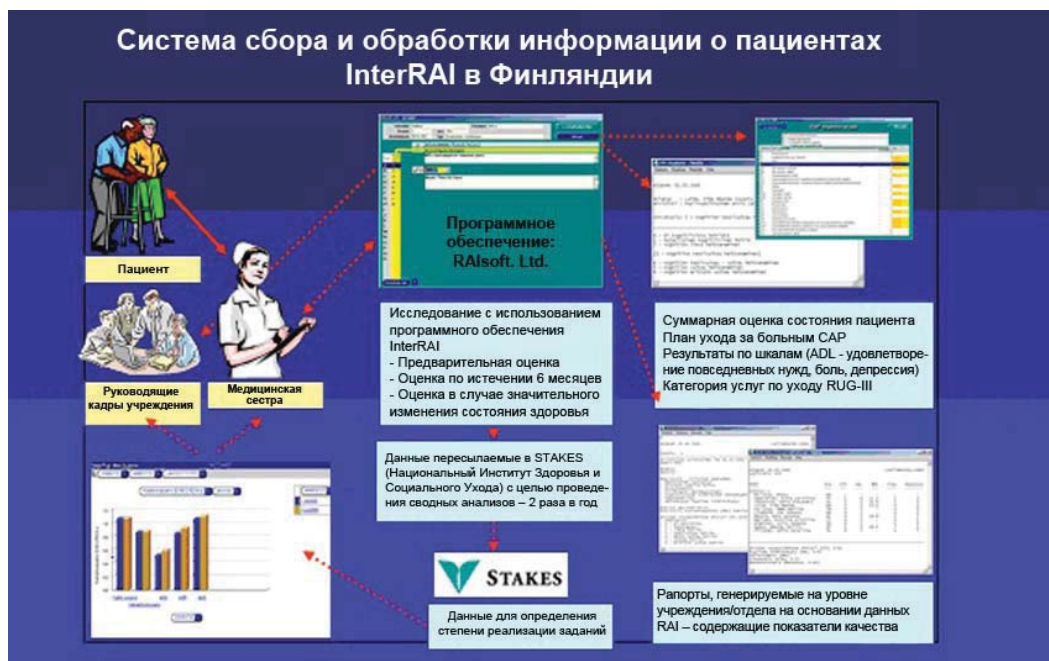


Рис. 2.

тором ухода за больными. После 2-х лет исследований в 1995 году интегрированная система сбора информации с использованием опросных листов interRAI (называемых ранее MDS 2.0) была внедрена как обязательная во всех учреждениях долгосрочного ухода за больными в провинции Онтарио. Очередным шагом было создание в 1996 году Реструктуризационной комиссии по предоставлению медицинских услуг (Health Services Restructuring Committee), которая в результате тестирования системы InterRAI привела к значительной дифференциации критериев квалификации пациентов для различных форм ухода, а также к выделению из системы ухода за больными новой формы – больницы долгосрочного ухода за больными. Следствием этих изменений было принятие в 1998 году министром здравоохранения и долгосрочного ухода в провинции Онтарио системы RUGs-III как основы финансирования услуг по уходу. Вскоре после этого была создана сеть оценки качества учреждений, применяющих систему InterRAI (MDS Quality Network).

В Польше в настоящее время продолжают работы над стратегией развития долгосрочного ухода за больными, законом, касающимся страхования в случае возникновения потребности в пост-

янном уходе (потере самостоятельности) (обычно называемом «законом об уходе за больным»). С 2014 года планируется введение обязательной электронной медицинской документации в учреждениях по долгосрочному уходу, вводятся новые технологии (типа *ipad*), и все чаще сообщество специалистов по долгосрочному уходу за больными требует точной оценки стоимости контрактов, учитывающей реальную стоимость услуг по уходу, а пациенты и их семьи – оценки качества ухода за больными. Кажется, что сейчас мы имеем тот самый подходящий момент для внедрения системы, обладающей характеристиками программы InterRAI.

Больше информации на тему InterRAI читатель может найти на сайтах:

[www.interRAI.org](http://www.interRAI.org)  
или [www.interRAI.org.pl](http://www.interRAI.org.pl) ■

# КЛАССИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИХ УРОВНЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ

*Эльжбета Швалкевич,*

**доктор, национальный консультант по вопросам ухода за хронически больными и недееспособными лицами (Польша)**

*Болезнь, травма или пожилой возраст могут быть причиной повреждения структур тела, а в результате – нарушения их функций. Значительное нарушение функций тела делает для нас невозможным ежедневное функционирование настолько, что становится необходимой помощь других людей. Такую зависимость от постороннего ухода мы называем несамостоятельностью, а человека, который оказывает помощь, называем медицинским работником по уходу.*



**М**едицинские работники по уходу могут быть формальными, это означает, что они оказывают помощь лицу, нуждающемуся в уходе, в свое рабочее время, и неформальными, которые оказывают помощь как родственники, друзья, соседи. Степень вовлечения тех и других определяется уровнем невозможности самообслуживания тяжелобольного. Уровень несамостоятельности пациентов является основным критерием при оценке индивидуального времени, посвящаемого уходу, и норм оплаты труда, особенно при долгосрочном уходе. На этом основании с целью облегчения организации ухода, расчета норм оплаты труда и личных затрат, пациентов можно разделить на 3 категории, соответствующие уровням

несамостоятельности: умеренной, значительной и полной.

**Уход за больным** охватывает ряд действий, связанных с удовлетворением основных жизненных потребностей, касающихся охраны и гигиены тела, питания, функций выделения, перемещения.

**Присмотр за больным** – это комплекс действий, связанных с обеспечением безопасного ежедневного функционирования.

Систематическая забота о больном и уход за ним обеспечивают поддержку стабильного физического состояния и предотвращают осложнения, вытекающие из отсутствия нормальной гигиены и длительного обездвиживания, то есть потертости, пролежни, судороги, осложнения с кровообращением (образование тромбов), осложнения со стороны дыхательной системы, пищеварительной и мочевыделительной систем.

Таблица ниже содержит список 50 необходимых в обычной жизни действий по уходу и присмотру, а также среднее время их выполнения работником по уходу. За самостоятельное выполнение процедуры начисляется один пункт (балл).

**I степень – умеренная несамостоятельность** (от 40 до 50 пунктов).

Человек может самостоятельно функционировать при небольшой

ежедневной помощи в нескольких процедурах. Суммарное время, предназначенное для помощи, не превышает 50 минут на уход, выполняемый работником по уходу, и 40 минут на действия, связанные с обеспечением безопасного ежедневного функционирования, которые должны быть выполнены пациентом при помощи или под присмотром работника по уходу. Этот пациент должен получить помощь в выполнении 1 процедуры полностью опекуном как минимум 1 раз в день и частичную помощь при выполнении нескольких процедур в перечисленных разновидностях основной помощи, а также поддержку и помощь при самообслуживании, не превышающую 40 минут в день.

**II степень – значительная несамостоятельность** (от 10 до 40 пунктов).

Общее время на индивидуальный уход за больным, в среднем – 110 минут и 90 минут на помощь при обеспечении безопасного ежедневного функционирования. Помощь должна быть оказываемая, по крайней мере, 3 раза в день (в разное время дня), как минимум в нескольких процедурах из перечисленных в разделе, касающемся основных процедур по уходу.

**III степень – полная несамостоятельность** (от 0 до 10 пунктов).

Требуемое общее время на индивидуальный уход, в среднем, 210 минут и 90 минут на помощь при обеспечении безопасного ежедневного функционирования. Помощь должна быть оказываемая круглые сутки в разное время в нескольких процедурах из перечисленных в разделах, касающихся основных процедур по уходу.

Таблица 1.

№	Описание процедуры	Среднее время выполнения процедуры работником по уходу в минутах и необходимая частота в течение дня (х), при проявлении усложняющих факторов* добавить 25 % времени
<b>I. Личная гигиена</b>		
1	Купание в ванной	28 мин – выполняется только в ваннах, приспособленных к потребностям пациентов, где вход и выход из ванны не обременяет физически больного и лицо, оказывающее уход
2	Мытье под душем	20 мин x 1
3	Мытье всего тела	25 мин
4	Мытье верхней половины тела	10 мин
5	Мытье нижней половины тела	15 мин
6	Мытье рук	2 мин x 3
7	Мытье лица	2 мин x 3
8	Чистка зубов или зубного протеза	4 мин x 2
9	Мытье и сушка волос	14 мин (один раз в неделю, для расчета ежедневных затрат времени – 2 минуты)
10	Расчесывание	2 мин x 1
11	Бритье	7 мин x 1
12	Обрезание ногтей	14 мин (один раз в 2 недели, для расчета ежедневных затрат времени 1 мин)
13	Пользование туалетом или санитарным креслом	2 мин x 4
14	Использование утки, бассейна	1 мин x 4
15	Опорожнение и забота о чистоте санитарного оборудования	2 мин x 2
16	Частичное раздевание и одевание в связи с физиологическими и гигиеническими процедурами	5 мин x 4
17	Интимная гигиена при мочеиспускании	2 мин x 4
18	Интимная гигиена при дефекации	6 мин x 1
19	Одевание и смена вспомогательных средств в связи с недержанием мочи и кала	2 мин x 4
20	Установка и смена наружных катетеров	3 мин x 2
21	Установка и замена стомийного мешочка	8 мин x 2
22	Установка, опорожнение и полоскание мешочка для мочи	3 мин x 2
23	Применение и замена одноразовых гигиенических средств (например, прокладок), индивидуально	2 мин
24	Заправка постели	5 мин x 2
25	Подбор оснащения, компенсирующего утраченную функциональность	20 мин (один раз в неделю, для расчета ежедневных затрат времени – 3 минуты)
<b>II Питание</b>		
26	Подготовка приготовленной еды к употреблению	3 мин x 3
27	Кормление	15 мин x 3
28	Контроль веса, вида, частоты и объема еды и напитков	5 мин x 1
29	Приготовление напитков	2 мин x 3
30	Подача напитков	1 мин x 6
31	Забота о чистоте оборудования и посуды, используемых для кормления	3 мин x 2
<b>III Мобильность</b>		
32	Укладывание и подъем с кровати	2 мин x 2
33	Изменение позиции лежания	1,5 мин x 12
34	Полное одевание	10 мин x 1
35	Полное раздевание	8 мин x 1
36	Переоборудование кровати-кресла, санитарного кресла	1,5 мин x 4
37	Ходение с больным внутри помещения (до 8 метров)	5 мин x 4
38	Перемещение на инвалидной коляске внутри квартиры, дома	2 мин x 4
39	Спуск и подъем по лестнице	Индивидуально
40	Подготовка помещения и оборудования, помогающего перемещаться, к применению его пациентом	2 мин x 4
41	Перемещение на инвалидной коляске по квартире	2 мин x 4
42	Разговор и определение потребностей пациента	3 мин x 4
<b>IV Присмотр</b>		
43	Помощь при визите к врачу, при реабилитационных процедурах, в приеме лекарств	60 мин (один раз в неделю, в ежедневном измерении – 9 минут ежедневно)
44	Поддержка гигиены в помещении, где располагается пациент (кровать, инструменты, посуда, проветривание помещения и т.п.)	30 мин
45	Разговор, помощь в общении, например, с врачом, семьей	10 мин
46	Смена личного белья и постели	5 мин
47	Забота о гигиене санитарного оборудования, приведение в порядок после физиологических процедур и гигиенических мероприятий	10 мин
48	Урегулирование важных дел, например, административных, оплата счетов, заявка на потребности лица, нуждающегося в уходе, в центр социальной помощи или другим специальным работникам. Например, заказы, касающиеся стирки, уборки, приготовлении еды	20 мин
49	Профилактика угроз, наблюдение за жизненно важными параметрами (температура, давление, вес, водный баланс)	10 мин
50	Выход с пациентом из комнаты, из здания и возвращение, например, выезд на терапевтические процедуры или перевозка в парк, помощь при покупках)	15 мин

\* Факторы, затрудняющие уход и увеличивающие время выполнения процедуры, это: отсутствие осознания угроз у пациента, агрессия, раны, пролежни, потертости, необходимость провокации выделения (применение свечей, клизм, стимуляция мочевого пузыря), депрессия, необходимость постоянного отсасывания слизи, трудности в глотании.

Приблизительный объем процедур по уходу, принимаемый во внимание при расчете норм труда и организации труда работников по уходу в рамках договоров на выполнение процедур по уходу и присмотру за больными:

**1. Уход за телом** понимается как уход за кожей, волосами и ногтями. Мытье волос и чистка ногтей являются чаще всего составными элементами мытья, приема душа или ванны. Мытье волос также включает и их сушку. Чистка ногтей также включает их обрезку и опиливание. С уходом за телом непосредственно объединяются действия, предваряющие мытье. Эти действия могут включать подготовку оборудования и условий для мытья, раздевание пациента, помещение его в ванную или под душ, пересаживание с инвалидного кресла на моечное кресло под душем, а также действия, выполняемые после окончания мытья, такие как сушка, одевание, перемещение пациента к кровати, уборка ванной комнаты и приведение в порядок использованного оборудования. При организации труда эти действия описываются вместе как «уход за телом». Также объединенно эти действия понимаются при определении времени, предназначенного на выполнение мытья:

1) **мытье** охватывает мытье всего тела, а также части тела, в основном – под душем, возле умывальника, или в кровати с миской для мытья. В процесс мытья, также, включаются такие действия предваряющие мытье и выполняемые после него, как вытирание тела и приведение в порядок использованного оборудования. Пациент должен быть вымыт в месте, предназначенном для этого, с обеспечением интимности и деликатности. Это относится, также, к проведению интимной гигиены после посещения туалета или замены впитывающего белья.

2) **гигиена ротовой полости** касается чистки зубов и включает также подготовку к проведению процедуры, например, взятие пасты для зубов на щеточку и / или откручивание колпачков на емкостях (паста / жидкость для полоскания рта), как и, собственно, процесс чистки и дополнительные действия после него, а также чистку протезов и уход за полостью

рта, например, полоскание полости рта жидкостью для полоскания и механическую очистку ротовой полости. Эта процедура также охватывает уход за инструментом для чистки ротовой полости;

3) **расчесывание** включает расчесывание расческой или щеткой волос в соответствии с индивидуальной прической. К заданиям работника по уходу не относится выполнение причесок или стрижка волос. Если лицо, нуждающееся в помощи, носит парик, работник по уходу должен выполнить действия, связанные с расчесыванием и одеванием парика;

4) **бритье** включает бритье и связанный с ним уход за кожей лица.

**2. Помощь при выделениях** – действия, связанные с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, включают также контроль выделения мочи и стула, гигиену и уход за «здоровой» стомой (илеостомой, колостомой, уростомой), а также обеспечение одноразовым медицинским оборудованием. Здесь также принимается в учет частичное раздевание и одевание – перед посещением туалета и после него, интимная гигиена и уборка после мочеиспускания и стула, а также опорожнение и очистка туалетного кресла или так называемого бассейна и утки. В случае неправильного выполнения действия пациентом, например, при размазывании кала уборку должен выполнять работник по уходу. Работник также должен помочь в перемещениях пациента, ограниченного в движениях, в туалет и после выхода из туалета, также как и при посадке на унитаз и вставании без использования и с использованием оборудования для перемещения обездвиженных лиц. В организации труда эти действия чаще всего определяются как «помощь при выделении». Среднее время для выполнения этой процедуры берется как общее время по всем этим действиям.

### 3. Питание:

1) **подготовка** еды, действия, связанные с этим, не включают процесс приготовления пищи, а только последние действия перед приемом пищи, например, раздробление на порции, которые помещаются во рту, отделение костей, смягчение твердой пищи в случае нарушения процесса жевания и

глотания, а также наливание напитков в посуду, предназначенную для питья. Сюда включаются те действия, которые служат для того, чтобы готовая уже пища могла быть употреблена человеком, которому оказывается помощь. Сюда не включаются приготовление блюд и сервировка стола (например, в столовой или гостиной);

2) **прием** пищи. К этому относятся действия, связанные с приемом пищи в твердой и жидкой форме при помощи специальной посуды и приборов, а также подача пищи через зонд (желудочный зонд) или гастростому.

**Внимание:** процедура кормления через зонд входит в компетенцию специального ухода и может выполняться только медицинской сестрой. В то же время работник по уходу выполняет порученные ему медицинской сестрой подготовительные действия и заботится о чистоте используемого в этой методике кормления инструмента.

Медицинский работник по уходу может выполнять действия, связанные с подачей пищи через питательные фистулы при условии прохождения дополнительного обучения уходу за пациентом с выведенной питательной фистулой.

### 4. Движение:

1) **помощь** при вставании с кровати и укладывании в кровать, кроме самого действия перемещения, охватывает также убеждение пациента и приготовление условий к принятию решения об укладывании в постель или вставании с нее;

2) **смена положения** тела в кровати охватывает изменение позиции тела у пациентов, неспособных самостоятельно выполнять это действие. Работник должен знать и соблюдать условия профилактики последствий длительного обездвиживания;

3) **одевание и раздевание**, диапазон профессиональных обязанностей охватывает расстегивание и застегивание молний, пуговиц, снятие и одевание обуви, выбор одежды (соответственно времени года, времени дня, погоды), одевание и раздевание, взятие одежды из места ее хранения, например, с вешалки или из шкафа. Также сюда относятся установка и снятие протезов, корсетов или обтягивающих чулок;

4) **перемещение.** В задачи работника по уходу при этом входит помощь при хождении, стоянии, хождению по лестнице внутри комнаты или квартиры при обеспечении основной жизненной активности. В случае лиц на инвалидной коляске перемещение также включает использование инвалидной коляски. В действии «перемещение» предусматривается также перемещение пациента, например, на инвалидную коляску или на туалетное кресло, в ванную или в душевую кабину с использованием средств для перемещения, скользящего оборудования или перемещающегося фиксатора вертикального положения.

#### Определение времени, затрачиваемого на уход

Время, затрачиваемое на уход, которое мы должны учитывать при планировании услуг по уходу, – это сумма времени, которое мы должны потратить на все необходимые действия по уходу и при этом, которые мы должны выполнить, чтобы удовлетворить основные потребности пациента, за которым мы ухаживаем. Таким образом, выбираем из списка процедур по уходу, указанных в таблице, те, которые планируем выполнить (план по уходу), берем из таблицы время длительности выбранных действий и суммируем. Таблица содержит средние значения времени, что означает, что данное действие, выполняемое работником, может длиться немного меньше или больше, в зависимости от обстоятельств. Из многолетней практики вытекает, что лежачий пациент требует индивидуального ухода, на который нужно затратить в течение суток около 4-х часов. При планировании норм труда для работников нужно также учесть факт, что часто процедуры по уходу должны выполнять два человека, и даже четыре, как в некоторых случаях поднятия и перемещения тяжелых пациентов. Это время нужно добавлять к общему времени индивидуального ухода. Поскольку нормы труда медицинских сестер вычисляются на основании директив, содержащихся в распоряжении министра здравоохранения, нижеприведенный пример касается только норм труда работников по уходу.



©PressFoto/Monkey Business Images

**Пример:** В учреждении по уходу за больными одновременно пребывает 39 пациентов, имеющих 0 пунктов по Шкале Barthel (полностью несамостоятельные). Суммарное время необходимых действий по уходу (только основной уход), которые нужно выполнить, чтобы не ухудшить состояние здоровья пациентов, составляет в среднем 160 минут для каждого.

39 пациентов x 160 минут (2 часа 40 мин) = 104 часа индивидуального ухода в сутки,

104 часа делим на величину рабочего дня работника или 7,35 часов. Получаем результат, что в течение суток должны работать 14 работников.

Организационно это выглядит следующим образом: утром работает 6 человек, после обеда – 5, а ночью – 3. Это означает то, что один работник ухаживает за шестью пациентами в течение дневного дежурства и за 13-ю пациентами в течение ночи. В общем расчете получается 0,4 (0,36) штатной единицы на человека. Очевидно, здесь учтено только непосредственное время выполнения действия. В действительности, однако, к непосредственному времени добавляем время, которое связано с различными действиями, выполняемыми в связи с уходом за пациентом (например, переодевание в разделке в рабочую одежду, участие

в передаче смены, заполнение документации и т.п.). Поэтому, принимая во внимание эту ситуацию, на индивидуальный уход нужно планировать 200 минут. Очевидно, что здесь принимаются во внимание только необходимые действия, выполняемые за максимально короткое время, в ситуации, когда работник по уходу все рабочее время (с перерывом 0,5 часа) посвящает уходу за пациентами. Кроме того, не учтены в таблице времени например, помощь медицинским сестрам при проведении процедур по уходу (например, чистка и подготовка инструмента, используемого медицинскими сестрами, доставка диагностического материала в лабораторию, перевозка пациента на процедуры). Нужно также принять во внимание обычные человеческие ограничения: усталость и право на перерыв, выходные дни и отпуск, а также отсутствие по болезни.

В итоге можно сделать вывод: если нормы труда персонала, занимающегося уходом за пациентами в учреждении, о котором идет речь в примере, были бы ниже, чем 0,8 штатной единицы на пациента, то выполнение всех необходимых для здоровья пациента процедур по уходу было бы невозможно. ■

# ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПОЛЬЗА И БАРЬЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ InterRAI – ПОЛЬСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

*Катажина Щербиньска,*

*д.м.н., адъюнкт кафедры эпидемиологии и профилактической медицины медицинского факультета Ягеллонского университета в Кракове (Польша)*

*Веслава Мойса,*

*ассистент Центра семейной и социальной медицины Медицинского университета в Белостоке (Польша)*

*Гражина Вуйчик,*

*ассистент Центра социальной медицины, сотрудник отдела науки о здоровье Варшавского медицинского университета (Польша)*

*В Польше в рамках исследовательских работ были предприняты попытки использования инструментов InterRAI ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)) в долгосрочном стационарном уходе – в домах социальной помощи (DPS), в учреждениях по уходу за больными и нуждающимися в уходе (ZOL), а также при уходе за пациентами на дому. Практика показала, что возможно разработать точное описание степени несамостоятельности пациента в ежедневной активности (ADL – Activities of Daily Living), степени нарушения познавательных функций, проявления депрессии, степени усиления боли, риска развития пролежней, частоты несчастных случаев и многих других, в т.ч. и геронтологических проблем.*

**М**ониторинг состояния пациента при этом становится более качественным, появляется возможность сравнения пациентов

по форме ухода, к которой они были отнесены. Инструмент InterRAI, однако, является серьезным вызовом для медицинских сестер, поскольку приносит новые административные обязанности.

Применение методов InterRAI ведет к тому, что медицинская документация становится ценной информацией для изучения проблем пациентов и планирования ухода и лечения. На первом этапе подготовки медсестер к применению системы нужно обратить особое внимание на мотивацию медперсонала, отвечая на вопрос: «Зачем это нужно?» После объяснения значения инструментов InterRAI для повышения квалификации медсестер в долгосрочном уходе, а также для улучшения диагностики, а следовательно, лечения и ухода обычно происходит позитивное изменение

отношения к обучению и применению на практике.

На следующем этапе объясняем структуру опросного листа, основы оценки отдельных параметров, отвечаем на вопросы.

Медицинские сестры отмечали, что заполнение опросных листов в первый раз занимало 60–90 минут, т.к. требовало внимательного чтения, чтобы разобраться с критериями оценки. После этого время сокращалось до 20–30 минут. Отметим обучающиеся и то, что с каждым заполнением опросника они набирались опыта и учились тому, на какие проявления и характеристики надо обращать внимание. Опросник InterRAI выполняет образовательную роль – обучает комплексной гериатрической оценке, которая выходит за пределы медицинских параметров. Многие медсестры подчеркивали, что ранее не реагировали на некоторые проявления беспокойства и жалобы пациентов, считая их несущественными. Вот высказывание одной из медсестер: «Я не

представляла, что так много пациентов имеет проявления депрессии. Теперь я знаю, на что нужно обращать внимание и как интерпретировать эти проявления».

Достоинством опросника InterRAI является то, что при его заполнении нет необходимости задавать много вопросов пациенту, так как медсестра заполняет его на основании собственных наблюдений за пациентом в течение нескольких дней. Опросник исчерпывающим образом описывает все медицинские, психологические и общественные проблемы, социальные потребности пациента. При этом опросник может определенно заменить использованную ранее документацию и вытеснить выполнение оценок с помощью других трудоемких шкал – Mini Mental State Examination (MMSE), шкалы депрессии Geriatric Depression Scale by Yesavage, ADL, MNA, шкалы риска несчастных случаев, пролежней и других.

Непрерывное обучение персонала играет важную роль в учреждениях долгосрочного ухода и социальной помощи. Основной вопрос при этом: как дешево и быстро подготовить работников по уходу для работы? Опросник, напоминающий медицинское интервью и одновременно использующий точные критерии оценки пациента, делает возможным взаимопонимание между профессионалами и работниками, не имеющими опыта или соответствующего образования. Если па-

циент имеет тяжелую форму слабоумия (т.е. по шкале CPS = 5), то для всех эта информация имеет одно и то же значение: пациент имеет в большой степени нарушение познавательных функций, что требует постоянного надзора за ним и ухода при самообслуживании. Это является сигналом, что пациент нуждается в консультации соответствующего врача с целью постановки диагноза, что не отменяет определенных действий по присмотру за ним и оказанию ему медицинской помощи, согласно стандартов InterRAI.

Применение системы InterRAI создает возможность сравнения пациентов с различными формами ухода. В результате исследований, проведенных в 2005–2010 годах др. Щербиньской (Szczubińska) в нескольких домах социальной помощи и учреждениях по уходу, было выяснено, что степень самостоятельности пациентов в этих учреждениях различается, что, скорее всего, является результатом отличия принципов распределения пациентов в учреждения по уходу (ZOL) и дома социальной помощи (DPS).

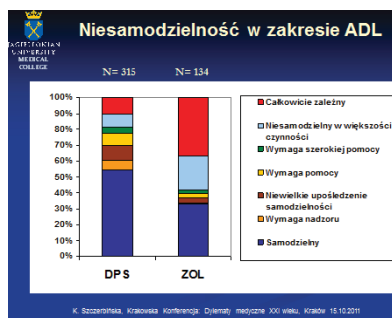


Рисунок 1. Число пациентов с различной степенью самостоятельности в ежедневной активности (ADL) в зависимости от места пребывания, где DPS – дом социальной помощи; ZOL – учреждение по уходу;

- – полностью зависимый;
- – зависимый в большинстве бытовых функций;
- – нуждается в широкой помощи;
- – нуждается в обычной помощи;
- – небольшое ограничение самостоятельности;
- – нуждается в присмотре;
- – самостоятельный

Дифференцирование пациентов по степени нарушения познавательных функций является меньшим в учреждениях по уходу

(ZOL), чем в домах социальной помощи (DPS), несмотря на значительно большее финансирование, чем в ZOL. В Финляндии разница между подобными учреждениями более значительна. Определенной неожиданностью оказались результаты социальных исследований, проведенных др. Мойса (Mojsę), которые показали, что частота проявления нарушений познавательных функций и степень их усиления более высоки у пациентов, за которым осуществляется долгосрочный уход, реализованный на дому, по сравнению с пациентами, пребывающими в учреждениях DPS или ZOL. Эта информация может указывать на необходимость разработки совершенно нового подхода к финансированию различных форм ухода.

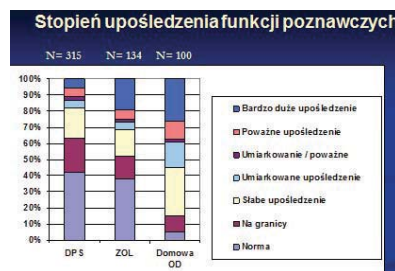


Рисунок 2. Число пациентов с различной степенью нарушения познавательных функций в зависимости от места пребывания (DPS, ZOL, домашний долгосрочный уход).

Степень нарушения познавательных функций:

- – очень сильное нарушение;
- – сильное нарушение;
- – умеренное / сильное;
- – умеренное нарушение;
- – слабое нарушение;
- – на границе;
- – норма

В Польше в настоящее время нет разработанной системы оценки качества ухода в учреждениях по уходу за больными. Система InterRAI делает возможной оценку качества ухода, используя клинические показатели. Одним из таких показателей является частота проявления боли. При долгосрочном домашнем уходе проявление боли и ее усиление проявляются чаще. 28 % лиц жаловались на ежедневную боль различной силы, причем 2 % чувствовали парализующую боль.

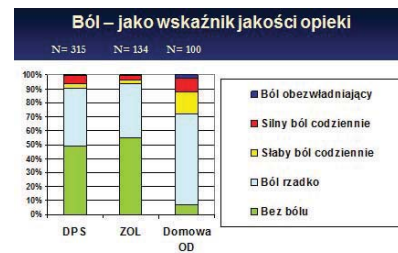


Рисунок 3. Проявление боли различной интенсивности у пациентов, охваченных уходом в DPS, ZOL или долгосрочным уходом на дому.

Боль как показатель качества ухода:

- – парализующая боль;
- – сильная боль ежедневно;
- – слабая боль ежедневно;
- – редкая боль;
- – без боли

В свою очередь, проявление признаков депрессии, которые также трактуются как показатель качества ухода, проявляются чаще у пациентов домов социальной помощи, чем при домашнем уходе, подтверждая тот факт, что пребывание дома или перспектива возвращения домой связаны с более редким проявлением депрессии.

Суммируя представленный польский опыт, сделаем вывод: применение системы InterRAI получило хорошую реакцию медсестер, позволив им лучше понимать проблемы пациентов. Сравнение результатов исследований пациентов, охваченных различными формами ухода, выявило проблемы ухода на дому, которые характеризуются значительным дефицитом физического и душевного здоровья и тем, что они чаще жалуются на болезненные недомогания. Пациенты в обследованных DPS находятся в определенной лучшей кондиции, хотя чаще проявляют признаки депрессии.

### Размышления над применением инструментов InterRAI при долгосрочном домашнем уходе

Долгосрочный медицинский домашний уход – это новая категория медицинских услуг, которая была введена в польскую систему здравоохранения вместе с развитием системы медицинского страхования. Развитие этого сектора медицинских услуг в масштабе всей страны в последние 10 лет сделало услуги доступней в рамках медицинского страхования для пациентов в большинстве уч-

реждений страны. В течение этого периода многократно менялось название услуги и принципы ее оказания, однако сущность осталась неизменной.

Долгосрочный медицинский домашний уход направлен на лиц:

- у которых проявляется значительный дефицит в самостоятельном уходе, на уровне 0–40 баллов по 100-балльной шкале Barthel;

- находящихся в разном возрасте и состоянии здоровья, которое не требует лечения в условиях больничного стационара;

- которые не хотят или не могут пребывать в учреждениях стационарного долгосрочного ухода.

Медицинская сестра (работник по уходу), работающая в системе долгосрочного домашнего ухода, может ухаживать только за 6-ю пациентами на дому или за 12-ю пациентами, проживающими в учреждениях. Пациенты долгосрочного медицинского домашнего ухода на дому пользуются также услугами врача и семейной медсестры.

Характерной чертой медицинских учреждений долгосрочного ухода является то, что реализуемые услуги и проблемы тесно связаны не только с медицинским уходом как наукой, но охватывают диапазон клинических наук (неврологию, психиатрию, гериатрию) и требуют использования знаний социальных наук, права и широкой компетенции в области сотрудничества с семьей и местной администрацией. Вследствие относительно короткого периода развития долгосрочного ухода в нашей стране не разработано собственных диагностических и терапевтических стандартов, поэтому отсутствуют верифицированные инструменты, которые были бы помощью для всех профессионалов, работающих в этой области, а для пациентов стали бы еще одной гарантией правильности диагноза и ухода.

Из исследований, проведенных др. Мойса в 2009–2010 годах, по истечении относительно короткого периода практики и развития этой формы услуг следует вывод, что пациенты на домашнем уходе составляют особую группу. Большинство из них составляют женщины – 66%, лица старше 80 лет составляют 57 %, чаще всего это люди, живущие с другими

членами семьи, редко – в жилище, приспособленном к потребностям лиц с ограниченными возможностями (18,2 %). 39 % обследованных – это лица, прикованные к кровати (только 1 % обследованных лиц был в состоянии покинуть жилище), а остальные должны были пользоваться вспомогательным оборудованием или перемещаться на инвалидной коляске. Большинство из них – это люди, полностью зависящие от помощи других лиц в повседневной жизни. Примечательным является тот факт, что никто среди обследованных не пользовался специальными услугами по уходу, предоставляемыми в рамках социальной помощи.

Пациентов долгосрочного медицинского домашнего ухода характеризует большая смертность (15 % ушло из жизни в течение 90 дней наблюдения), зависящая от возраста (80 % умерших лиц достигло или превысило 80 лет), имеющих многочисленные хронические заболевания (у 18 % диагностировано 7–8 болезней) и значительную потерю самостоятельности.

Новейшие исследования с использованием InterRAI-НС были проведены (под руководством магистра Вуйчик (Wójcik)) в 2011–2012 годах среди 350 пациентов, пользующихся услугами долгосрочного медицинского ухода в домашних условиях на территории трех воеводств: Мазовецкого, Подкарпатского и Лодзьского. Исследовательский материал находится на конечной стадии анализа результатов, но на настоящем этапе можно сообщить предварительную информацию. Популяция обследованных пациентов характеризуется большими различиями в состоянии здоровья, способности к самообслуживанию и доступности для них медицинских и социальных услуг. Полученные данные позволят описать популяцию пациентов и оценить эффективность функционирования медицинского и социального ухода по отношению к пациентам долгосрочного медицинского ухода.

В результате этих исследований появилось несколько тенденций: для пациентов с большими нарушениями познавательных функций InterRAI может быть инструментом для начальной и отсеивающей

оценки. Однако этот инструмент не может быть использован при первом собеседовании с пациентом и его семьей в день назначения ухода, так как оценка с помощью системы InterRAI требует длительного наблюдения пациента. Поэтому для таких пациентов опросник InterRAI на первом этапе не может полностью заменить медицинскую документацию. Этот инструмент должен быть использован спустя 2–3 недели работы с пациентом. Заслуживает внимания и тот факт, что инструмент систематизирует начатую работу с пациентом и указывает на аспекты качества жизни хронически больных лиц, о которых медсестры часто говорят, но не документируют их. Точная оценка проблем и потребностей пациентов учитывает нагрузку на обслуживающий персонал и позволяет планировать помощь. Инструмент дает всестороннюю оценку проблем пациента, включая информацию о прописанных врачом лекарствах и тех лекарствах, которые не были прописаны, но употреблялись, изменения доз пациентом или временных перерывов в употреблении выбранных лекарств, например, из-за финансовых соображений. Структура опросника, принимая во внимание различные аспекты здоровья и функционирования пациента, ставит перед медсестрой долгосрочного ухода дополнительные задачи для сотрудничества не только с врачом, но и работниками социальной помощи.

Внедрение всесторонней диагностики пациента долгосрочного ухода с помощью системы InterRAI должно облегчить разработку новых принципов финансирования медицинских услуг в этой области и уход от договорных усредненных ставок, опирающихся на принцип человеко-дня ухода за больным в направлении внедрения финансирования состоящего, например, из базовой ставки и корректирующей ставки, являющейся производной от результатов оценки качества работы с помощью InterRAI. Внедрение системы InterRAI (оценка пациентов, планирование ухода, реализация стандартов ухода, оценка его качества и оценка расходов на услуги) является задачей огромной сложности. ■



# РОЛЬ ОБУЧЕНИЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТА, ДРУГИХ ЛЮДЕЙ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В УХОД, И ВОЛОНТЕРОВ ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Елизавета Александровна Бакунина,  
Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Хоспис № 1 имени В. В. Миллионщиковой» Департамента здравоохранения города Москвы (Россия)*

**Н** и одна из крайних форм не приносит реальной пользы пациенту и усугубляет чувство вины, бессилия и отчаяния у его родственников.

Почти треть рабочего времени врач хосписа проводит в общении с родственниками своих пациентов, помогая им понять, как они могут помочь больному; убеждают, что даже один ухаживающий может сделать много; стараются направить их чувства, сострадание и любовь так, чтобы пациент их ощутил и получил всю возможную поддержку и хороший уход. Врачи, медсестры и социальные работники постоянно обучают родных и близких пациента простым манипуляциям, которые те могут выполнить на дому: как ухаживать за полостью рта; как правильно поворачивать лежачего пациента, не сделав ему больно и не повредив спину себе; как, сколько, чем и как часто поить и кормить; что отвечать на трудные вопросы; как промывать катетеры и ставить ежедневно подкожные капельницы, если пациент находится вне досягаемости выездной службы. Эти и другие навыки позволяют пациенту находиться там, где он хочет, – дома, в кругу семьи, а семье – реализовать свое желание помочь и делать это умело и без страха. Именно поэтому все большее значение и важность приобретает аспект обучения в паллиативной помощи – обучения семьи и других людей, вовлеченных в уход. Отдельная программа обучения ухаживающих за неизлечимо

*Неизлечимое заболевание всегда приходит неожиданно и редко затрагивает только самого пациента. В болезнь тем или иным образом вовлекаются семья и друзья. В большей части случаев они очень хотят помочь близкому человеку, но не знают, как это сделать. Желание помочь при незнании того, как можно это сделать, может принимать совершенно разные, зачастую крайние формы от агрессии ко всем медицинским и социальным службам в попытке помочь больному, «заставив» других делать свою работу еще лучше и активнее, до ухода в себя и абстрагирования от ситуации.*



©PressFoto/rukhlenko

чимо больным пациентом позволит систематизировать информацию, частично снять нагрузку со специалистов стационара и выездной службы, даст возможность ухаживающим познакомиться с другими людьми, попавшими в аналогичную жизненную ситуацию, и понять, что они не одни.

Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по паллиативной помощи подчеркивают важность вовлечения семьи, друзей и волонтеров в уход за

неизлечимо больным пациентом. Только так можно добиться удовлетворения желаний пациента (согласно опросу ВОЗ безнадежно больных пациентов, 75 % из них хотят умереть дома), отсутствия чувства вины у родственников и рационального использования ресурсов здравоохранения – одни сутки нахождения пациента дома, под наблюдением выездной службы обходятся отечественному здравоохранению в три раза дешевле, чем день в стационаре. В

«Белой книге» – Рекомендациях Европейской ассоциации паллиативной помощи подчеркивается важность разработки стандартов по обучению населения.

Что же мешает родственникам обеспечивать хороший уход за больным человеком дома? Прежде всего – недостаток информации (о создании глобального информационного портала по паллиативной помощи и о школе по подготовке сиделок, которую создает фонд «Вера», будет рассказано в одной из следующих статей) и практических навыков. Зарубежный опыт показывает, что создание образовательных групп для семей и других людей, вовлеченных в уход, – это осуществимая, общедоступная и очень нужная задача.

### **Обучающие программы**

В опубликованном в газете «Московский комсомолец» интервью о последних днях, проведенных со своей матерью – замечательной певицей Еленой Образцовой, Елена Образцова-младшая говорит следующее о возможности помочь в уходе: «Для меня это тоже было частью прощания с мамой, возможностью сказать на физическом уровне, что я ее люблю. Как будто не я была ее ребенком, а она – моим. Мы ее мыли под красивую музыку, перевязывали, переворачивали, обкладывали подушками – это надо было делать три раза за день. Вообще, то, что мы делали, на самом деле очень просто делается, только надо учить навыкам ухода за больными. ... Ведь от одной мысли, что у тебя дома окажется лежачий больной, – сразу паника, истерика: всё, жизнь закончилась! А она не закончилась: это занимает не так много времени и физических сил. А потом, у тебя есть потрясающее чувство близости к этому человеку, особенно если это один из твоих родителей. Как в детстве: вы мокрые, грязные, голодные, орете, а вас взяли – помыли, переодели, покормили, прижали к груди. А это – то же самое, только с точностью до наоборот. И совесть твоя спокойна».

Паллиативная помощь в России, начав свое развитие в 90-е годы 20 века, продолжает движение к получению собственной естественной и необходимой ниши в системе здравоохранения. 21 ноября 2011 вступил в силу Федеральный закон N 323-ФЗ «Об основах охраны здо-

ровья граждан в Российской Федерации», тем самым утвердив паллиативную медицинскую помощь (ПМП) как отдельный и новый вид помощи в отечественном здравоохранении. Другой документ – «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» – регламентирует формы организации данного вида медицинской помощи. Порядок выделяет кабинет ПМП в качестве основной формы помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому. Кабинет является структурным подразделением медицинской организации, имеющей лицензию на оказание ПМП. Одной из основных функций Кабинета является обучение родственников больных практическим навыкам общего ухода за ними, а также обучение членов семьи основам медико-психологических и социально-медицинских знаний для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях (в соответствии с Постановлением Госстандарта РФ от 24.11.2003 N 327-ст «О принятии и введении в действие национального стандарта»).

Родственники, которых обучили уходу, помогают с радостью и без страха что-то сделать не так. Они участвуют в уходе в стационаре, приходят помочь с обедом, погулять с родственником или пожелать ему спокойной ночи. Приходя в хоспис, они реже вызывают на помощь медсестру, тем самым давая больше времени персоналу на тех больных, у которых нет родственников, и на более тяжелых пациентов. Дома семья, прошедшая обучение, также чувствует себя спокойно, понимая, что происходит с пациентом, и что нужно делать, чтобы облегчить состояние; в случае же непредвиденной ситуации им всегда дадут совет по круглосуточному телефону в хосписе.

Зачастую при вызове сторонних специалистов для консультации оказывается, что члены семьи умеют и знают даже больше, чем профессионалы.

Среди базовых навыков ухода на дому необходимо выделить:

- введение по часам прописанных лекарственных препаратов для снятия болевого синдрома и других неблагоприятных симптомов;

- регулярное выполнение прописанных манипуляций: постоянные повороты и легкий массаж

для профилактики пролежней, легкий перкуторный массаж для профилактики застойных явлений в легких и улучшения отхождения мокроты, гигиена полости рта, гигиена тела, перевязки;

- организация пространства вокруг больного;

- грамотное перемещение пациента;

- основы психологической поддержки;

- основы немедикаментозного облегчения симптомов – расслабление, глубокое дыхание, музыка;

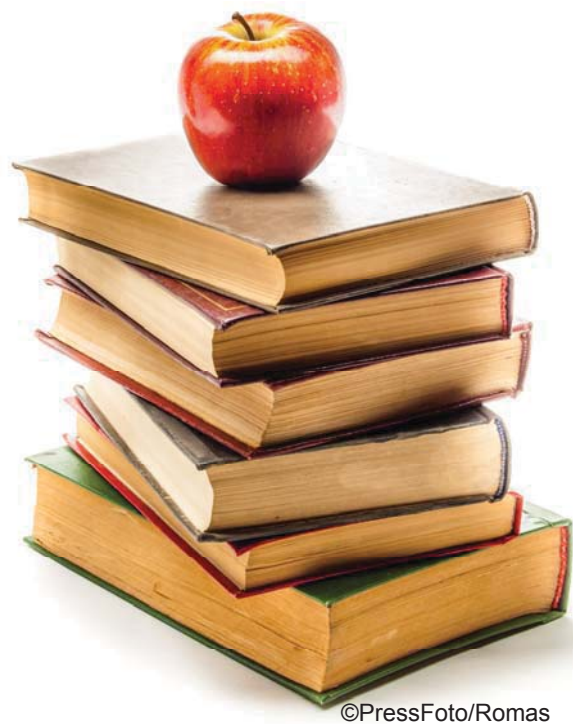
- ведение дневника пациента: записи о принимаемых препаратах, проведенных процедурах, количестве полученной еды и жидкостей, физиологических отправлениях и фиксации всех неблагоприятных эпизодов;

- основные коммуникативные навыки для обсуждения трудных вопросов.

### **Обучение персонала по уходу**

Как бы ни хотели родственники помогать больному сами, существуют ситуации, когда без помощи не обойтись. Начинается поиск человека для обеспечения ухода – сиделки. Хорошую сиделку в любом городе России найти сложно. Квалифицированные, говорящие и понимающие по-русски, человеколюбивые сиделки передаются из рук в руки, также как хорошие няни и мастера по ремонту. Для семьи, члены которой потрясены новостью о неизлечимой болезни близкого, но вынуждены работать, чтобы сохранить место и платить по счетам, поиск хорошей сиделки только добавляет забот. К сожалению, даже обращение в агентство, которое тоже берет свой процент, не гарантирует получения качественных услуг. Согласно анкетам на сайте [romogatel.ru](http://romogatel.ru), лишь у 23 % лиц в Москве, работающих сиделками, есть постоянная регистрация в РФ, не говоря уже о соответствующем образовании и разрешении на работу. Как следствие, они не несут никакой ответственности в случае возникновения неблагоприятных ситуаций.

Фонд помощи хосписам «Вера» поддерживает хосписы по всей России, но не только материально. Одним из приоритетных направлений работы фонда является образование. Это образование врачей и медсестер (ежегодные врачебная и сестринская конференции; поездки для обмена опытом с



©PressFoto/Romas

зарубежными коллегами), родственников (мастер-классы для семей взрослых и маленьких пациентов), персонала по уходу.

Необходимость обучения уходу за тяжелобольными была очевидна давно. В России уже существуют инициативы по созданию курсов по уходу за тяжелобольными как на частном, так и на государственном уровне.

Фонд «Вера» тоже начинает работу в этом направлении. Главными задачами нового проекта являются создание учебного центра, где будут проходить обучение не менее 200 человек в год, и тиражирование программы обучения в регионы. Параллельно с этим на государственном уровне будет лоббироваться появление немедицинской специальности «сиделка» или «специалист по уходу». Во многих медицинских центрах страны при наличии прекрасных врачей и других специалистов, новейшего оборудования и хороших условий пребывания не хватает именно общего ухода – профессионального, непрерывного и кропотливого выхаживания больных. Здесь мы говорим не только о паллиативной медицинской помощи, но и о всей системе здравоохранения в целом. В отношении пожилых и тяжело больных граждан разделять медицинскую и социальную помощь нецелесообразно. Каждый третий житель России умирает от болезни и в конце ее в среднем от 3 до 6 месяцев нуждается в круглосуточном уходе. На сегодняшний день не существует не только специальности «сиделка», но и каких-либо образовательных стандартов и списка требований, предъявляемых к специалистам в данной области. Инициаторы проекта «Сиделки» Благотворительного фонда «Вера» видят среди своих студентов практикующих и потенциальных сиделок, младший медицинский персонал ЛПУ, социальных работников, волонтеров, врачей и медсестер, посещающих лекции, семинары, курсы повышения квалификации, и, конечно же, родственников пациентов. При успешном прохождении квалификационного экзамена студент получает сертификат.

Среди базовых знаний и навыков профессиональной сиделки необходимо выделить:

- организацию пространства больного;
- особенности заболеваний;
- основы фармацевтики;
- основы паллиативной помощи;
- основы реабилитации;
- первую помощь;
- уход за лежачими пациентами (питание, мытье, обработка ран и пролежней, уход за стомой, катетером и проч.);
- перемещение пациентов, эрготерапия и кинестетика;
- язык жестов;
- трудные коммуникации (сложный разговор) и психологические аспекты помощи;
- юридические аспекты работы с тяжелыми пациентами; права инвалидов.

Отдельная тема для обсуждения – это помощь добровольцев и их обучение. Все больше людей хотят помогать, делясь самым ценным, что у них есть, – своим временем. В Хосписе № 1 г. Москвы активное привлечение волонтеров началось в 2006 г. В настоящее время хоспису помогают более 100 постоянных волонтеров. Вопрос их обучения всегда играл важную роль, но определенной системы обучения не существовало. Волонтеры учились постепенно, начиная со складывания салфеток для перевязок, позднее переходя к все более сложным и ответственным делам, требующим опыта и понимания философии паллиативной помощи.

Создание стандартизированного обучающего курса по уходу на дому ускорит подготовку волонтеров, которые помогают как пациентам и персоналу в стационарах, так и в семьях. Курсы помогут получить профессиональное образование тем сиделкам, которые в настоящее время работают без всякой теоретической подготовки и часто действуют не на основе знаний, а интуитивно. Обучение родственников пациентов поможет им легче пережить утрату, дав осознание реальной качественной помощи и поддержки своему близкому человеку. Более качественный уход на дому силами семьи, волонтеров или профессиональных сиделок поможет снизить количество необоснованных визитов выездных служб и позволит пациентам длительное время находиться дома, поступая в стационар по медицинским показаниям, а не по причине неудовлетворительного общего ухода.

### Литература

1. World Health Organization // Palliative care. – 2002 ; Available at : <http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/>.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ // Available at : [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_148786/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148786/).
3. Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1343н // Available at : <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572>.
4. Введенская, Е.С., Невзорова, Д.В. Об основах организации кабинетов паллиативной медицинской помощи : вопросы и ответы (готовится к печати).
5. Райкина, М. Елена Образцова-младшая : « Я до сих пор не могу плакать по маме». – М., 2015 // Available at : <http://www.mk.ru/culture/2015/02/08/elena-obrazcovamladshaya-ya-do-sikh-por-ne-mogu-plakat-po-mame.html>.
6. Белая книга : стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе : часть 1 // Европейский журнал паллиативной помощи (EJPC). – 2009. – Т. 16. – № 6. – С. 278–289. ■

# МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК ПО УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ КАК ПРОФЕССИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ДОВЕРИЯ

*Гражина Смяровска,*

*лечебное учреждение для тяжелобольных им. Ксендза Ежи Попелюшки, г. Торунь (Польша)*

*Медицинский работник по уходу за тяжелыми больными – профессия, которая появилась в Польше в 2008 году. Потребность в новой профессии по уходу за больными была определена изменяющейся системой образования медицинских работников, а также нарастающей потребностью предоставления медицинских услуг по уходу в связи с ростом популяции людей с хроническими болезнями, нуждающихся в постоянном уходе.*

**К**омпетентность медицинского работника по уходу за тяжелыми больными позволяет ему профессионально помогать нуждающемуся в постоянном уходе лицу, удовлетворять его основные жизненные потребности. В процессе обучения медицинский работник приобретает коммуникативные навыки и умение работать в коллективе. Для такого работника характерна эмпатия, которая очень важна в контакте с другим человеком. Кроме того, работая с больным и нуждающимся в постоянном уходе человеком, он несет ответственность за результаты своих действий. Такой работник своим профессиональным поведением популяризирует здоровый образ жизни.

Выпускник школы опекунов, имея специальность медицинского работника по уходу за тяжелобольными, готов помогать людям удовлетворять их физиологические, психологические и общественные потребности, ассистировать медицинской сестре и другому медицинскому персоналу во время выполнения медицинских процедур, процедур по консервации, дезинфекции используемых приборов и инструментов.

В зону действия медицинского работника по уходу за больными относятся:

- планирование и выполнение гигиенических и медицинских процедур с учетом состояния пациента;
- выполнение противовоспалительных процедур и лечебных ванн по распоряжению врача или медицинской сестры;
- обеспечение удобного и безопасного положения в постели;
- помощь при смене положения, вставании и перемещении;
- выполнение процедур, связанных с питанием пациента (помощь пациенту в принятии пищи или кормление);
- сотрудничество с медперсоналом;
- активизация и организация свободного времени пациента;
- применение положений законодательства, касающихся прав пациента;
- профилактика пролежней и проведение противопролежневых мероприятий;
- передача медицинской сестре информации о наблюдаемых изменениях в состоянии здоровья пациента;
- обучение и информирование пациента и его родственников области личной гигиены и медицинских процедур.

Медицинские работники с такой подготовкой могут работать в медицинских учреждениях по долгосрочному уходу за больными, в

больницах, а также в домах общественной помощи с профилем оказания помощи больным, где такие работники становятся интегральной частью лечебных коллективов.

С 2008 года профессиональную квалификацию медицинского работника по уходу за больными могут получить выпускники средней школы в г. Торунь. Торуньский завод перевязочных материалов с этой целью организовал в Европейском центре обучения Школу обучения медицинских работников по уходу за больными. Из-за большого интереса к этой профессии в 2012 году была открыта вторая такая школа в г. Быдгощ.

Европейский центр придает большое значение качеству образования, т.к. медицинский работник по уходу за больными является профессией общественного доверия. Теоретические занятия проводятся преподавателями-практиками, имеющими педагогическое образование. Практические занятия проводятся в хорошо оснащенных учебных лабораториях, а умения обучающихся, приобретенные в этих лабораториях, подтверждаются практикой в учреждениях службы здоровья под присмотром опытных работников. Потребителем услуг медицинского работника по уходу является больной, очень часто зависящий от других лиц в процессе реализации основных жизненных потребностей. Поэтому нашей миссией является подготовка профессионального, ответственного и эмпатичного медицинского работника по уходу за больными. ■

# ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ ВО ВЛАДИМИРСКОМ БАЗОВОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

*Ольга Дмитриевна Антропова,  
заведующая сестринским отделением ГБОУ СПО ВО «Владимирский базовый медицинский колледж»,  
г. Владимир (Россия)*

**Н**аши подопечные не хотят быть обузой для своих родных, но не знают, как самостоятельно себя обслуживать. Большинство из них пользуется средствами ухода прошлого века (судна, утки, поильники), для них подгузник – новейшее изобретение человечества. К сожалению, в нашем городе нет консультативного центра по уходу за лежачими пациентами и инвалидами. Студенты Владимирского медицинского колледжа провели блиц-опрос, респондентами которого были посетители аптек, приобретавшие средства ухода.

По результатам опроса оказалось, что 30 % респондентов покупают средства ухода по совету фармацевта, 24 % – по рекомендации знакомых, 5 % узнают о новых средствах ухода из рекламы TV или журналов и только 10 % респондентов отметили, что средства ухода за тяжелобольным родственником им посоветовала участковая медицинская сестра. Большинство респондентов на вопрос: «Что является главным критерием при выборе средства ухода?» – ответили, что выбирают более дешевые средства. После анализа социологического опроса, проведенного студентами, стало понятно, что на сегодняшний день у населения совершенно недостаточно информации о средствах ухода за больным человеком. Медицинские сестры, осуществляя патронаж лежачего больного, не владеют информацией о новинках в данной сфере. В результате медицинские и социальные работники предлагают воспользоваться простыми, часто примитивными средствами ухода: пролежни продолжают лечить камфорным маслом, кожу пациента обрабатывают

*Вот уже несколько лет во Владимирском базовом медицинском колледже работает волонтерский отряд. В рамках волонтерского движения наши студенты оказывают помощь одиноко проживающим пожилым людям и инвалидам. В колледж постоянно обращаются родственники пациентов с просьбами о помощи. В рамках социального проекта «Свет добра» студенты приходят к нуждающимся людям, помогают им помыться, перестелить кровать, обработать кожу. Для любого человека важно сохранить качество жизни, самостоятельно обеспечить личные потребности.*

вазелиновым маслом или детским кремом. Подобные «рекомендации» не только не облегчают жизнь пациенту, но часто доставляют ему дополнительные страдания. Студенты Владимирского медицинского колледжа пытаются собственными силами решить данную проблему. На занятиях по клиническим дисциплинам, на заседаниях кружка по основам сестринского дела студенты медицинского отделения разрабатывают презентации для пациентов стационаров города, для работников социальных служб, для подопечных проекта «Свет добра».

В данных презентациях студенты рассказывают о новинках индустрии средств ухода, о правилах ухода за кожей пациента, о профилактике пролежней. На декабрь 2013 года было проведено 8 занятий в ЛПУ города Владимира. Темы презентаций заинтересовали не только пациентов и их родственников, но и медицинский персонал. Проведенные в Службе социальной опеки мастер-классы по уходу были одобрены работниками социальных служб. Много занятий было проведено у постели больных на дому.

Мы много лет реализуем проект по оказанию помощи пожилым людям и инвалидам и с некоторых пор начали замечать, что больные люди и их родственники совершают одни и те же ошибки при



©PressFoto/Pressmaster

выборе средства ухода. Мы часто сталкиваемся с тем, что пожилой человек не всегда рационально использует новое средство ухода.

Поэтому в качестве своей задачи мы определяем не просто оказание помощи пожилым людям, но и обучение их самостоятельному обслуживанию.

В рамках волонтерского проекта у нас работает группа студентов-тренеров, которые приезжают на дом к инвалиду и проводят небольшие показы-презентации новейших средств ухода за пациентом. Специально разработанные занятия позволяют обучить пациента и его родственников основам ухода, профилактике пролежней и осложнений, гигиене и эргономике помещений, где находятся больные. Обеспечение правил ухода значительно улучшает качество жизни больного



©PressFoto/friday

человека. Обязательно такие занятия проходят в присутствии пациента, который по мере возможностей активно участвует в процессе. Волонтеры показывают, каким образом возможно самообслуживание, как пациент может помочь ухаживающему за ним человеку. Наши подопечные и их родственники ждут эти показы, активно участвуют в обсуждении средств ухода, дают рекомендации. Включение больного человека в подобную деятельность социализирует пациента, делает его самостоятельным и независимым. Я считаю, что проведение данных занятий более важно, чем разовая помощь в обеспечении ухода. Вот некоторые темы занятий:

1. «Основы гигиенических процедур». В ходе данного занятия пациентов и их родственников обучают, как правильно осуществить утренний туалет лежачего пациента, как очищать кожу гигиеническими салфетками, как использовать очищающий лосьон Seni Care или пенку для мытья и ухода. Волонтеры в своих презентациях используют продукцию торговой марки Seni. Особый интерес всегда вызывают средства ухода Seni Care, которые помогут быстро умыться или обтереть больного. Для самостоятельного проведения процедур пациенту предлагается рукавичка, которой очень удобно пользоваться. Все отмечают её преимущества – тонкая, компактная, приятная для кожи. В ходе показа присутствующие пробуют на практике применить комплекс средств для очищения и обеззараживания кожи.

Для посещения поликлиники или прохождения лечебных процедур предлагаем пользоваться влажными специальными салфетками Seni Care. Больной будет чувствовать себя комфортно, может в нужный момент протереть кожу, руки или лицо. А вот использование влажных салфеток дома не всегда оправданно, это будет достаточно дорого и не практично. Для домашнего использования больше подходит лосьон.

Для многих становится открытием, что очищенная кожа больного нуждается в дополнительной защите и регенерации. При долгосрочном уходе необходимо использовать бальзам или молочко, защищающие кожу. Таким средством может стать «Бальзам для тела для сухой кожи» из серии средств ухода Seni Care.

Хочется поделиться таким наблюдением: когда в процессе оказания помощи больным волонтеры медицинского колледжа используют защитные средства, бальзамы, масла, у пациентов улучшается не только состояние кожи, но и настроение. И это неудивительно: тактильный контакт, мягкие поглаживающие движения помогают пациенту почувствовать заботу и внимание человека, который ухаживает за ним. Во время тренингов студенты обучают пациентов и их близких правильному нанесению на кожу увлажняющих кремов, бальзамов, масла. Также обращается внимание больного на то, что эту процедуру он должен проводить регулярно и по возможности самостоятельно.

2. «Основы гигиенических процедур» – это самая востребованная тема, и студенты Владимирского медицинского колледжа постоянно совершенствуют программу данного занятия. В проведении занятия нам помогает сайт Seni.ru, где можно найти ответы на все интересующие пациента вопросы.

3. Еще одна популярная тема, которая разработана студентами – «Организация пространства (или эргономика) помещения при долгосрочной опеке».

Во время занятия студенты-тренеры предлагают варианты размещения постели больного для удобства его обслуживания,

правильного расположения средств транспортировки больного, посуды, бака для грязного белья. Студенты предлагают организовать пространство комнаты или палаты так, чтобы и пациент мог воспользоваться необходимыми ему средствами ухода. Например, салфетки для обтирания, посуда, бутылочка с водой, телефон, мусорное ведро, бак для белья, книги, материалы для хобби должны находиться рядом с человеком с ограниченными возможностями. На занятиях студенты показывают, как перестелить кровать больного, какие простыни, клеенки лучше использовать, как правильно переворачивать больного. Во время этого занятия особое внимание уделяется сохранению здоровья ухаживающего человека, показывается, как правильно, без вреда для медсестры или близкого человека осуществлять долгосрочный уход. На сайте компании Seni.ru мы нашли комплекс упражнений для сиделок, ухаживающих за тяжелобольными пациентами, и под музыку показываем некоторые из них. Важно, что мы подсказываем людям, осуществляющим уход, где найти нужную информацию и как правильно её использовать. В разработке сейчас находятся темы «Уход за пролежнями» и «Уход за ранами». Мы приглашали сотрудников компании «Белла–Волга» приехать к нам в колледж и провести конференцию по теме «Уход за ранами», ответить на все вопросы, которые у нас накопились. На конференции практикующие медицинские сестры узнали о новинках в области долгосрочного ухода.

Организовывая студентов в волонтерские отряды по оказанию помощи нуждающимся, обучая население основам долгосрочной опеки, мы не только помогаем жителям нашего города, мы воспитываем у молодых людей желание безвозмездно помогать людям, профессионально развиваться, видеть новые возможности выбранной профессии, получать социальное признание. ■

## 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

# ПОМОГАТЬ С УМОМ

*Сильвия Сувала,  
психолог, социотерапевт, Каритас (Польша)*

*Чем является помощь – необходимостью или удовлетворением потребности быть полезным? Приносит ли она удовлетворение, или она только связана с дополнительной нагрузкой, отказом от собственной личной жизни и посвящением себя благо другого человека?*



©PressFoto/sernovik

**Д**остаточно распространённым является общее убеждение, что уход за больным человеком дома связан с отречением от собственных потребностей и посвящением части своей жизни, времени и энергии другому человеку. Мы ставим знак равенства между словом «уход» и словами «труд и самоотречение». Фактом является то, что уход за больным или ограниченным в самостоятельности человеком является большим вызовом для его близких – вызовом, но его нельзя считать неразрешимой проблемой. Вызов в этом контексте интерпретируется как появление проблемы, которой мы не избегаем, а сопротивляемся ей, боремся с препятствиями в новой ситуации. В новой – это не означает, что в худшей, менее дружествен-

ной для нас самих или ограничивающей удовлетворение наших собственных потребностей.

Откуда, в таком случае, происходит уверенность в необходимости посвящения? К сожалению, широко распространено в нашей ментальности убеждение, что забота о себе сравнима с эгоизмом, самолюбием, руководством исключительно своими интересами, удовольствием и выгодой. Действительно ли думать о себе – что-то аморальное? Нет. Между девизом «Я не имею права думать о себе» и самовлюбленным эгоизмом существует большое пространство здравого мышления о себе. Оно позволяет нам сохранять собственную тождественность и здоровую стабильную психическую конструкцию, позволяющую нам эффективно функционировать, как в моменты кризисов, так и при появлении новых вызовов в дороге своей жизни и на тропинках подо-

печного человека. Без стабильной психической конструкции, бросаемые крайними эмоциями от жалости и чрезмерной чувствительности до нетерпения и злости, мы не в состоянии эффективно поддерживать подопечного и помогать ему. Особенно важным это кажется в контексте фактической и эффективной помощи, которая не обязательно связана в данный момент с приятными эмоциями самого подопечного. Например, это может быть умение не отказывать подопечному в выполнении им самим какого-либо действия, которое он в состоянии выполнить, хотя это занимает у него намного больше времени или выполняется не так аккуратно, как было бы сделано лицом, оказывающим помощь. Нестабильные эмоционально и психически, мы не будем в состоянии последовательно придерживаться поставленной цели, несмотря на убеждение в ее верности, несмотря на рациональные рассуждения и знание о том, что каждое выполненное больным действие – это форма двигательной реабилитации и шанс на улучшение его психического состояния и мышления. Перефразируя известное утверждение «сапожник без сапог», можно было бы сказать, что жизнь человека, оказывающего уход за больным, лишает его заботы о самом себе.

Забота о самом себе в определенном смысле является важным элементом организации новой жизненной среды вокруг подопечного лица, с первых моментов появления кризисной ситуации или болезни. Как это сделать? Одной из фундаментальных вещей, о которой мы должны позаботиться – это наша **иммунологически сильная личность** или семь аспектов нашей личности, которые способствуют психофизической сопротивляемости:

**1. Чувствительность к внутренним сигналам** – владение умением быстрого и точного распознавания беспокоящих симптомов, их понимания и изменения того, что



нам угрожает. Обычно мы понимаем, когда чувствуем себя плохо, чувствуем, что на нас наваливаются стресс, раздражение, опасение того, что мы недостаточно занимаемся своим подопечным. Важным, однако, является то, чтобы мы сумели точно локализовать место напряжения и боли, так как это поможет нам применить эффективный метод снятия стресса. Кроме того, легче разбираться с разными недомоганиями на первых фазах инфекции, болезни или травмы. Более того, умение наблюдать за собственным организмом и соответствующая реакция на данные сигналы защищают нас от нежелательных последствий и состояний недомогания нашего тела и разума.

### 2. Способность доверять.

Разговор с другими людьми о своих проблемах, заботах и сомнениях – это нормально. Это формирует новый взгляд на трудную ситуацию. Это позволяет нам снять наше эмоциональное напряжение, успокоиться и очиститься от негативных мыслей. Очевидно, речь не идет о том, чтобы постоянно рассказывать, какая тяжелая у нас жизнь, но об умении делиться своими собственными мыслями с другими людьми.

### 3. Твердость, сила характера

– это умение, состоящее из трех компонентов:

**а) вовлеченность** или умение активно включаться в работу, связи с другими людьми и творческий подход к решению различных жизненных проблем. Этот пункт означает, что нужно быть душой в том же самом месте, что и телом. Если мы на работе, то мы думаем о работе, а не о том, что делается у нас дома. В любом случае, нас там нет, и мы не можем ни на что повлиять. И если мы дома, то это не время для того, чтобы думать о работе. Если, выходя из своей квартиры, мы закрываем двери на ключ, то нужно думать именно об этом. Опережение в мыслях того, что происходит в данный момент, чаще всего позднее приводит к появлению мысли типа: «Не помню, закрыла ли я двери, действительно ли я выключила утюг». Кроме того, мы теряем время, возвращаясь на прежнее место или к действию, которое мы не смогли запомнить. Мы там

присутствовали только телом, поэтому мы должны еще раз убедиться, что двери закрыты, газ выключен, лекарства спрятаны, письма отправлены;

**б) контроль** или готовность к влиянию на действительность и убеждение в собственной деловитости и умении влиять на стиль и качество собственной жизни. Это также является умением признаться самому себе в том, что не на все мы можем повлиять, умением не волноваться из-за вещей, на которые мы не имеем влияния;

**в) умение противостоять трудностям** или трактовка новых и трудных ситуаций в качестве вызовов, а не препятствий. Это означает идти навстречу тому, что происходит, а не прятаться и пытаться переждать ситуацию с мыслью: «Как-нибудь само утрясется». Этот аспект твердости означает позитивное мышление. Если никогда не бывает так, что не может не быть еще хуже, значит, сейчас все еще не так плохо. А так как все еще не слишком плохо, то это может быть совсем неплохо. А если это совсем неплохо, то это уже почти хорошо. Если я допущу, что я никогда не достигну цели «Х», то никогда ее не достигну, потому что не начну стремиться к ней. Зачем это мне, если я знаю, что это мне не удастся? Если, однако, я допущу, что при определенных условиях это возможно, то, по крайней мере, я буду пробовать, а при этом у меня есть шанс на ее достижение.

**4. Решительность** – это умение непосредственно выражать свои мысли, потребности, просьбы, ожидания и эмоции при одновременном уважении прав других людей. Люди, которые умеют позаботиться о собственных потребностях и реализовать их конструктивно без ущерба для других, владеют лучшим здоровьем и более сильной иммунной системой.

**5. Создание связей на основе любви** – чрезвычайно важное умение любить другого человека и позволять себе быть любимым. Люди, которые хотят и могут строить глубокие связи с другими людьми, опирающиеся на доверие и любви, имеют лучшее здоровье и более высокое качество жизни. Человек – это стадное животное, он создан для жизни вместе с другими людьми, а богатые и несущие удов-



©PressFoto/voronin76

летворение связи с другими людьми гарантируют хорошее самочувствие, здоровье и ощущение счастья.

**6. Здоровая помощь** – альтруистичные люди, помогающие другим, как правило, обладают лучшим здоровьем. Те, которые помогают другим, имеют лучшие отношения с людьми, имеют ощущение, что их жизнь наполнена смыслом, они более приветливые. Здесь нужно различать здоровую помощь и подчинение, с которым связано ощущение, что тебя используют. Если я помогаю, потому что у меня есть ощущение, что я «должен», «это моя обязанность», «ведь никто другой этого не сделает», «этого от меня ожидают», то не начнет действовать все полезное и стабилизирующее для психофизического состояния.

Такая ситуация порождает злость и фрустрацию: «Снова я должен...» – несмотря на то, что чаще всего мы не хотим так думать

Таблица 2. Стадии «выгорания» и способы действия

СТАДИЯ «ВЫГОРАНИЯ»	ДЕЙСТВИЕ
I. Появление желания постоянно доказывать собственную ценность, необходимость	Есть шанс самостоятельно решить проблему
II. Рост занятости в работе	
III. Пренебрежение собственными потребностями. Появление нарушений сна и чрезмерного потребления никотина, алкоголя, кофеина	
IV. Нарушается пропорция между внутренними потребностями и внешними требованиями. Появление нетипичного поведения, то есть непунктуальности, появляются ошибки в соблюдении договоренностей, назначается одно время встречи, а человек приходит в другое и т.п.	
V. Переоценка ценностей. Изменение иерархии приоритетов, общественные контакты начинают восприниматься, как нагрузка	
VI. Вытеснение. Изоляция от окружающего мира, цинизм, агрессивное обесценивание действительности, отсутствие терпения, непереносимость	
VII. Окончательный разрыв общественных контактов. Частое употребление алкоголя, наркотиков или лекарств, с целью устранить симптомы, связанные с переутомлением, например, «чтобы быстрее заснуть»	Необходима специальная помощь
VIII. Значительные изменения в поведении. Проявления интереса окружающими воспринимаются как атаки, как будто другие хотят отнять у нас время, чтобы мы не смогли выполнить свои обязанности. Возможны параноидальные реакции	
IX. Потеря чувства собственной личности. Автоматическое функционирование	
X. Внутренняя пустота. Мысли типа «никто нас не понимает». Сильное чувство одиночества	
XI. Депрессия. Отчаяние, истощение, снижение настроения, апатия, суицидальные мысли	
XII. Полное истощение – полное физическое, психическое и эмоциональное истощение. Увеличенная податливость к инфекциям, риск появления болезней сердца, кровеносной и пищеварительной систем. Риск реализации суицидальных мыслей	

При этом мы «бичуем себя» еще больше: «Как я могу вообще так думать?» Возникает порочный круг. В это время стоит перенаправить наши мысли на то, что я как человек, помогающий несамостоятельному человеку или больному человеку – помогать, потому что хочу помогать, сделал выбор, и по различным соображениям считаю, что такая ситуация более выгодна, чем другие полезные методы в существующей ситуации. Ведь, если бы так не было, я бы не делал(а) того, что делаю.

**7. Комплексность «Я»** – принятие участия в различных областях жизни, исполнение многих социальных ролей, межличностные отношения, группы, хобби и т.д., развитие различных аспектов собственной личности. Это умение позволяет сохранить высокую самооценку и большую устойчивость к неудачам, так как даже если в одной какой-нибудь области жизни не все у нас складывается хорошо, то мы можем искать поддержки в других областях. Это позволяет лучше переносить возможные неудачи. Мышление типа: «Вся наша жизнь рухнет», – может появиться только тогда, когда мы живем только одним интересом или когда этой одной сфере подчиняем все остальные. Если в этой одной сфере что-то пойдет не в соответствии с нашими ожи-

даниями, у нас нет другого источника, чтобы набраться энергии для противостояния другим вызовам, которые стоят перед нами.

### ПОЧЕМУ СТОИТ ЗАБОТИТЬСЯ О СЕБЕ?

Каковы последствия отсутствия заботы о самом себе? Собственные неудовлетворенные потребности могут нарушать наше объективное восприятие действительности. Нереализованные потребности, загоняемые в подсознание, накапливаются, а их избыток может приводить к состояниям, неадекватным по отношению к ситуации, – к выражению эмоций, фрустрации, агрессии, бессонницы, неврозу, а в крайних случаях – даже к психозу. При таком психофизическом расстройстве организма мы не будем в состоянии эффективно заниматься подопечным, поэтому забота о самом себе, разрешение себе на заботу о самом себе несут огромные выгоды и для подопечного.

### УХОД И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ «ВЫГОРАНИЕ»

Одной из главных угроз для лиц, занимающихся больными и несамостоятельными подопечными, независимо от того, работают ли они профессионально, как работники по уходу, например, в домах социальной помощи, или

ухаживают за близким человеком в семье, является профессиональное «выгорание». Результатом этой болезни является истощение организма и даже смерть.

Профессиональное «выгорание» – это состояние, которое характеризуется фрустрацией и истощением, появляющимся у лиц, которые на своей работе (но не только с профессиональной точки зрения) интенсивно занимаются другими, посвящая этому так много психической и физической энергии, что им начинает не хватать сил и мотивации для продолжения своих занятий с той же интенсивностью.

Типичное поведение для лиц, подверженных угрозе профессионального «выгорания»:

- » вовлечение в работу всем сердцем;

- » большие ожидания от самого себя, игнорирование своих предельных границ нагрузки;

- » отодвигание на более поздние сроки личных потребностей и интересов, добровольное и охотное принятие новых обязанностей и заданий.

Трудно отказать во владении такими чертами лицам, ухаживающим за зависимыми людьми. По этой причине важна, особенно в этой социально-профессиональной группе, забота о собственной психофизической кондиции, умение также позаботиться о самом себе.



©PressFoto/Ohotnik

Что делать, если мы найдем у себя первые беспокоящие симптомы профессионального «выгорания»? Существует 5 основных шагов, помогающих вырваться из ловушки:

» во-первых, диагностика проблемы или признание того что «я много работаю, что слишком много обязанностей я взял "на свою шею"»;

» во-вторых, установка приоритетов или упорядочение заданий по их важности и срочности. Следует заниматься лично и в первую очередь заданиями, которые мы идентифицируем как важные и срочные, о выполнении других заданий мы можем попросить кого-нибудь другого. Даже если эти несрочные задания не будут выполнены, это не выведет нас из равновесия, поскольку у нас еще будет время выполнить их самим, или это будет задание из серии «удастся – супер, не удастся – ничего плохого не случилось», а если наши просьбы будут выполнены, тем лучше для нас – сэкономим немного времени. Этот пункт также означает необходимость в выделении в нашем плане дня для отдыха;

» в-третьих, восстановление контроля над нашим пространством и временем, определение границ или, например, информирование других, что мы не всегда доступны, а только в некоторое определенное время;

» в-четвертых, умение сказать «нет» или, например: «Я не успею это выполнить за такое время, разве что могу отложить одно из менее важных заданий», «Я не могу одновременно готовить обед, о котором ты просил, и играть с тобой в карты»;

» в-пятых, делать себе перерывы между заданиями и планировать дни, свободные от обязанностей. Мы не можем накопить для себя дни отдыха и время на восстановление в таком виде: «Через две недели отдохну, потому что уход за моим подопечным на уикенд возьмет мой брат». Это получается так, как будто мы пытались бы в воскресенье наесться на целую неделю, чтобы в остальные дни не тратить на это время. Это невозможно.

Каждый из нас должен принимать во внимание, что при посвящении себя уходу за другими следует не забывать о своих потребностях. Снижение настроения, утрата интереса к выполняемым прежде действиям, утрата способности чувствовать удовольствие («А какое может быть в этом удовольствие?») являются относительно часто встречающимися симптомами, проявляющимися у лиц, долгосрочно занимающихся уходом за несамостоятельными людьми. Такое состояние в большинстве случаев вна-

чале возникает из-за пренебрежения собственными потребностями в пользу того другого человека, которому мы посвящаем так много времени и собственной энергии, что ее не хватает для нас самих. Но разве апатичные, унылые, раздраженные мы будем в состоянии эффективно помогать другим, активизировать их и поддерживать? Нет. Как известно, значительно легче заниматься профилактикой, чем лечить, – этот принцип касается также заботы о правильном психофизическом функционировании личности. Значит, мы должны заботиться о себе. Это нужно и для подопечного, чтобы как можно более долго и эффективно поддерживать их, и для себя.

#### **Литература**

1. *Dreher, H.* The Immune Power Personality : 7 Traits You Can Develop To Stay Healthy. – 1995.

2. *Freudenberger, H.J., North, G.* Burn out bei Frauen, über das Gefühl des Ausgebranntseins // Wyd. 9, Fischer. – Frankfurt, 2002.

3. *Buchka, M., Hackenberg, J.* Das Burn out Syndrom bei Mitarbeitern in der Behindertenhilfe. Ursachen – Formen – Hilfen // Verlag Modernes Lernen. – Dortmund, 1987. ■

# СИНДРОМ СТРЕССА У ЧЕЛОВЕКА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО УХОД

Барбара Лукавска,

клинический психолог, Медицинское учреждение по уходу им. Ксендза Ежи Попелюшки в Торуня (Польша)

Оказаться в роли человека, оказывающего уход, – непросто. К сожалению, часто эта ситуация создает проблемы. Самой важной из них может быть синдром стресса человека, оказывающего уход, которым ученые во всем мире занимаются уже около 20 лет. В Польше на это явление обращено внимание несколько лет назад. Поэтому стоит рассказать, что представляет собой синдром стресса человека, оказывающего уход, и как с ним нужно справляться.



©PressFoto/lunamarina

**Х**ронически больной человек нуждается в дорогом лечении, непрерывном уходе и поддержке. Как медицинский персонал, так и семья концентрируются, прежде всего, на больном, при этом забывают, что хроническая болезнь влияет непосредственно и на жизнь людей, ухаживающих за больным. Необходимость осуществления долгосрочного ухода несет за собой определенные эмоциональные, социальные и материальные последствия. Опыт показывает, что даже в случаях, когда в начале болезни система поддержки в семье хорошо функ-

ционировала, со временем обязанности сваливаются на одного человека, осуществляющего уход. Обычно им становится супруг больного или взрослый ребенок. Груз обязанностей, который должен нести человек, оказывающий уход, рано или поздно приведет к определенным психофизическим последствиям. Функционирование при хроническом стрессе, который сопровождает осуществление долгосрочного ухода за больным, приводит к истощению естественных энергетических резервов организма. Важность проблемы можно понять только тогда, когда мы попытаемся вообразить себе ежедневное функционирование

ухаживающего человека. В определенном смысле он становится «узником» ситуации, связанной с болезнью подопечного. Он должен подчинять всю свою жизнь новой роли. Дополнительно он должен считаться с тем, что больной испытывает различные эмоциональные состояния, и из-за этого могут возникнуть трудности сотрудничества. Люди, ухаживающие за больными, часто жалуются на отсутствие благодарности со стороны больных. Парадокс – посвящать свое время и свои силы больным, которые часто становятся их главными врагами, так как они непрерывно предъявляют свои требования, что-то запрещают или приказывают. Описанная ситуация может привести к появлению симптомов того, что называется синдромом ухаживающего человека (или синдромом стресса ухаживающего человека CSS – Caregiver Stress Syndrome).

### КАК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ УХАЖИВАЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА?

«Синдром ухаживающего человека» характеризуется конкретными проявлениями:

- » физическими (например, различными болями, усталостью);
- » психосоматическими (например, проблемами со сном, аппетитом);
- » психосоциальными (например, чувством пустоты, одиночества, изоляции).

Они могут проявляться у лиц, ответственных за уход за больным, и усиливаться в результате хронической усталости и пренебрежения собственными потребностями. Окружение, равно как медицинский персонал, который занимается больным, так и ближайшее окружение (семья, соседи и т.п.) ожидают от ухаживающего человека идеального исполнения

его обязанностей. Все предъявляют ему претензии, забывая в то же время о нем и о его правах. Если ухаживающий человек не посвятит всего себя без остатка своей роли, его оценивают как ленивого, незаботливого и даже нелюбящего. При таких обстоятельствах забота о себе была бы для ухаживающего человека проявлением недопустимого эгоизма. Таким образом, ухаживающий человек неизбежно попадает в тупик, из которого ему самому будет трудно найти выход.

Опасной угрозой для лица, которое занимается больным, являются проявления депрессии. Развиваются они постепенно, параллельно с ухудшающимся состоянием здоровья подопечного. Ухаживающий человек не раз испытывает печаль, чувство пустоты, теряет интерес к тому, чем он занимался раньше. При депрессии он может пренебрегать своими обязанностями, создавая угрозу подопечному и самому себе. В крайних случаях могут появиться суицидальные мысли, особенно тогда, когда ухаживающий человек сам болен и нуждается в помощи.

Такого человека могут в течение многих лет лечить и ошибочно диагностировать какие-либо болезни, в то время как причина его болезни лежит в психическом состоянии. Наконец, хронический стресс основательно подрывает нашу иммунную систему, прокладывая дорогу к нашему организму многим инфекциям. Из-за переутомления также ухудшается способность мыслить, слабеет концентрация внимания. Частым проявлением синдрома ухаживающего человека является злость на подопечного, на ситуацию, в которой оказался ухаживающий человек, и нежелание выполнять ежедневные обязанности. Малейшая неудача может тогда вызывать раздражение, злость и трудноконтролируемый гнев. Также бывает, что лицо, ухаживающее за больным и покладываясь на человека, постоянно испытывает чувство вины из-за небрежного и неумелого выполнения своих обязанностей или скрываемой злости на пациента. Большинство симптомов при этом может быть сильно преувеличено. Это значит, что их испытывает



©PressFoto/Kzenon

человек, который выполняет свои обязанности правильно и надлежащим образом.

Подводя итоги, подчеркнем: главными симптомами синдрома ухаживающего человека являются:

- » напряжение;
- » истощение;
- » чувство вины;
- » злость;
- » беспокойство;
- » депрессия;

- » чувство бессилия;
- » ухудшение физического здоровья;
- » различные боли;
- » бессонница.

В соответствии с отчетом, опубликованным на сервисе [www.health.com](http://www.health.com)<sup>1</sup>, люди, ухаживающие за пожилыми людьми,

<sup>1</sup> Worth, T. 10 Careers With High Rates of Depression // URL : [www.health.com](http://www.health.com).

находятся на первом месте в рейтинге профессий, которые в наибольшей степени могут способствовать появлению нарушений настроения. Около 11 % работающих в этой сфере страдают депрессией. Если это такая большая проблема среди профессиональных работников по уходу, нетрудно предположить, что среди непрофессионалов этот процент будет больше, ведь дочь не перестает заниматься больной матерью в 15.00, ее «работа» длится 24 часа в сутки...

## КАК БОРОТЬСЯ С СИНДРОМОМ СТРЕССА УХАЖИВАЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА?

Большинство ухаживающих людей не ищет профессиональной помощи, потому что не отдадут себе отчета в том, что страдают такой болезнью, какой является синдром ухаживающего человека. То, что с ними происходит, они объясняют обычно слабостью характера или отсутствием умений. В то же время важность проблемы показывают результаты исследований, проведенных в университете в Питсбурге Ричардом Шульцем (Richard Schulz) и Скоттом Бичем (Scott Beach). Согласно результатам этих исследований, выполнение ухода за хронически больным человеком увеличивает риск преждевременной смерти на 63 % в сравнении с группой ровесников, не занимающихся уходом<sup>2</sup>.

Важно, чтобы ухаживающий человек внимательно наблюдал не только за больным, но и за собой. Если он хочет быть хорошим специалистом в том, что он делает, он должен позаботиться прежде всего о себе. Тот, кто истощен, раздражен, находится в депрессии, не будет хорошо ухаживать за другими. Собственно, для этого нужен «здоровый эгоизм» или, прежде всего, забота о собственных потребностях. Хороший работник по уходу – это улыбающийся, спокойный работник. Серьезной ошибкой является принятие позиции: «Я должен сам справиться с этим, я должен быть самостоятельным, не буду никого просить о помощи». Благодаря

соответствующей поддержке роль работника по уходу может стать легче. В первую очередь нужно принять во внимание неформальную поддержку, которая исходит от родственников, знакомых, соседей. Они являются хорошим источником помощи, особенно разовой, аварийной, а их присутствие может улучшить настроение больного. Ошибкой является изоляция, избегание людей, которые хотели бы помочь или хотя бы выслушать проблемы. Рекомендуется разговор о делах, связанных с болезнью, и принятие предлагаемой помощи. В больших городах обычно функционируют группы поддержки, к которым тоже стоит обратиться. Это обычно группа людей, занимающихся больными с подобными диагнозами и, чаще всего, с подобными проблемами ухода. Объединяет их потребность во взаимной помощи. Такие группы действуют обычно под руководством профессиональных работников службы здравоохранения или соответствующим образом подготовленных волонтеров. Встречи служат обмену опытом и получению новых знаний о болезни, но также учат ухаживающего человека думать о себе и своих потребностях. Они помогают в подборе реабилитационного оборудования, гигиенических и медицинских средств, иногда, благодаря спонсорам, получают такие материалы, если семья в трудном финансовом положении. На подобных встречах также предоставляются информационные материалы и обеспечивают психологическую помощь. О системах поддержки ухаживающий человек должен подумать на начальной стадии болезни. Благодаря регулярной помощи, направленной на физические и эмоциональные потребности ухаживающего человека, предупреждаются кризисные ситуации, что в контексте многолетнего ухода за больным имеет принципиальное значение для здоровья и качества жизни подопечного и ухаживающего.

Первые проявления синдрома ухаживающего человека могут быть устранены самим ухаживающим человеком, однако нужно помнить, что более серьезные заболевания чаще всего требуют помощи психолога. Ухаживающий

за больным должен помнить, что кроме работы для своего подопечного, у него есть собственная жизнь, и в потоке ежедневных дел он не должен о ней забывать. Наша работа будет лучше и эффективнее, если мы сможем запланировать себе время на отдых, релаксацию, прогулку, освобождение мыслей от проблем больного и на занятия вещами, которые мы любим. Важно не обвинять себя в состоянии пациента, не поддаваться, если очередной раз выигрывает болезнь, а не мы, и находить в себе силы на борьбу с очередными проблемами больного. Если больной тяжелый, капризный и раздраженный, стоит объяснять его поведение болезнью и страданием, а не целенаправленной озлобленностью, направленной против нас. Это облегчает работу и изменяет наше отношение к подопечному.

Никто из нас не является самодостаточным. Это тем более очевидно в ситуации хронической болезни кого-то из близких: мы должны уметь пользоваться помощью других людей. Это будет полезно как для ухаживающего человека, так и для больного. Нужно помнить о следующих возможностях:

- » поддержка семьи, друзей и даже соседей;
- » группы поддержки (о контакте с ними лучше всего спросить сопровождающего врача);
- » помощь специалистов – врача, психолога, медсестры;
- » релаксация – или все формы активности, которые данному человеку приносят расслабление (прогулка, чтение, приготовление еды, джоггинг, нордик-вокинг, прослушивание музыки, встречи с друзьями и т.п.).

Если ухаживающий человек поймет, что он не является незаменимым, и нет никаких противопоказаний к тому, чтобы часть обязанностей по уходу за больным взяли на себя другие, и дополнительно позаботится о своем психическом комфорте, – значительно уменьшаются шансы на то, что его коснется синдром ухаживающего человека. ■

<sup>2</sup> Schulz, R. PhD; Scott, R. Beach, PhD JAMA Caregiving as a Risk Factor for Mortality The Caregiver Health.

# ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

*Дорота Скерковска,*

*комплекс социального лечения в психиатрии в Быдгощи*

**Ф**изическое и психическое здоровье – это естественное состояние человеческого организма. О здоровье мы говорим тогда, когда человек успешно справляется со всеми задачами в психической, социальной и биологической областях своей жизни. Противоположностью здоровья является болезнь, которая означает нарушение биопсихосоциального равновесия человека. Диагноз болезни и впоследствии – процесс течения болезни рассматриваются в категориях жизненного кризиса. Это связано, прежде всего, с переживанием человеком сильного стресса и видением своего будущего настолько сложным для предсказания, что обычные методы, которые человек применял в трудные минуты, сейчас не работают, или их недостаточно.

Первая реакция на диагноз соматической болезни чаще всего – потрясение, шок и недоверие. Человек попадает в новую ситуацию в своей жизни, как правило, неожиданную. Он не знает, что будет дальше, как он с этим справится, что с ним будет, выздоровеет ли? Это время наполнено дезориентацией: в голове рождаются разные мысли, а в душе бушуют такие эмоции, как беспокойство, раздражение, страх, угнетенность. Чаще всего шоковая реакция связана также с фактом осознания своей смертности и того, что здоровье находится под серьезной угрозой. Естественно, что человек автоматически начинает анализировать свою прежнюю жизнь. В это время он осознает факт, что болезнь не позволит ему осуществить реализацию жизненных планов, желаний, испортит или затруднит их достижение. Согласие с такой реальностью кажется невозможным. Тогда появляется бунт против возникшей ситуации. Пациент может за-

*Старость и болезнь – это состояния в жизни человека, которые вызывают сильные внутренние переживания. Желая справиться с ними, больной должен пройти трудную дорогу эмоциональных и интеллектуальных перемен. Существенную помощь в этом процессе может оказать поддержка лица, оказывающего уход.*



©PressFoto/SimpleFoto

давать себе и другим вопросы: «Почему именно я? Почему это случилось со мной? Что я сделал плохого в моей жизни?» Он хочет получить конкретный ответ от врача, близких людей, психолога, священника. Он думает, что рациональные аргументы помогут понять смысл заболевания, облегчат психические и физические страдания. К сожалению, нет таких слов, которые в такой ситуации удовлетворили бы человека. Это связано с парадоксальным фактом, а именно: цель постановки вопросов о смысле болезни на самом деле – не в том, чтобы спрашивающий получил ответы на свои вопросы, вместо этого она является так называемым защитным механизмом в ситуации

эмоционального потрясения, вызванного диагнозом болезни. Другими стратегиями, которые помогают перенести внутренний шок, являются:

» отрицание, когда больной якобы забывает о времени визита к врачу, не хочет принимать лекарства, утверждая, что они ему не нужны, у него есть сомнения по поводу диагноза и компетентности специалиста;

» пренебрежение к болезни, уменьшение ее важности, пренебрежение серьезностью ситуации, когда пациент субъективно оценивает свое состояние лучше, чем в действительности показывают результаты исследований;

» рассмотрение последствий болезни только в черных тонах,

субъективное усиление последствий без учета объективных фактов.

Описанные выше реакции являются составной частью важного психического процесса – так называемой адаптации к болезни. Приспособление имеет динамический характер: реакция больного в определенный момент задает направление будущей реакции. Первая фаза шока и недоверия переходит в бунт и несогласие с реальностью, что, в свою очередь, запускает механизм ухода в виде отрицания или пренебрежения. И, наконец, пациент проходит переориентацию с точки зрения осознания реальности болезни и ее последствий: он принимает болезнь и с энтузиазмом принимается за лечение.

Время, которое проходит от момента, когда больной услышал диагноз, до принятия болезни, является так называемым периодом отсрочки. Отсрочку можно сравнить с переходом через мост. Человек, который узнает о болезни, находится на одном его конце – в прошлом (или в том времени, когда он был здоровым). Принятие факта болезни требует преодоления расстояния между тем и другим концом пути (болезнь). Пациент, «переходя через мост», знает (понимает), что болезнь является фактом, но он эмоционально не готов согласиться с этой мыслью. Отсрочка позволяет пациенту изменить образ самого себя (нахождение в состоянии болезни) и парадоксальным образом является полезной – она дает время на постепенное осваивание в новой жизненной ситуации. А конечный результат в виде принятия болезни является необходимым, с этого момента больной начинает бороться с болезнью, определяется новый способ функционирования человека. Этот момент дает осознание необходимости длительных изменений, которые должны наступить в жизни больного. Изменения сначала касаются, прежде всего, мышления и восприятия самого себя. Важно, чтобы пациент принял позицию совместного бытия, совместной жизни с болезнью, завязал своего типа дружбу на линии «я – болезнь», воспринял заболевание как что-то важное, являющееся его частью, – в пользу освобождения от стереотипной схемы борьбы с болезнью как с врагом.

Вслед за вышеописанными изменениями, происходящими в сознании человека, должны последовать приспосабливающиеся изменения в его поведении. Пациент начинает интересоваться своей болезнью, искать информацию, как минимизировать последствия и максимизировать эффекты лечения. Это является эффектом сцепления двух фактов: во-первых – это акцептация своей болезни; во-вторых – принятие полной ответственности за собственное лечение. Результатом являются долгосрочные действия, такие как сотрудничество с медицинским персоналом, регулярный контроль за состоянием организма. Стоит подчеркнуть еще тот факт, что осознание больным влияния его собственного поведения на актуальные проявления или эффекты лечения приносит более легкое восприятие общественной поддержки, и теперь ему легче попросить других о помощи, независимо от того, идет ли речь о помощи в ежедневном функционировании или эмоциональной поддержке (разговоре, выслушивании, совете). Все это, как правило, происходит так, что переживаемый вначале кризис проходит, пациент возвращается в состояние эмоционального и социального равновесия. Однако нужно помнить, что каждый человек является индивидуальностью и переживает болезнь по-своему. В зависимости от личности, темперамента, стиля жизни, функционирования до постановки диагноза человек оценивает болезнь и придает ей определенное значение. Выдающийся польский психиатр Z.J. Lipo wski создал следующую классификацию значений болезни в глазах пациента:

- » болезнь как препятствие;
- » болезнь как потеря;
- » болезнь как облегчение;
- » болезнь как выгода;
- » болезнь как ценность.

Значение болезни в субъективной оценке пациента и разный темп психических и поведенческих (поведение, действия) изменений приводят к тому, что время, нужное на принятие новой жизненной ситуации и приспособление к ней, бывает разным. Важно, чтобы и сам больной, и его окружение способствовали этому приспособлению.

Вышесказанное затрагивает, прежде всего, внутренний мир переживаний человека, который заболел. Этот мир не существует в отрыве от внешнего мира пациента, в котором доминируют потери и зависимость от других. Человек теряет в действительности: теряет здоровье, контакты с людьми (например, из-за пребывания в больнице), иногда – работу, социальное положение, физическую привлекательность, самостоятельность и независимость. Он становится лицом, зависящим от помощи других людей, начиная с врачей, специалистов и медицинского персонала, и заканчивая друзьями, знакомыми и семьей.

Обсуждаемая ситуация с болезнью и самим больным подобна ситуации, в которой находятся пожилые люди. Большинство людей боится как болезни, так и старости одинаково сильно. В общем, о старости говорят как об эффекте процесса старения, а анализ касается, по крайней мере, трех аспектов: во-первых, количества прожитых лет (больше, чем 65), то есть аспекта метрического возраста; во-вторых, биологических изменений организма. Когда тело все чаще испытывает недомогания, отказывается слушаться. Сопrotивляемость организма падает, дольше заживают раны, хуже срастаются кости, обмен веществ замедляет свой ход, мышцы становятся дряблыми, кожа теряет эластичность и упругость, легкие теряют до 50 % своего объема, а почки – до 50 % своей производительности, кровеносные сосуды имеют все меньший просвет, сердце бьется слабее, притупляются органы чувств. Третьим рассматриваемым аспектом являются психические изменения, связанные с ослаблением памяти, замедленным темпом обучения или реагирования на раздражители. К вышеперечисленным изменениям в старости присоединяются также изменения в социальной плоскости. Они касаются, прежде всего, потери работы (пенсия), выполняемых до этого времени социальных ролей, например, роли работника и связанного с этим профессионального престижа, социальной позиции. Смерть близких людей, например, супруга, брата или сестры, друзей также является утратой. Старость ассоциируется с



сильными эмоциональными переживаниями. Пожилой человек, страдающий болезнями, сосредотачивается на уходящем времени, которое каждый день приносит заботы, боль, печали. Психические страдания связаны с затрудненным, ограниченным доступом к окружающему миру, иногда даже с невозможностью участвовать в обычной жизни так, как раньше. Простые прежде для человека действия в старости превышают его актуальные возможности. Время выполнения рутинных действий по самообслуживанию увеличивается. Психическим последствием вышеописанной характеристики ситуации пожилого человека часто становится депрессия.

Старость так же, как и болезнь, рассматривается в категориях кризиса, к которому необходимо приспособиться в трех областях:

» биологической / соматической – к прогрессирующим физическим ограничениям, ослаблению мыслительных способностей, нарастанию болезней;

» социальной – к утрате близких, одиночеству, выполнению новых ролей пенсионера, старика, бабушки / дедушки, зависимости, несамостоятельности;

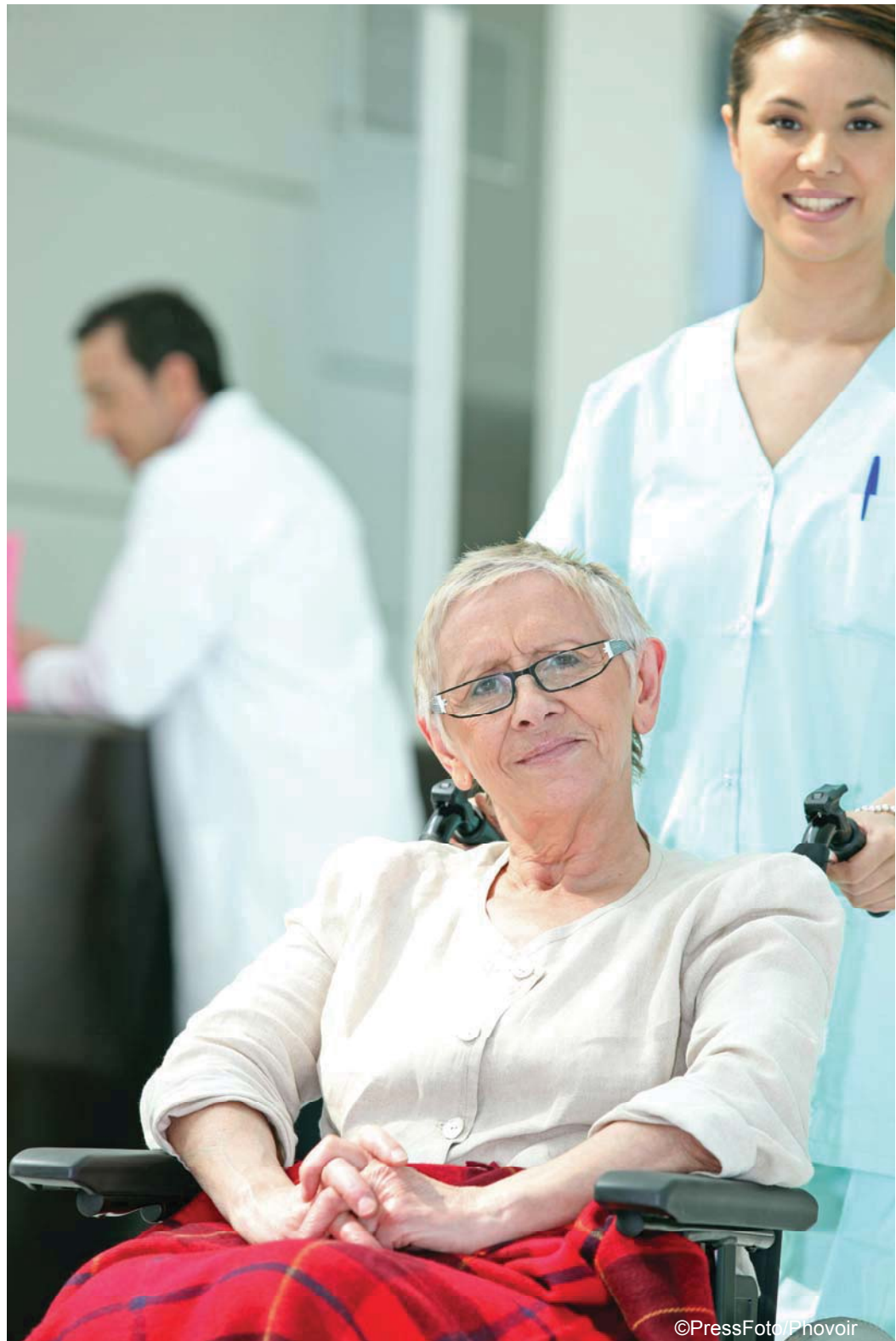
» психологической – касается выработки зрелого отношения к самому себе, собственной смерти, к окружению, определенного уровня умения в различных сферах, постоянства или изменения черт личности, способности к обучению, мышлению, умению решать проблемы.

В зависимости от степени успешности процесса адаптации и прошлого жизненного опыта пожилые люди занимают одну из нижеперечисленных позиций по отношению к себе, окружению, оставшейся жизни (по D.B. Bromley):

» конструктивная – принятие собственной старости, оптимистическое реальное представление о будущем, приятные контакты с людьми, чувство положительного жизненного баланса;

» зависимая – пассивность и подчиненность процессу старения, расчет на семейную среду, что она поможет сохранить внутренний покой без вражды и страха;

» оборонная – отсутствие принятия старости, доминируют опасения и страх перед недееспособностью, смертью, а усиленная внешняя активность, кажущаяся поглощен-



©PressFoto/Phovoir

ность внешним миром должны не позволить думать о старости, – это чаще случается у лиц с конвенциональными взглядами, косных в привычках, со стереотипами;

» враждебная – бунт против старости, страх перед смертью, в по-

ведении – претензии к окружающему миру, подозрительность, агрессия, обвинение других (близких, учреждения, политической системы) во всех своих неудачах;

» враждебная по отношению к самому себе – пассивность по от-

ношению к старости, чувство одиночества, ощущение себя лишним, ненужным, отрицательное чувство жизненного баланса, часто сопровождается депрессией, а смерть воспринимается как избавление от страданий.

Степень и качество приспособления к старости, так же, как и к болезни, зависит от самого человека, его личных качеств, выработанной жизненной позиции, а также от прошлого жизненного опыта.

Ситуацию больного человека и пожилого человека объединяет еще одна важная проблема: зависимость от поддержки и помощи окружения. Как при болезни, так и в старости необходимы люди, посторонние или близкие, которые каждый день будут сопровождать вас в трудах борьбы с несамостоятельностью, физическими ограничениями, немощностью. В это время необходимы следующие инструментальные (подготовительные, обеспечивающие) действия: обеспечение соответствующих бытовых условий, помощь в гигиенических процедурах, в процедурах по самообслуживанию, в приготовлении пищи, присмотре и помощи в организации лечения, систематическом приеме лекарств, посещении соответствующих процедур, соматическом контроле организма. Однако всегда нужно помнить о не менее важной роли эмоциональной и психической поддержки больного или пожилого человека. Эта поддержка заключается в успокоивании больного или пожилого человека, очищении от негативных переживаний, создании атмосферы принятия этого человека, осознания его нужности, повышении самооценки и возвращении надежды на позитивное будущее. Одним из способов поддержки будет обычный разговор, в котором человек, помогающий больному или пожилому лицу, слушает и слышит другую сторону, показывает искренний интерес к его актуальному самочувствию, мыслям, реакциям. Очень важным является диалог, во время которого человек, оказывающий поддержку, создает пространство для проявления переживаемых эмоций, как тяжелых – беспокойства, страха, злости, бессилия, – так и радостных. В другой раз поддержкой может быть совместный просмотр любимой телевизионной

программы, фильма, прослушивание радиопередачи, подходящей по настроению музыки. Много позитивных переживаний больному или пожилому человеку могут принести чтение вслух книги, просмотр прессы, игра в карты, шахматы, просмотр фотографий, семейных реликвий. Средством, способствующим улучшению психического самочувствия, также являются движение и свежий воздух – совместная прогулка по лесу, парку или хотя бы выход на балкон, террасу, в сад. Стоит помнить, что двигательная активность инициирует целый процесс химических превращений в теле и мозге, выделение эндорфинов, вызывающих чувство удовольствия. Движение также расслабляюще действует на тело и на душевное состояние. Положительной поддержкой могут быть всякие ручные работы, рукоделие, рисование. Важно, чтобы эти работы выполнялись в компании с кем-либо, в дружеской обстановке.

Человек, оказывающий уход, имеет много возможностей для поддержания хорошего самочувствия или настроения больного. Однако в случаях, когда он в течение длительного времени наблюдает у больного пожилого человека апатию, угнетение, обеднение и бледность эмоций, отсутствие интереса к деятельности, к какой-либо активности, слабый аппетит, проблемы со сном, он должен рассмотреть возможность визита к врачу-психиатру. Целью этого визита является диагностирование наблюдаемых изменений в психическом состоянии больного. Затем возможно диагностирование, например, депрессии и применение соответствующей фармакотерапии.

Долгосрочный уход за больным пожилым человеком является очень тяжелым и требующим самоотдачи у человека, занимающегося этим. Необходимо, чтобы человек, посвящающий себя помощи другому человеку, заботился также о своем самочувствии и психофизическом состоянии, только тогда он сможет оказывать другому полноценную поддержку.

Помощь при долгосрочном уходе можно найти в учреждениях социальной помощи. Поддержка, в зависимости от потребности, предоставляется в форме:

- » материальной, то есть оказа-

ние конкретной помощи (предоставление услуг, финансирование, помощь продуктами питания);

- » информационной – определение положения и ситуации лица, нуждающегося в помощи, и способов выхода с помощью юридических и медицинских консультаций;

- » эмоциональной – консультации, психологическая помощь;

- » оказание услуг по уходу, в том числе медицинских услуг, услуг по гигиеническому уходу.

Другими местами, где можно искать помощи и поддержки, являются:

- » Caritas Polska – благотворительная организация, действует в 44 епископальных и архиепископальных городах;

- » терапевтические группы поддержки, действующие при консультациях психического здоровья;

- » товарищества, организации, действующие при университетах, академиях, которые организуют бесплатную помощь волонтеров (инструментальную, эмоциональную) на дому у нуждающегося человека;

- » хосписы, при которых также организована психологическая и инструментальная помощь, группы поддержки;

- » платные центры, учреждения, агентства работников, оказывающих услуги по уходу, дома дневного пребывания.

При планировании долгосрочного ухода за больным или пожилым человеком, конечно, нельзя забывать о его семье, близких, друзьях, которые могут и хотят включиться в оказание помощи. Стоит подумать над организацией такой сети поддержки, чтобы обязанности по уходу не перегрузили никого из помогающих. ■

# ТЕРАПИЯ СМЕХОМ

Моника Мишевска,  
фонд «Доктор Клоун»

**И**дея лечения смехом очень популярна во всем мире. В Польше эту идею пропагандирует фонд «Доктор Клоун». Волонтеры этого фонда должны вызывать улыбку и смех, а значит, действуют, как персонажи, созданные для этого, – как клоуны. Красный нос, красочный костюм и макияж и сочетание исключительного магического умения с неловкостью в поведении – это хорошее начало для общей радости. Главными получателями этого типа терапии являются дети, так как забава является типичным поведением для их возраста. Их пребывание в больницах или специальных учреждениях является настолько трудным для восприятия, что кажется очевидной необходимостью предпринять действия, смягчающие эту ситуацию. Нужно, однако, подчеркнуть, что радость хорошо помогает всем, без ограничений по возрасту – все больше мы узнаем об этом из научных исследований. Раздел медицины, который занимается изучением влияния смеха на нашу жизнь, – это гелотология. Ее практическим проявлением является терапия смехом. Przemysław Grzybowski<sup>1</sup> так определяет ее: «это комплекс опирающихся на смех сознательных или несознательных действий и поступков, целью которых является улучшение качества жизни человека в различных обстоятельствах». Исследования показывают, что влияние смеха на наш организм является многосторонним: он освобождает эндорфины, ответственные за успокоение боли, борется со стра-

<sup>1</sup> Przemysław Paweł Grzybowski является автором книги «Доктор Клоун! Терапия смехом, волонтерство, межкультурное образование» (Doktor klaun! Terapia śmiechem, wolontariat, edukacja międzykulturowa). Работа является богатым источником теоретических и практических знаний вместе с конкретными предложениями способов, как рассмешить. Книга вышла в издательстве Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2012.

*«Смех – это здоровье». Если эта народная мудрость – правда, почему не использовать смех в лечебных целях?»*

хами и депрессивными состояниями. Кроме того, смех поддерживает другие важные жизненные процессы, особенно те, с которыми имеются проблемы в пожилом возрасте, – увеличивает кислородный обмен (легкие втягивают в два-три раза больше воздуха, чем обычно), стабилизирует ритм сердца, снижает кровяное давление. Строго говоря, описанная терапия не заменяет гимнастики, но мобилизует к действию около 200 мышц. Смех «массирует» весь пищеварительный тракт, поэтому имеет влияние на процесс пищеварения (выделяются энзимы, происходит противодействие запорам), а также на работу печени и поджелудочной железы (часто смеющиеся диабетики нуждаются в меньшем количестве инсулина). Смех усиливает сопротивляемость, увеличивая количество и активность антител. Как «лекарство» он имеет определенные ограничения в применении: нужно считаться с «дозировкой» по отношению к людям со слабым сердцем, с послеоперационными ранами, и нужно быть осторожной в ситуациях с людьми, имеющими проблемы с недержанием мочи. Естественно, мы осознаем, что все вышеперечисленное – это вспомогательные действия, а не замена классическим методам лечения.

Лица в пожилом возрасте страдают не только от болезней или физических ограничений, но часто – от ослабления или исчезновения межличностных контактов. Обычно даже короткие свидания являются для них праздником. Из опыта волонтеров Фонда «Доктор Клоун» следует, что пожилые люди с особой радостью принимают визиты докторов-клоунов. Лукавые искры в глазах, окруженных морщинами, благодарность, выражаемая в коротких жестах, выполняемых с усилием воли, производят огромное впечатление. Выразительным примером явля-

ется реакция пациентки, исследуемой с помощью помпончиков на палочках. Во время проверки результатов уровня ее веселости ей говорили, какую тяжелую, но хорошую жизнь она прожила, пожилая пани, соглашаясь, расплылась в улыбке.

Предлагая терапию смехом пожилым людям, мы опираемся на их опыт, на их отношение к действительности, выработанное за долгие годы. Каждый из них может отказаться от встречи с клоуном – возможность выбора, принятие решения для самого себя являются важными элементами терапии. Уважение не противоречит веселому настроению, а является необходимым в терапевтическом отношении.

Случайные визиты докторов-клоунов являются одной из форм терапии смехом. Следующими формами являются групповые сессии, в которых одна из техник – это принуждение к смеху (через повторение «ха-ха», «хи-хи», «хо-хо...»), которые перерождаются во взрывы настоящего смеха. Каждому из нас случалось присоединиться к смеющимся, хотя мы не знали причины и не имели повода для смеха. То есть в терапии смехом идет поиск различных источников радости. Патч Адамс (Patch Adams)<sup>2</sup>, образ которого был создан в фильме, главным героем которого он является, исполняет мечту своих старших друзей-пациентов, организуя сафари со стрельбой в зверей, сделанных из надувных шаров, купа-

<sup>2</sup> Hunter Cambell “Patch” Adams – общественный активист, врач и клоун, считается предшественником терапии смехом. На основе его биографии в 1998 году был снят фильм «Патч Адамс» (Patch Adams) с Робинсом Уильямсом в главной роли. В 2009 году он посетил Польшу: читал лекции и вел занятия по терапии смехом.



©PressFoto/gromovataya

ние в бассейне, полном макарон. Мы не должны прибегать к таким смелым методам, но, наверное, важен индивидуальный подход, внимание к желаниям человека. Хорошее знакомство с человеком, за которым мы ухаживаем, может облегчить задачу принесения ему радости. Очарование терапии смехом основывается на том, что часто мы сами смеемся над одним и тем же, но каждый из нас проявляет свое, индивидуальное чувство юмора. Одни смеются в ответ на словесные шутки, других будет смешить дырка в штанах терапевта смехом. Пожилые люди любят хоровое пение, танец, а иногда для них достаточно, чтобы кто-то подержал их за руку, прикоснулся к ним, обнял их, чтобы доставить им радость. Адекватный, правдивый комплимент в состоянии вызвать румянец на лице у каждого. Przemysław Grzybowski предлагает идею (уже реализованную в других странах) создания залов, библиотек или мобильных центров смеха – мест, оснащенных смешными книжками, дисками с комедиями и сатирическими программами, играми и смешными реквизитами.

Стоит оценить влияние терапии смехом на психику пожилых людей. В их ситуации они особенно нуждаются в улучшении самооценки, в реагировании на стресс и расслаблении. Они нуждаются в мотивации открытия на межличностные контакты, создание отношений или уход за пациентами благодаря этому может оказаться легче. Если целью лечения или терапии является улучшение качества жизни, то недопустим недостаток радости и удовольствия, которые обеспечивает терапия смехом. ■



# Турнир по мини-футболу SENI CUP – 2015

*Татьяна Николаевна Вихарева,*

*менеджер отдела по работе с учреждениями долгосрочной опеки, ООО «БЕЛЛА Восток», г. Москва (Россия)*

**Б**аза отдыха «Союз» при Министерстве иностранных дел России ежегодно с радостью принимает участников международного турнира. В отборочных играх в этом году приняли участие 12 команд из Москвы, Подмосковья и других регионов ЦФО России.



Из Москвы приехали представители Психоневрологического интерната № 3, ПНИ № 5, ПНИ № 13, ПНИ № 16; из Московской области – команды Черкизовского ПНИ, Егорьевского ПНИ, Колычевского ПНИ, Куровского ПНИ, Орехо-Зуевского ПНИ, Коломенского ДДИ; из Липецкой области – Александровского ПНИ; из Тульской области – Головеньковского ДДИ для умственно отсталых слепых детей; Калужскую область представляли команды двух учреждений – Полотняно-Заводского детского дома-интерната для ум-

*Отборочные игры турнира по мини-футболу для лиц с интеллектуальными нарушениями Seni Cup, организованного Торуньским заводом перевязочных материалов, в этом году прошли 28 и 29 мая в подмосковном курорт-парке «Союз».*

ственно отсталых детей и Наро-новского психоневрологического интерната.

В этом году у турнира юбилей – 15 лет! Поздравить Seni Cup с днем рождения приехали партнеры компании ООО «БЕЛЛА Восток», представитель Министерства социальной защиты населения Московской области, заместитель заведующего отдела по работе со стационарными учреждениями Гаврина Екатерина Ивановна, президент Футбольной федерации инвалидов России Луначарский Георгий Сергеевич.

Для участников турнира выступили детские танцевальные коллективы «Жемчужинка» и «Жарптица». Выступления танцоров очень понравились участникам турнира, фурор произвело исполнение в одном из номеров брейк-данса. На открытии турнира с напутственными словами выступила директор филиала № 1 Чередицева Ольга Вадимовна, затем небо украсили 150 воздушных шаров, запущенных ребятами. В первый день в конце ужина ребят ждал огромный красивый праздничный торт в виде футбольного поля в честь 15-летия турнира по мини-футболу Seni Cup.

Соревнования в этом году вновь проходили в атмосфере азарта и соперничества. Ребята играли, болели, переживали, радовались и огорчались. Победителем турнира стала команда Коломенского дома-интерната для умственно



отсталых детей, получив путевку в финал международного турнира, который пройдет с 1 по 3 июля в г. Торунь, в Польше. Два года назад представители Коломенского дома-интерната уже выигрывали поездку на финальные игры, и, хотя в этом году состав команды обновился – ушли сильные игроки, уровень остался прежним, что команда смогла доказать своей победой.





В этом году погода тоже сделала турниру подарок: в течение всего времени проведения игр светило солнце. Между матчами участники турнира могли попробовать свои силы на площадке со спортивными мини-играми, которую привез Центр Доналда Мак-

доналда. Благотворительный фонд «Дом Роналда Макдоналда» работает в 62 странах мира. Основное направление деятельности фонда – помощь нуждающимся детям. Фонд ставит перед собой непростую, но очень важную задачу: сделать так, чтобы на лицах

детей, которым приходится тяжелее других, засветились улыбки, чтобы мир показался им добрее, чтобы они почувствовали заботу и теплоту окружающих.

Заккрытие турнира украсило шоу барабанщиц, а чемпионы России по футболному фристайлу провели мастер-классы для ребят, научив их некоторым футбольным трюкам. Игроки с большим удовольствием поучаствовали в интерактивных занятиях, некоторые смогли освоить пару новых трюков.

Все участники турнира получили памятные кубки и медали, а также подарки от организатора турнира – компании ООО «БЕЛЛА Восток», партнеров организатора и Футбольной федерации инвалидов России. Но самое главное, что ребята увезут с собой с турнира, – это море положительных эмоций, счастливых воспоминаний и огромное желание двигаться вперед.

Отборочные туры Seni Cup закончились. Желаем победителю – Коломенскому ДДИ – удачи на финале международного турнира по мини-футболу в Польше! ■

### ЕВРОПЕЙСКАЯ ШКОЛА УХОДА

приглашает на бесплатное обучение тех, для кого важен качественный уход за пожилыми или тяжелобольными людьми.

#### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ:

- современный гигиенический уход;
- безопасное перемещение тяжелобольных;
- современные средства профилактики и лечения хронических ран;
- оптимизация затрат при закупках гигиенических средств;
- правила оказания первой помощи;
- психологические аспекты при общении с опекаемым.

В качестве преподавателей школы приглашены международные эксперты в области ухода – российские, польские и немецкие специалисты. Каждый участник обучения познакомится с новыми технологиями современного ухода, что позволит опекуну:

- улучшить качество жизни больного и его семьи;
- заботиться о собственном здоровье, чтобы оставаться эффективным помощником и надежной опорой больному человеку.

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

**Зарегистрироваться для участия в семинаре вы можете по адресу: [ecod@bella-tzmo.ru](mailto:ecod@bella-tzmo.ru).**

**Место проведения: г. Москва, офис ООО «БЕЛЛА Восток», от м. Домодедовская, проезд транспортом компании.**

**Дата проведения: октябрь 2015 г.**

Для получения подробной информации о программе обучения, правилах участия и регистрации обращайтесь по телефону горячей линии: 8-800-200-800-3 или по электронной почте: [ecod@bella-tzmo.ru](mailto:ecod@bella-tzmo.ru).

Организатор: ООО «БЕЛЛА Восток», официальный представитель компании TZMO SA.



## Наборы matopat - помощь в лечении лимфатического отёка

Терапевтический эффект:

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

Набор matopat для терапии лимфатического отёка включает в себя:

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



1.

ДО ЛЕЧЕНИЯ



2.

ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ



3.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

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

Редакторы:  
Краковяк Пётр  
Кшижановски Доминик  
Модлинська Александра

## ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ ДОМА: ЛЕЧЕНИЕ, УХОД, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хронические болезни



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



seni

Вы можете приобрести эту книгу  
в подарок Фонду помощи хосписам ВЕРА  
[www.hospicefund.ru](http://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

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](mailto: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](http://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<sup>а</sup>, 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