

М.Г. Соколова

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Аннотация. В статье рассматриваются актуальные проблемы организации паллиативной помощи incurable больным с учетом требований российского законодательства и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения. Особое внимание уделено психологическим и медико-социальным аспектам осуществления сестринского ухода за пациентами и работы с их семьями.

Ключевые слова: incurable больные, критерии оценки качества паллиативной помощи, проблемы организации социально-медицинского ухода.

M.G. Sokolova

NURSING ROLE IN PALLIATIVE CARE

*Urals State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation*

Abstract. The article deals with current problems of the organization of palliative care for the incurable patients with the requirements of the Russian legislation and recommendations of the world health organization. Special attention is paid to the psychological, medical and social aspects of the implementation of nursing care for patients and work with their families.

Keywords: incurable patients, criteria for assessing the quality of palliative care, problems of the socio-medical care.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет паллиативную помощь как направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни incurable больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов — физических, психологических и духовных. Предоставление паллиативной помощи основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание психологической поддержки родных и близких.

Вступивший в силу с 1 января 2012 г. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] утвердил новый вид медицинской помощи — паллиативную помощь (ст. 32).

Паллиативная медицинская помощь — одно из приоритетных направлений развития системы здравоохранения в нашей стране. Особый стимул ее развитие получило в 2015 г., когда были приняты важнейшие нормативные акты, регламентирующие создание и дальнейшее развитие системы паллиативной помощи в России.

Современная паллиативная помощь включает в себя следующие аспекты:

- профилактику боли;
- контроль над симптомами;
- общий уход за пациентами;
- обучение и реабилитацию;
- психотерапевтическую помощь;
- поддержку семьи во время болезни близкого человека и после его смерти;
- научные исследования в области паллиативной медицины.

В приказах Министерства здравоохранения РФ № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» от 21 декабря 2012 г. [2] и № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» от 14 апреля 2015 г. [3] определены группы пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Согласно этим документам, паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в т. ч. с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ формы оказания паллиативной помощи можно разделить на две основные группы — стационарную и амбулаторную.

Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров,

а также стационарных учреждений социальной защиты. Амбулаторно паллиативную помощь оказывают в кабинетах паллиативной помощи, а также силами выездных патронажных служб.

Основные сложности в оказании паллиативной медицинской помощи в РФ следующие:

- слабая осведомленность о масштабах проблемы;
- нехватка знаний у медицинских специалистов;
- отсутствие необходимых форм и дозировок наркотических обезболивающих;
- финансовые и организационно-структурные ограничения;
- социальные и культурные барьеры.

В 2015 году благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» проводил анкетирование пациентов и членов их семей во многих лечебных учреждениях России, оказывающих хосписную и паллиативную помощь. В Свердловской области данное анкетирование проводилось на базе отделения паллиативной помощи Свердловского областного онкологического диспансера. В результате выяснилось, что медицинский контроль основного заболевания (боль, тягостные симптомы и активные медицинские вмешательства) пациенты ставят на последние места, отдавая приоритет проблемам психологическим и медико-социальным (рис. 1).

Современное представление о паллиативной медицине формировалось длительно, исходя из науки о боли, развития этических и гуманистических принципов медицины, милосердия, психологии, понимания внутрисемейных отношений и динамики организационных форм.



Рис. 1. Критерии оценки качества паллиативной помощи, основанные на мнении пациентов и их родственников

Для оказания высококвалифицированной и эффективной паллиативной помощи требуется комплексная работа целой бригады специалистов: священнослужителей, волонтеров, благотворителей и социальных работников. Но прежде всего — работа врача и медицинской сестры, которые имеют специальную подготовку в этой области.

Медсестра играет большую роль в оказании паллиативной помощи. Врачи и медсестры получают разное образование и подготовку: они, в некотором смысле, с разных сторон смотрят на пациента. Врачи более сосредоточены на медицинских аспектах ухода, а медсестры, как правило, больше ориентированы на целостный подход к помощи и восприятие пациента как личности, их задачи гораздо шире, а именно:

- динамический контроль болевого синдрома;
- общий уход;
- контроль над симптомами (анорексия, кахексия, тошнота, рвота, головокружение, запор, диарея, бессонница, спутанность сознания и т. д.);
- профилактика осложнений, связанных с гиподинамией;
- психологическая поддержка пациента и членов его семьи;
- обучение пациента и членов его семьи методам само- и взаимопомощи.

При выполнении этих задач сестринский персонал должен придерживаться основных принципов паллиативной помощи, рекомендованных ВОЗ. Паллиативная помощь:

1) утверждает жизнь и рассматривает смерть (умирание) как естественный закономерный процесс;

2) не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;

3) основной целью определяет обеспечение пациенту возможности, насколько это реально, активно прожить последние дни;

4) предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;

5) использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;

6) улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;

7) при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного.

Организация сестринской паллиативной помощи — это, прежде всего, методология ведения инкурабельного пациента в рамках сестринской компетенции. Сестринский персонал должен помочь при наблюдении или беседе с пациентом определить, что важнее для него в данный момент, и достичь этого уровня качества жизни при оказании паллиативной помощи путем запланированных независимых, а также зависимых и взаимозависимых вмешательств.

Для работы в открывающемся 1 июля 2016 г. корпусе паллиативной медицинской помощи, входящем в состав ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского, нами была создана «Индивидуальная карта наблюдения за пациентом», в которой медицинская сестра с целью составления оптимального плана помощи будет учитывать индивидуальные особенности пациента, его пожелания, предпочтения, степень тяжести его состояния, локализацию основного процесса, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний. Это поможет ей прогнозировать возникновение возможных симптомов, которые значительно снизят качество жизни пациента, и вовремя профилактировать их либо значительно снизить выраженность проблем пациента.

Индивидуальная карта наблюдения заполняется медицинской сестрой при поступлении пациента в стационар для первичной оценки состояния, выявления существующих проблем пациента и его родственников и служит основанием для планирования дальнейшего ухода, включающего в себя обучение и психологическую поддержку как пациента, так и его семьи.

Из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы. Медицинская сестра, осуществляющая паллиативную помощь, должна иметь не только полноценное профильное образование, но четкую пациент-ориентированную модель сестринской помощи. Это обеспечит полноценное и результативное оказание паллиативной помощи пациенту и его родственникам и позволит оценить качество оказанной помощи.

Разработка сестринской документации может стать одним из путей стандартизации в этом направлении, а также заблаговременном

планировании помощи с учетом состояния пациента, патологического процесса и возникших осложнений, желаний пациента и его родственников по поводу его лечения.

Таким образом, главными мероприятиями при осуществлении паллиативной помощи являются снижение болевого синдрома, лечение осложнений и обучение пациентов и его родственников основным приемам по

уходу и лечению, в зависимости от заболевания. Кроме того, пациенты нуждаются в обеспечении условий, удовлетворяющих потребности человека в общении (наличие библиотеки, живого уголка, посещение волонтерами, творческими коллективами, организация выставок, театрализованных программ, обязательно духовное, религиозное общение).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп.) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/#ixzz48F5Y62xz> (дата обращения: 10.05.2016).
2. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572/#ixzz48F5ub6Ft> (дата обращения: 10.05.2016).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2015 г. № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70922908/#ixzz48F6D25Uk> (дата обращения: 10.05.2016).

УДК 618.1:159

Л.С. Сухобокова, Г.М. Сресели, Т.А. Филиппова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ

*Самарский государственный медицинский университет
Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина
г. Самара, Российская Федерация*

Аннотация. В гинекологической клинике перед врачом очень часто встает необходимость оказания психологической помощи своим пациентам. В этой связи ясна необходимость создания новой концепции телесности и новой гуманитарной модели медицины. Тактика изучения, психологического сопровождения и реабилитации гинекологических больных, направленных на прерывание в различные сроки беременности, требует особого подхода. Перед психологом в данной проблеме стоят две основные задачи. Первая — снижение количества абортов путем доабортного консультирования и вторая — психопрофилактическая работа с женщинами репродуктивного возраста. К ним, в первую очередь, относятся женщины с перинатальными потерями. Психологическое сопровождение больных предполагает, что медицинская помощь должна осуществляться в рамках так называемой гуманитарной модели медицины. Лечение подлежит личность больного в целом, а не отдельный больной орган или система, поэтому необходимы сочетания различных биологических и психотерапевтических способов. В лечебном процессе необходимо участие как клинического психолога, так и врача соматического профиля. Изучение и практическое сопровождение утраты требует междисциплинарного подхода. Знания о психологии и консультировании утраты необходимы всем специалистам, заинтересованным в благоприятном исходе лечения. Применение программы психологического сопровождения больных, информированность пациенток позволили снизить число возможных осложнений, уменьшить тревожность, сформировать позитивный настрой на выздоровление и реабилитацию.