



Конкурс для журналистов: «Общество равных возможностей»!

Союз общественных объединений инвалидов Архангельской области, Архангельское отделение Союза журналистов и Поморский культурный фонд «Берегиня» приглашают представителей региональных СМИ принять участие в областном конкурсе журналистских работ «Общество равных возможностей».

На конкурс принимаются авторские материалы, опубликованные в средствах массовой информации на территории Архангельской области, способствующие преодолению стереотипов разобщенности инвалидов и общества, развитию благотворительности, устранению социальных барьеров, мешающих людям с инвалидностью полноценно участвовать в общественной жизни.

Победители Конкурса награждаются ценными призами и дипломами.



К участию в Конкурсе принимаются материалы, опубликованные в СМИ на территории Архангельской области с 1 сентября 2018 года до 15 октября 2019 года по шести номинациям:

1) «Смотри на меня как на равного» – работы журналистов на телевидении

(новостные сюжеты, программы, интервью, рассказывающие о жизни и опыте решения проблем людей с инвалидностью);

2) «И не говорите, что не слышали» - работы журналистов радио (новостные сюжеты, программы, интервью);

3) «Жизнь без барьеров» – статьи, опубликованные в печатных СМИ, направленные на создание безбарьерного, инклюзивного общества, в котором люди с инвалидностью чувствуют себя равными среди равных;

4) «Интернет – друг человека!» - материалы по тематике конкурса, опубликованные в интернет-изданиях, социальных сетях, блогах, имеющие общественный резонанс (объем не менее 4000 знаков, наличие комментариев и репостов приветствуется);

5) «Добру – да!» – работы журналистов всех форматов, направленные на развитие бла-

готворительности и оказание помощи людям с инвалидностью со стороны местного сообщества.

По итогам конкурса определяется по одному победителю в каждой номинации. Организаторами и учредителями Конкурса являются Архангельское отделение Союза журналистов и Союз общественных объединений инвалидов Архангельской области.

Для участия в конкурсе необходимо заполнить регистрационную анкету и направить её по адресу E-mail:

tomaarh@mail.ru

Контакты:

электронный адрес оргкомитета: E-mail: tomaarh@mail.ru

почтовый адрес оргкомитета: Архангельск, ул. Розы Люксембург, 78

Контактный телефон: +79214804810

Председатель оргкомитета конкурса: Мякшин Николай Александрович (на фото)
Администратор оргкомитета конкурса: Овчинникова Тамара Валентиновна



STOP
дискриминация

Проблема доступного обезболивания касается каждого!

Обезболивание – одна из самых болевых точек нашей медицины. Несмотря на некоторое упрощение порядка получения необходимых препаратов раковыми больными, проблема далека от решения, при этом в системе отечественного здравоохранения менеджмент боли не выделяется в отдельную отрасль знания и медицинского сервиса.

Между тем, в этой сфере медицины существуют международные стандарты, основанные на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения. Они касаются обезболивания не только пациентов в последней стадии рака, но и других случаев острой и хронической боли и предполагают наличие в медицинских центрах специалистов по менеджменту боли, которые непременно участвуют в консилиумах других врачей, совместно разрабатываящих план лечения больного и ухода за ним.

Первая ступень в работе – это оценка боли. Конечно, есть очевидные случаи: это, например, травма с разрывом тканей или органов, переломом костей, – понятно, что больной страдает от сильной или даже невыносимой боли. Однако часто врачу приходится просить самого больного оценить свою боль по шкале от 1 до 10. Что же представляет собой такая шкала?

Шкала боли

0 – это полное отсутствие боли.

Дальше идет слабая боль (раздражает, но не очень мешает нормальной жизнедеятельности).

1 – боль очень слабая, едва заметная. Большую часть времени пациент о ней не думает.

2 – несильная боль. Она может раздражать и время от времени приступообразно усиливаться.

3 – боль заметна, она отвлекает, однако к ней можно привыкнуть и приспособиться.

Далее – боль средней тяжести (мешает нормальной жизнедеятельности).

4 – умеренная боль. Если человек глубоко погружен в какое-то занятие, он может игнорировать ее, но только в

течение какого-то времени, однако затем она обязательно отвлечет внимание на себя.

5 – умеренно сильная боль. Ее нельзя игнорировать больше, чем несколько минут, но сделав над собой усилие, человек может выполнять какую-то работу или участвовать в каком-то мероприятии.

6 – умеренно сильная боль, которая мешает выполнять нормальные ежедневные действия, так как сосредоточение на чем-то становится чрезвычайно сложной задачей.

Следом идет **жесточкая боль** (инвалидизирует, не позволяет выполнять обычные обязанности, общаться с людьми).

7 – **тяжелая боль**, подчиняющая себе все ощущения и существенно ограничивающая способность человека производить обычные действия и общаться с другими. Мешает спать.

8 – **интенсивная боль**. Физическая активность сильно ограничена. Словесное общение требует огромного усилия.

9 – **мучительная боль**. Человек не в состоянии разговаривать. Возможны неконтролируемые стоны или плач.

10 – **невыносимая боль**. Человек привязан к постели и, возможно, в бреду. Болевые ощущения такой силы приходится испытывать в течение жизни очень малому количеству людей.

Для того, чтобы сориентировать пациента, врач может повесить в своем кабинете **шкалу с эмотиконами (смайликами), соответствующими ее делениям, от счастливой улыбки при 0 до лица, рыдающего в агонии при 10.**

Еще один ориентир, но только для женщин и только для рожавших, – это подсказка: естественные роды без обезболивания соответствуют отметке 8.



Шкала боли может показаться очень простой, но, по словам Стивена Коена, профессора отделения боли в Школе медицины имени Джона Хопкинса (Балтимор, США), она основана на довольно глубоких исследованиях.

Боль – это отдельное расстройство, требующее вмешательства

В западной медицине в отношении хронической боли с некоторых пор сместился акцент: ее больше не рассматривают просто как симптом того или иного заболевания, но как самостоятельное расстройство, требующее вмешательства.

И если для большинства пациентов шкала боли является полезным инструментом, для некоторых она становится определяющей при выборе лечения.

«Шкала особенно важна для тех, кто имеет проблемы в коммуникации», – говорит Коен, имея в виду прежде всего маленьких детей и пациентов с когнитивными нарушениями.

Врачу, помимо оценки боли по шкале, важно знать и другие параметры. Так, доктор Седдон Сэвэдж, президент Американского сообщества боли и профессор анестезиологии в Дартмутской школе медицины (США), просит пациента рассказать о том, как менялся уровень боли в течение последней недели, как ведет

себя боль в течение дня, усиливается ли к вечеру, дает ли возможность выспаться и так далее.

Если в работе с пациентом использовать шкалу постоянно, то с течением времени можно получить картину того, как влияет хроническая боль на его качество жизни, как работают терапии и обезболивающие препараты.

«Я также прошу больного показать мне на шкале, какой уровень боли будет приемлемым для него, – говорит Сэвэдж. – При хронических заболеваниях мы не всегда можем свести боль на нет, но возможно достичь того уровня, который позволит пациенту все-таки вести приемлемый образ жизни».

Специалисты по боли обязательно уточняют у пациента, **каков ее характер: стреляющая, тупая, пульсирующая, есть ли ощущения жжения, покалывания или онемения, а также какие внешние факторы влияют на боль, что усиливает ее, а что ослабляет.**

Жизненно важно не только то, насколько сильна боль пациента и каков ее характер, но также и то, как она влияет на его повседневную жизнь. Именно это и имеется в виду под сдвигом акцента.

Врач должен сосредоточиться не только на лечении самого заболевания (что, безусловно, чрезвычайно важно), но и найти

способ помочь пациенту как можно меньше отклоняться из-за боли от ведения нормально-го образа жизни.

Для этого, по словам Сэвэдж, **необходимы совместные усилия ряда специалистов: лечащего врача, специалиста по боли, физическо-го терапевта, психолога и психиатра**, и, самое главное, самого пациента, который должен играть активную роль в процессе лечения.

Три ступени обезболивания

Стандарты обезбоживания, (см. www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/), применяемые в большинстве развитых стран, разработаны Всемирной организацией здравоохранения для онкологических больных, однако ими руководствуются специалисты по боли и в других случаях: при травмах, почечной колике, невралгиях, мигренях и других острых и хронических заболеваниях.

Для взрослых это трехступенчатая система обезбоживания.

На первой ступени, то есть при слабой боли, больной получает **ненаркотический анальгетик (парацетамол, аспирин, нестероидные противовоспалительные средства (далее – НПВС)) плюс адьювант**.

Под адьювантом понимается препарат, не имеющий обезболивающего действия, но купирующий страх или тревогу пациента, успокаивающий его.

Вторая ступень – при боли от слабой до умеренной. Для обезбоживания применяется **либо комбинация двух препаратов, парацетамол (ацетаминофен) или нестероидное противовоспалительное средство (ибупрофен, диклофенак и т.п.) плюс слабый наркотический препарат (кодеин, трамадол), либо один препарат из двух ингредиентов, например, Перкоцет (опиоид оксикодон плюс ацетаминофен), Викодин (гидрокодон плюс ацетаминофен)**. Как и в предыдущем случае, больному показано дополнительное средство для купирования тревоги.

На третьей ступени, при

сильной боли, применяется **сильный опиоид группы морфина плюс ненаркотический анальгетик плюс адьювант**.

Золотой стандарт обезбоживания

Это препарат морфин. Фентанил имеет меньше побочных эффектов, а также хорош тем, что может использоваться в форме пластыря, что очень удобно при хронической боли. В США одобрен ряд быстродействующих фармацевтических продуктов фентанила для лечения прорывной боли.

Прорывная боль – это болевой приступ, случающийся в промежутках между регулярным приемом анальгетиков.

По стандартам ВОЗ, **анальгетики вводятся больному каждые 3-6 часов, независимо от того, испытывает ли он в данный момент боль, или она еще не началась. В случае же прорывной боли он получает дополнительную дозу. При этом у пациента, находящегося дома, обязательно под рукой должно быть средство, позволяющее купировать боль быстро и самостоятельно, без помощи медицинского персонала**.

Дети – особый случай!

Стандарты обезбоживания для детей (см. www.who.int/medicines/) отличаются от взрослых стандартов.

В этом случае система не трех-, а двухступенчатая, исключая взрослую вторую ступень.

Объясняется это следующим образом. Опиоид кодеин у взрослого человека метаболизируется в морфин под воздействием фермента CYP2D6, количество которого в организме варьируется в зависимости от этнической группы и от возраста.

У детей до 5 лет активность данного фермента составляет лишь 25% от того же показателя у взрослых, а потому кодеин для них неэффективен. Что касается другого слабого наркотического препарата, трамадола, широко применяющегося для обезбоживания взрослых пациентов, он

недостаточно хорошо изучен для применения в педиатрической практике и на сегодняшний день не лицензирован для нее.

Рекомендации ВОЗ по обезболиванию детей основаны на трех принципах:

1. Введение дозы обезболивающего препарата через регулярные промежутки времени;
2. Использование наименее инвазивного способа введения препарата;
3. Индивидуальный подход.

Как и в рекомендациях по обезболиванию взрослых пациентов, эксперты ВОЗ предлагают вводить препараты «по часам», а не «по необходимости», однако подчеркивают, что, если возникает прорывная боль, наготове должно быть средство для ее купирования.

Для ребенка предпочтительнее оральный способ приема препаратов (в форме таблеток), а если это по какой-то причине невозможно, то ректальный (в форме свечей) или трансдермальный (пластырь).

По возможности стоит избегать уколов, которые являются дополнительным источником боли и стресса для маленького ребенка.

Индивидуальный подход – это прежде всего, аккуратный подбор дозы, подходящей конкретному ребенку, и самого препарата с учетом побочных эффектов.

На первой ступени обезбоживания эксперты рекомендуют парацетамол и ибупрофен (единственный из всех НПВС), на второй – морфин.

Важная рекомендация экспертов – обязательное наличие как лекарственных форм морфина пролонгированного действия (для принятия через регулярные промежутки времени), так и быстродействующих форм на случай прорывной боли. При этом в рекомендациях отдельно оговаривается тот факт, что **не существует верхней пороговой дозы морфина, и, если стандартная дозировка не дает облегчения, ее необходимо повысить**.

Говорите о своей боли!

Существуют и стандартные протоколы использования анальгетиков при разных заболеваниях.

При головной боли рекомендуется парацетамол и НПВС.

При мигрени – препараты первой линии также парацетамол и НПВС, однако если они не помогают, предлагается использовать триптаны.

При небольшой травме (синяки, царапины, растяжения) рекомендуется обойтись парацетамолом и НПВС, не прибегая к опиоидам.

При тяжелой травме (рана, ожог, перелом, очень сильное растяжение) следует применять опиоиды сроком до 2-х недель.

При послеоперационной боли рекомендуется применять парацетамол и НПВС, если операция была нетяжелой и, соответственно, послеоперационная боль не очень сильная, в противном случае – опиоиды.

Почечная колика – в зависимости от тяжести – парацетамол и НПВС либо опиоиды.

Изжога и гастроэнтэральный рефлюкс – антацидные средства, антагонисты H2, ингибиторы протонной помпы; **следует избегать аспирина и НПВС**.

Хронические боли в спине – парацетамол и НПВС, в особо тяжелых случаях – опиоиды.

Фибромиалгия – антидепрессанты, антиконвульсанты.

Один из важных принципов менеджмента боли – это поощрение пациента к тому, чтобы он постоянно давал обратную связь, говорил откровенно о своих болевых ощущениях, высказывал мнение о лечении, даже если не согласен с мнением врача.

«Не нужно слушать тех, кто подвергает сомнению вашу боль, – говорит доктор Майкл Ферранте, директор Центра менеджмента боли (Лос-Анджелес). – Не уступайте их негативизму. Верьте себе и стремитесь к тому, чтобы получить правильное лечение».

www.miloserdie.ru

STOP
дискриминация

В Котласе прошёл седьмой семинар-практикум ШСР

В Котласе, при поддержке Фонда президентских грантов, прошёл седьмой семинар-практикум Школы социальной работы (ШСР) «Обмен опытом оказания социальных услуг организациями социального обслуживания в г. Котласе и в г. Коряжме».

В работе мероприятия приняли участие 22 представителя государственных и негосударственных учреждений Архангельской области, предоставляющих социальные услуги инвалидам. В их числе – сотрудники и активисты СО НКО, планирующих войти в реестр поставщиков социальных услуг.

С приветственным словом к участникам семинара обратилась директор Котласского центра социального обслуживания Галина БАКШЕЕВА. По её словам, все специалисты центра проходят обучение в соответствии с занимаемой должностью; на данный момент у всех сотрудников есть соответствующие квалификации. Но на дополнительное обучение у учреждения свободных средств нет. Отличное решение проблемы – дистанционное обучение. Планы мероприятий составляются в соответствии с потребностями получателей услуг, по их запросу и желаниям.

Ведущая семинара, профессор кафедры социальной работы и социальной безопасности Высшей школы социально-гуманитарных наук и международной коммуникации САФУ, доктор биологических наук, Елена ГОЛУБЕВА, раскрыла в своем выступлении инновационные направления оказания социальных услуг пожилым инвалидам (на примере российского и зарубежного опыта).

Она рассказала о продолжительности жизни граждан в РФ, о необходимости увеличения продолжительности ЗДОРОВОЙ жизни, о перспективах объединения социальной, медицинской и паллиативной помощи, о появлении гериатров, их квалификации, введении подобной должности в поликлиниках, о стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года.

Кроме того, участники семинара получили сравнительную информацию о такой системе социальной помощи, как приемные семьи. В частности, участники семинара интересовались обустройством квартир в приемных семьях за рубежом, о возмещении затрат на

переоборудование квартиры.

Директор Коряжемского КЦСО Татьяна БЕСТУЖЕВА представила участникам презентацию «Взаимодействие государственных и негосударственных поставщиков социальных услуг: проблемы и решения», подготовленную главным специалистом – экспертом министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области Оксаной ШЕБУНИНОЙ.

В ходе презентации были обозначены следующие проблемы: предоставление не актуальных форм заявлений поставщиками социальных услуг, отсутствие бланков в открытом доступе к сети интернета, отсутствие в ИППСУ отметки о выполнении программы. Главной проблемой было обозначено отсутствие единой информационной базы у государственных и негосударственных поставщиков социальных услуг, над которой Министерство работает в данный момент.

Об особенностях социального обслуживания людей с инвалидностью по слуху рассказала заместитель председателя Архангельского регионального отделения Всероссийского общества глухих Светлана БАТАГА. Она сообщила о пилотном проекте, который проходит в Архангельском и Северодвинском КЦСО о внесении дополнительных шкал, учитывающих особенности разных категорий людей с инвалидностью, что дает возможность более детально подойти к оформлению ИППСУ.

Светлана БАТАГА отметила, что Архангельским региональным отделением ВОГ создана и успешно используется собственная программа по учету оказания социальных услуг. Но переход в программу КАТАРСИС повлечет дополнительные затраты, и даже в ней есть недоработки. Специалист по социальной работе ГБУ СОН АО «Котласский КЦСО» Мария ГОРДИЕНКО рассказала о взаимодействии с негосударственными поставщиками социальных услуг в Котласе. В частности – об оформлении ИППСУ и признании их клиентов нуждающимися в получении тех или иных услуг. В городе две таких организации. Это: приют для бездомных «Право на жизнь» и Котласское местное отделение ВОГ.

С обществом глухих налажен механизм признания граждан нуждающимися в услугах и разработке



ИППСУ. При наличии заявления от гражданина, совместно с сурдопереводчиком, организуется выезд на дом к потенциальному получателю социальных услуг. Проводится осмотр жилищных условий, ведется беседа с гражданином и членами его семьи.

Участники семинара интересовались, есть ли польза от взаимодействия государственных и негосударственных поставщиков, как удаётся наладить работу со специфическими клиентами негосударственных поставщиков социальных услуг в Котласе (бездомные и инвалиды по слуху), а также были ли случаи отказа в оформлении ИППСУ.

О видах социальных услуг, оказываемых ГБУ СОН АО «Коряжемский КЦСО», рассказала директор центра Татьяна БЕСТУЖЕВА. Ее выступление затронуло большее количество проблем в оказании социальных услуг, в том числе – на этапе оформления документов. В частности, был затронут вопрос проката ТСР в центре социального обслуживания.

В прокат инвалидам выдают только то техническое средство, которое прописано в ИПРА. При оформлении документов люди сталкиваются с проблемой незнания врачей о том или ином ТСР, которые отказываются выписывать их нуждающимся в них пациентам. Прозвучало предложение о создании уполномоченных комиссий при КЦСО, которые бы имели полномочия признать человека нуждающимся в получении на прокат того или иного ТСР. Сейчас же признают нуждаемым только при наличии группы инвалидности. Также в центрах уже задумываются о ремонте ТСР; о том, кто и каким образом будет его производить в случае поломки технического средства.

Бурное обсуждение вызвал вопрос о приемных семьях, в частности принуждения всех членов такой семьи проходить медосмотры, а также

бюрократизм в оформлении множества бумаг, отчетности при невысокой сумме оплаты таким семьям.

Татьяна Александровна в заключении рассказала о мероприятиях, проводимых в стационарном отделении центра. О тесной работе с волонтерами, детскими садами, школами (в части проведения мастер-классов, экскурсий в пределах города, посещения бассейна). При взаимодействии с благотворительным фондом «Старость в радость» проводятся различные акции для пожилых и инвалидов, а также для детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

О деятельности Коряжемского ГО ВОГ в части оказания социальных услуг рассказала председатель организации Людмила ОЖЕГОВА. Она наглядно показала те мероприятия, которые ежегодно проводятся в организации и финансируются из местного бюджета или на членские взносы. Людмила Борисовна подняла актуальный вопрос о семейном сопровождении и помощи родственникам в части обучения (как помогать членам их семьи, получившим травму, заболевание, инвалидность, перенесшим инсульт и так далее). Если всю заботу переложить на государство, то потеряется детско-родительская связь в таких семьях.

В конце семинара Елена ГОЛУБЕВА совместно с Еленой ШИНКАРЁВОЙ вручили сертификаты слушателям «Школы социальной работы» из Котласа и Коряжмы.

Участники отметили, что данный семинар-практикум прошёл очень плодотворно. Все мероприятия семинара выполнены в полном объёме.

Лариса ЛЯПКАСОВА, председатель Котласского МО ВОГ

STOP
дискриминация

Союз общ. объединённый инвалидов Арх. обл.

Конт. (8182)

271280, www.sousnko.ru,

Адрес: 163046, г. Архангельск, ул. Розы Люксембург, д. 78.

«Бюллетень «Инвалид Севера» выпущен в рамках реализации социального проекта «Союз – ресурсный центр для поставщиков социальных услуг», с использованием гранта Президента РФ на развитие гражданского общества, выданного Фондом президентских грантов»