

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ПРИЗМЕ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Т. В. Матвейчик, Д. А. Марченко-Тябут, И. М. Брылева

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г. Минск, Республика Беларусь

PALLIATIVE CARE WITHIN THE NURSING BUSINESS PHILOSOPHYS. V. SPIRIDONOV

T. V. Matvejchik, D. A. Marchenko-Tyabut, I. M. Bryleva

State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Minsk, Belarus

Резюме:

Привлечение внимания к этическим проблемам в паллиативном уходе за пациентами в терминальной стадии онкологической болезни на основе знания особенностей оказания медицинской помощи в призме философии сестринского дела полезно для медицинской помощи, направленной на повышение качества жизни.

Ключевые слова:

медицинская сестра, онкология, паллиативная помощь, пациент, этика

Abstract:

The article describes ethical issues in palliative care of patients with terminal cancer based on specific features within the scope of nursery philosophy with the special focus on improved quality of life in these patients.

Keywords:

medical nurse, cancer, palliative care, patient, ethics

Актуальность. Философия — целостная система взглядов на мир (природу, общество, мышление), оказывающая существенное влияние на человека, в том числе на пациента и медицинского работника, на результат изменения отношений между ними [1, 2, 3, 4, 5]. Задача философии применительно к паллиативной медицинской помощи (ПалМП) состоит в поиске ответов на вопросы, высказанные И. Кантом: Что я могу знать? Что я должен делать? На что я могу надеяться?

Искусство медицинской сестры (МС) — применять знания по биомедицинской этике и философии при оказании ПалМП — нуждается в совершенствовании, обусловленном ростом онкологической заболеваемости и старением населения [6, 7, 8]. Смысл ПалМП состоит в организации условий для регулирования достойного ухода человека из жизни. Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), паллиативная помощь — вид медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых и ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов избавления от боли и облегчения от других ее проявлений, когда все возможные методы исчерпаны. Это подход для улучшения качества жизни (КЖ) пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни путем предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование тягостных симптомов, оказание психологической, социальной и духовной помощи.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обращение внимания к этическим проблемам терминальных пациентов в ПалМП для увеличения эффективности лечения, влияющего на качество жизни.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ

Результаты. Совершенствование заботы о здоровье в области ПалМП в Республике Беларусь совпадает с политикой ВОЗ Здоровье — 2020, состоящей в «значительном улучшении здоровья и повышении уровня благополучия населения, укреплении охраны общественного здоровья и обеспечении наличия универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека» [2, 9, 10].

Для успешного использования деятельности помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр), МС [11] в системе оказания ПалМП применимы отдельные рекомендации Международного совета медицинских сестер «Медицинские сестры — движущая сила перемен: укрепление устойчивости системы здравоохранения» (2017):

1. внедрять и поддерживать межпрофессиональное образование и практику [2, 6, 10, 12, 13]. В системе дополнительного обучения реализуется программа совместного обучения врачей и МС работе в команде, а также применяется соответствующая модель сестринского ухода за пациентом (врачебная, Н. Роупер, Д. Джонсон, К. Рой, Д. Орем, В. Хендерсон) [6]. Д. Хебб писал: «Хорошая теория — та, что остается актуальной, пока вы не найдете новую, еще более убедительную»;

2. добиваться баланса между вниманием к лечению заболеваний и укреплением здоровья населения мерами, близкими к модели дефицита самостоятельного ухода Д. Орем [6];

3. укреплять и диверсифицировать оказание ПалМП через расширение ответственности и роли Пвр и МС, применяя врачебную модель В. Хендерсон [6, 7, 8];

4. гарантировать присутствие сестринского голоса в обсуждениях вопросов здравоохранения и социальной поддержки, финансирования труда медицинских работников, этики, детерминант здоровья [2, 12, 14, 15, 16, 17];

5. участвовать в исследованиях, улучшать информационную среду и систему сбора данных в области сестринского дела, оценивать влияние на оказание ПалМП комплексных социальных и гендерных вопросов по качественному развитию здравоохранения [16, 18].

Действующая в середине XX века классическая модель предоставления медицинской помощи рассматривала пациента как физическое тело с изменениями, ведущими к потере здоровья и подлежащими устранению лечебными воздействиями (преимущественно физического характера) для восстановления способности к труду. В настоящее время ПалМП использует методики лечения, обеспечивающие улучшение КЖ без 100% возвращения трудоспособности. Это новая модель предоставления ПалМП, при которой жизнь человека — не только способность к труду, а основа реализации творческих задатков в человеке во всем многообразии личности. В сферу интересов медицины входят не только категории «здоровье — болезнь», но и «жизнь — смерть», повышающие значимость ПалМП, акцент в которой перемещается в сторону императива «делай благо», а восстановление трудоспособности является элементом программы лечения.

Основными принципами ПалМП для МС являются:

- обеспечение безопасности пациента [4];
- конфиденциальность [15];
- уважение к пациенту и поддержание его чувства собственного достоинства [19, 20, 21];
- общение [6];
- поддержание независимости пациента [7];
- обеспечение инфекционной безопасности [8].

Рождение и смерть определяют границы существования, при этом человек — существо, знающее о своей смерти и отношение к ней уникально, формируется культурой и мировоззрением общества. Известное с XI века слово «врач» в старину означало «говорить», влиять на больного через арсенал культуры, «доктор» переводится как «учитель». Элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетель (совершенство), черта характера МС, располагающая к добрым поступкам: состраданию, милосердию, терпению, но она относится к категории исчезающих [2, 4, 6].

МС, разделяющая философию сестринского дела, принимает на себя обязанность говорить правду, творить добро в меру возможностей, не причинять вреда, держать данное слово, быть преданной делу, уважать право пациента на самостоятельность в принятии решения о лечении или отказе от него [6, 7, 19]. Потрясения в жизни общества (революции, локальные военные действия, кризисы) оказывают влияние на такие человеческие качества, как сочувствие, деятельную помощь людям, попавшим в тяжелую ситуацию [3, 4, 6, 7, 8]. Анализ этических взаимоотношений МС и пациентов при оказании ПалМП на разных исторических этапах позволяет выделить опасности текущего десятилетия XXI века:

— Девальвация понятий гуманности, доброты, сострадания, милосердия в работе МС в определенной степени, обусловлены избыточной нагрузкой, профессиональным

нерегулируемым стрессом и низкой оценкой государства их вклада в здоровье общества в целом [8, 14, 20, 21].

— Здоровье пациента стало источником материального благополучия врача, что подтверждено статистикой выписанных без медицинских показаний лекарственных средств около 25% пациентов в США (2010) [4].

— Совершенство медицины, барьер в 4-6 минут дает возможность спасения жизни человека.

— Комитеты по этике должны включать юриста и священнослужителя, что позволит полнее удовлетворять потребности пациента вблизи смерти.

— Информатизация здравоохранения (электронные карты пациента, электронный рецепт) должна обеспечивать право на врачебную тайну [4, 11, 22].

Понятие врачебной тайны важно для всех участников взаимодействия в ПалМП. Часть пациентов с неизлечимым состоянием не намерена сообщать об этом работодателю из нежелания сочувствия от чужих людей, боязни ostracизма, эйджизма, дискриминации и стигматизации за наличие, например, ВИЧ — позитивного статуса, опасения возможности лишения работы [19, 23, 24], а ее несоблюдение МС чревато обращениями граждан в суд.

Реалии оказания ПалМП МС свидетельствуют об основной проблеме: подходе к пациенту не просто как к человеку, нуждающемуся в уходе и получающему его, а личности. На основе согласования с врачом и совместно с пациентом план ПалМП, МС может рассчитывать на его успешную реализацию только в случае, если она понимает и учитывает, что общается с личностью с определенными биологическими, психологическими, социальными и духовными проблемами [19, 20, 25, 26, 27, 28]. Для такого подхода важны ценности, исповедуемые МС: уважение к сложной целостности личности каждого человека, признание факторов, влияющих на опыт его поведения в здоровье и в болезни, согласие на право выбора предлагаемого лечения.

Важной составляющей ПалМП в деятельности МС является исключение физических мук, предотвращение хронического болевого синдрома (ХБС) с индивидуальным врачебным подходом к дозированию анальгетиков и транквилизаторов [19, 20, 22].

Философия сестринского дела предполагает конкретные обязательства перед нуждающимися в ПалМП, т. е. честную профессиональную поддержку на основе права, принципов морали и нравственности [8, 15, 22, 23, 24, 25]. Особо нуждается в развитии философия оказания ПалМП пациентам с ХБС на дому и в хосписах. Например, в одном из отделений английского госпиталя в г. Лидс (Великобритания) философия паллиативного ухода в хосписе была сформулирована так:

- Восстанавливать здоровье в тех случаях, когда это возможно.
- Обеспечивать пациенту комфорт и поддерживать в нём чувство достоинства.
- Поощрять независимость там, где есть возможность пациенту раскрыть потенциал.
- Выявлять все физиологические, социальные и духовные потребности пациента.

- Планировать помощь и обсуждать план ухода с пациентом и (или) всей его семьей.
- Помните! Мы здесь для вас, говорите с нами в любое время, помогайте нам помогать вам».
- В другом (онкологическом) отделении этого же госпиталя философия ухода была несколько иной:
- "Наше отделение способно обеспечить высочайшие стандарты сестринского ухода, используя холистический подход.
- Мы уверены, что вам будут предоставлены необходимые уход и внимание. Мы стремимся обеспечить вашу независимость.
- Мы прибегаем к такому решению проблем, где совместно оцениваем и планируем уход для удовлетворения ваших потребностей».

Врач и МС в ПалМП становятся проводниками в мир культуры, «спутниками» или «собеседниками», по выражению А. А. Ухтомского, описавшего этический принцип Заслуженного Собеседника. Это может быть духовный идеал, живший когда-то человек, современник, нравственно-духовное зеркало, отражаясь в котором человек способен найти позитивный смысл и обрести себя как личность. Особенно выразительно об этом писал В. Франклин, переживший угрозу гибели в концентрационном лагере: «Если у человека есть, ради чего жить, он вынесет почти все».

При оказании ПалМП медицинские работники показывают пациенту три группы ценностей: творчество (в науке, политике, повседневной жизни), переживание (общение, эстетика, любовь) и отношение: если не можешь ничего изменить, то измени отношение к событию. Для совершенствования качества ПалМП МС необходимы простейшие знания не только по уходу, но по психологии общения с пациентами, страдающими неизлечимым заболеванием в терминальной фазе [6, 11, 20, 27, 29, 30, 31].

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ТЕРМИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Естественная реакция осознания потери здоровья, обусловленная переживанием трудностей пациентами с неизлечимыми заболеваниями:

- потеря или угроза потери личных взаимоотношений, социальных ролей, физических функций и образа «Я»;
- вред или угроза телу, включающая боль или изменение;
- удовлетворение биологических функций в питании, половом влечении, неудовлетворенность от скрытой агрессии.

Психологическая защита, позволяющая МС и пациенту использовать способы преодоления неизлечимых болезней в терминальной стадии:

- индивидуальный эмоциональный способ преодоления критических ситуаций, имеющих прямое отношение к болезни;
- с физиологической точки зрения — это осознанное и подсознательное стимулирование гипоталамуса, активация симпатно-адрено-кортикальной систем регуляции стресса;
- поведение и эмоции, сопровождающие критические ситуации и зависящие от окружающих условий;

— изменение эмоций и умственных усилий с целью удовлетворения особых потребностей;

— привычные действия пациента с целью получить облегчение, спокойствие и равновесие;

— преодоление критической ситуации, не заостряя внимание на болезни.

Влиять на КЖ пациента помогают особые способы противостоять хроническому стрессу, сопровождающему фатальное заболевание.

Стратегии борьбы неизлечимо больного человека с хроническим стрессом:

— конфронтационная (обсуждение проблем, поиск информации, постановка целей, сохранение контроля), в котором наравне с врачом участвует МС [1, 2, 7];

— эмоциональная (беспокойство, страх, обвинение), сопровождающая неприятные для части пациентов последствия социальной изоляции как следствия болезни. Известно 3 типа реакции людей на насмешки окружающих: не обращать внимания; прятать голову в песок. Можно принимать все близко к сердцу, выражая гнев, враждебность, обещая отомстить или относиться к ситуации с юмором, что приводит к возрастанию достоинства пациента и чему должны способствовать МС [20, 21, 22, 27];

— смягчающая преодоление (поспать, обратить в шутку, помолиться, позволить кому-то другому разрешить проблему). Пациент, верящий в присутствие Бога в жизни, легче справляется с тяжестью болезни, используя опыт чтения душеполезной литературы [3, 8, 9, 10, 13, 22, 30, 31];

Копинг-стратегии, базирующиеся на понимании стадии хронического заболевания:

Стадия 1 — прерванное время — ежедневные занятия на время отходят на второй план в связи с ожиданием диагноза.

Стадия 2 — фаза вторжения — подстраивают ежедневные занятия, влияющие на результат болезни.

Стадия 3 — инкапсуляция времени — болезнь поглощает человека, ему приходится следовать режиму по уходу за собой.

Подобное поведение пациента обусловлено тем, что хронический стресс выполняет определенные функции, позволяющие уменьшить неблагоприятные последствия заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ:

— снижение напряжения и сохранение спокойствия (адаптация);

— трезвое принятие решений (изменение понимания ситуации);

— сохранение самостоятельности и свободы (быстро-та реакции на стресс);

— побуждение пациента к удовлетворению социальных потребностей;

— сохранение стабильного социального, психологического и физического состояния;

— понимание потенциальных раздражителей;

— избегание негативной самооценки.

Оказывая ПалМП при наличии хронического стресса у пациента с фатальным заболеванием, МС должна помнить

о факторах стресса, которым он подвержен, независимо от социального и экономического положения:

1. Чувство финансовой неуверенности, снижение уровня доходов, ухудшение материального положения. На базовые нужды (питание и жилье) у пожилых лиц в экономически развитых странах уходит до 2/3 доходов, а в среднем возрасте — примерно 1/3. Важен не столько уровень, сколько разрыв с прежними доходами. Больной человек в большей степени оказывается в зависимости от экономической ситуации в стране, колебаний ее политики в социальной сфере.

2. Понижение самооценки и уверенности в себе обусловлено снижением социального статуса и степени уважения окружающих. Недавно человек был кормильцем семьи, диктовал условия, а сегодня от него мало что зависит. В связи с ускорением темпов развития науки, производства, изменениями повседневного быта опыт, приобретенный человеком ранее, может не иметь ценности. Чувство ненужности, депрессия, связанная с потерей прежней профессиональной, социальной роли утяжеляет течение и прогноз болезни. Вывод очевиден — для поддержания прежнего КЖ человеку нужно готовиться к смене профессиональных и социальных ролей заранее.

3. Сужение общения со сверстниками из-за болезни и близости смерти ведет к одиночеству. Известно, что более 70% пожилых людей живут либо только с супругом, либо одни, половина женщин старше 65 лет вдовы. Людям молодого и среднего возраста общение со стариками дается с трудом. Обе стороны не отдают себе отчета, но это напоминает молодым об их собственной старости. Нередко заболевшим людям приходится покидать прежнее жилье, переезжать на новое место, жить среди соседей, где их не знают и не ценят, новизна обстановки для них становится тяжелой травмой.

4. Праздность с выходом на пенсию по болезни особенно ощущается теми, кто был увлечен прежней работой, тратил на нее много времени. «Пенсионные» занятия кажутся глупостью по сравнению с прежними делами, пациенты ведут себя пассивно не потому, что неспособны к полезной деятельности или к получению удовольствия, а потому, что такого поведения ожидают окружающие.

5. Уменьшение свободы выбора в занятиях, поездках, времяпровождении, выборе знакомств.

6. Технический прогресс современной жизни — компьютеры, интернет, кредитные карточки, телефонные аппараты с непривычным набором, телевизоры и стиральные машины, которыми трудно научиться управлять, незнакомые слова и термины и т. д.

7. Страх смерти нехарактерен для молодых людей, возникает на короткое время, но для пациентов с фатальным заболеванием эти мысли становятся болезненными и мучительными [8, 19, 20].

Степень приспособления пациента к иному социальному статусу определяется состоянием его психического здоровья. Известно, что человек, живущий в семье, лучше приспосабливается к жизни с болезнью. Знание факторов, провоцирующих неадекватное, как иногда кажется,

поведение хронических неизлечимых больных поможет МС в выстраивании гармоничных отношений с ним [2, 25, 29, 33].

Психологическими особенностями онкологических больных следует признать ригидность поведения, низкий уровень социальной чувствительности и самооценки, нерациональные способы самозащиты, агрессивное беспокойство, бегство в работу и болезнь, поиск виновных и социальное несоответствие [7, 22].

При оказании ПалМП на дому традиционная лечебная практика базируется на низкоэффективном соматическом подходе. Исследования показали, что важные проблемы онкологических больных связаны не с болезнью, а с социальным статусом, на основании чего требуется особая социально-психологическая реабилитация [19, 28]. Существенно осложнен для МС уход за пациентом с физическими дефектами тела и органов чувств, зачастую имеющими место после калечащих операций при онкологической патологии [14, 27, 28].

Востребованная обществом работа МС в системе ПалМП с пациентами и их семьями включает:

Комплексную реабилитацию, содержащую медицинский, психолого-педагогический и социально-правовой аспекты деятельности [5, 7, 15, 19, 23, 24, 34].

Помощь МС (Пвр) в положительной оценке жизненных достижений, формирование или коррекция привычного поведения; построение партнерских отношений через психологическую поддержку от близких и окружающих при изменении жизненных ценностей; прощающий взгляд на бытовые и житейские ситуации; общение эмоционально более глубокое, содержательнее, с большей любовью к окружающим [19-27].

Психологическая поддержка МС при уходе за больными на дому состоит в умении оказать не только физическую, но и моральную помощь, пригласить психолога, священнослужителя. Самым сложным является направить мысли пациента в конструктивное русло принятия посланных болезнью испытаний достойно [7, 20, 29 30, 31].

Знание Пвр и МС особенностей поведения неизлечимо больных благоприятно не только для ухода, но и для улучшения КЖ таких людей. При любом заболевании есть особенности ухода МС, зависящие от проблем и потребностей пациента:

индивидуальная помощь в повседневной жизни пациента осуществляется на основе плана ухода по технологии сестринского процесса, циклу действий, включающих оценку (сестринский диагноз), планирование ухода, выполнение и оценку результата. На первом этапе МС использует разнообразные методы сбора информации о пациенте и ее регистрации письменно. Учитываются индивидуальные потребности и нужды пациента, настоящие и будущие, возраст, стадия заболевания, данные, полученные от родственников [6, 7, 8]. Затем МС планирует действия по уходу, осуществляет его в соответствии с планом и изменениями, которые могут отмечаться в ходе лечения. На заключительном этапе оценивается эффективность ухода, далее цикл повторяется, с учетом чего строятся дальнейшие действия [9, 18, 27, 29].

Ответственность за качество ухода за пациентом возлагается на МС, которую знают и родственники, с ней можно обсудить план и проблемы ухода, особенности течения заболевания. Именно МС выявляет индивидуальные потребности больного, ищет решение выявленных проблем, получает совет врача, дает консультации по уходу [6, 7, 8, 11, 16-22].

Сопровождение в процессе умирания требует от работающих в системе ПалМП МС интеграции с духовными служителями, психологами, врачами. При уходе на дому этот процесс может быть осложнен из-за снижения желаний общения у пациента, поражения сенсорных функций – слуха, зрения, осязания [19-22, 25, 27].

Поддержка самостоятельности пациентов в личной гигиене, принятии пищи помогает быстрее адаптироваться после выписки из стационара. Дополнительным навыком общения МС является умение привлечь к уходу соседей, волонтеров, иные сообщества, обеспечение преемственности с работниками территориальных центров социального обслуживания населения, что влияет на КЖ [2, 7, 8, 15, 24].

Поддержание социального, психологического и физического компонентов терапевтической среды пациента. Концентрация внимания только на проблемах пациента приведет к ограничению возможностей ухода, а распознавание сильных сторон и личных устремлений дает преимущество при разработке стратегии помощи с задействованием интеллектуальных возможностей пациента, его религиозных потребностей, созданием благоприятного физического микроклимата (проветривание, чистота, уют), а также особого навыка МС по нетрадиционному решению нестандартных ситуаций [7, 8, 19, 25, 27].

Информация, собранная и переданная МС, позволяет врачу своевременно разобраться в причинах ухудшения состояния пациента. Самолечение относят к факторам, вызывающим определенные трудности в оказании ПалМП на дому, поскольку увеличивается вероятность изменений медикаментозной терапии.

К проблемам при выполнении ПалМП на дому за пациентами в терминальной стадии болезни относят:

- отсутствие готовности и (или) навыков МС говорить с окружением и самим больным о приближающемся финале земной жизни [30, 31];
- низкую толерантность МС к несправедливым замечаниям, базирующимся на недостаточной оценке ее работы обществом [3, 13];

- менталитет общества по отношению к старости и болезни как о решении, а не о закономерном итоге жизни [26, 34].

От выполнения неизлечимыми больными медицинских рекомендаций, готовности сотрудничать во многом зависит результат. В работе Ф. Арьеса «Человек перед лицом смерти» он выделяет путь от прирученной (управляемой) смерти к медикализированной, перевернутой, разделив на 5 этапов:

1-й – первобытность до XII века – смерть – коллективное дело общины;

2-й – осмысление идеи Страшного суда, посмертное существование вариативно;

3-й – процесс умирания не как публично-ритуальный, а упрощенный;

4-й – интенсификация страха смерти, боязни быть захороненным;

5-й – XX век – «медикализация» смерти и похоронный бизнес. Смысл медикализации разнообразен: от непризнания неизбежности смерти стариков и больных или наличия средства, помогающего врачу минимизировать негативные факторы работы МС с умирающими людьми, до тенденций, противоречащих ряду социальных норм, оборачивающихся расточительным медицинским уходом. Понимание того, что угасание и смерть – естественный процесс, имеющий положительные и отрицательные стороны, а не ошибки в диагнозе и лечении, поэтому для безнадежных пациентов более важен простой уход из жизни, ориентированный на духовные интересы без излишней провокации надежды. Взятие врачом ответственности за принятие непопулярного решения: интенсивного лечения, замедляющего, но не предотвращающего исход также лежит в плоскости медикализации, регламентированной резолюцией Парламентской ассамблеи Совета Европы в 1999 г.

Смерть в западных странах в 70-80% случаев происходит в больнице, в Финляндии 90% случаев смерти от онкологии происходит в стационаре (хосписе). Особого внимания заслуживает отношение фатальных больных к оказываемой помощи. Исследования позволяют выделить несколько стереотипов поведения пациентов при оказании ПалМП [5-8, 19, 27-29]:

- недоверие и неприятие социальной помощи в повседневной жизни, нежелание быть зависимыми от посторонних людей, успешно преодоленное во Франции службой «домашних помощников»;

- явные рентные установки, стремление и настойчивость части пациентов в получении как можно большего количества услуг от государственной медицины, как следствие советской власти, возложение выполнения всех бытовых обязанностей на МС и социальных работников;

- недовольство и неудовлетворенность жизненными условиями переносятся на медицинских и социальных работников, с которыми пациенты непосредственно общаются;

- медицинский работник воспринимается как объект, несущий ответственность за их физическое здоровье, моральное и материальное состояние.

МС, длительно взаимодействующие с пациентами в отделении, либо на дому, помогая им в осуществлении таких действий, как принятие ванны, пользование туалетом, должны знать особенность пациентов с анатомическими дефектами: повышенную обидчивость, чувствительность, чувствительность к стыду, брезгливости к себе, страха речи и общения, учитывая которые, строя отношения на принципах сострадания к обделенным людям. Особую группу составляют пациенты, перенесшие «калечащие» хирургические операции, сопровождающие лечение онкологической болезни. Депрессия, стыд, идеи ущербности, самообвинения, раздражительность и ворчливость могут преобладать во взаимоотношениях у этих больных. То, в какой мере МС воспринимает и понимает пациента, во многом определяет общение, уровень отношений и способы осуществления совместной деятельности, суть которой – терпение, конфиденциальность,

сохранение медицинской тайны, доброжелательное отношение [19, 25, 28, 32, 33].

Анализ онкологических заболеваний показал наличие связи между тяжестью заболевания, причиненными физическими и психическими страданиями и возможностями волевого ресурса, позволяющими сделать вывод о том, что существует «порог» переносимости страданий, за которым наступает паралич воли. Поведение пациента может положительно, отрицательно или нейтрально влиять на результаты реабилитации и КЖ. Наиболее часто пациенты с онкологическим заболеванием обращались к психотерапевту с астено-депрессивными проявлениями – около 41,2%, с партнерскими или семейными проблемами – 31,5% [19,28], испытывали страх.

ПРИМЕРЫ ЭФФЕКТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРАХА

— направление интереса пациента на активное изучение реальности проблем и поиск информации с готовностью МС ее предоставить [1, 5–7];

— свободное выражение позитивных и негативных эмоций, вплоть до слез, умение переносить разочарования, управление чувствами, когда это возможно [8, 20, 29];

— просьба о помощи у других лиц, в чем врач и МС особенно полезными [7];

— расчленение проблемы на мелкие неприятности [9, 19, 25];

— при осознании пациентом апатии ориентация на более подвижный образ жизни, адаптивную физическую культуру [7, 22, 29];

— принятие неизбежности ситуации [8, 20, 26–27, 30–31];

— вера в себя и помощь других, сохранение присутствия силы духа по поводу фатального исхода [20]. При этом МС следует знать разнообразные пути преодоления хронического ожидания худшего, обусловленного, прежде всего, страхом боли и смерти в одиночестве. МС может помочь пациенту, если учитывает все разнообразие внешних и внутренних побудительных мотивов пациента на сопротивление фатальной болезни.

ТИПЫ ЗАЩИТЫ ОТ СТРАХА СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ

Страус. При появлении неизлечимой болезни у пациента резко изменяется восприятие окружающего мира. Отрицая смерть, человек избегает разговоров о ней, либо, заменяя словами «переход», «уход», «забвение», «мир иной», не будет принимать участия в похоронах близких, не напишет завещания, будет откладывать посещение врача при наличии серьезных проблем со здоровьем. Нет больше энергии и желания что-либо делать, такому пациенту хочется спрятаться от людей и молча переносить свои страдания и горе.

Борец. Пациенты подобного склада пытаются противостоять смерти, пренебрегая опасностью, не соблюдать предписания врача, рассказывают анекдоты о смерти, утверждая, что являются хозяевами судьбы, контролируют ситуацию, сами выберут, как умереть. На первый план выступают вопросы о спасении жизни, затем о ее смысле и о смерти,

происходит переоценка ценностей. В случае усугубления течения заболевания он станет использовать все возможные методы лечения.

Общаясь в этот период с пациентом и его родственниками, МС должна предупредить появление и остановить развитие панического страха. Замечено, что пациент, поддавшийся панике, при одной и той же болезни, либо с трудом существует в течение многих лет, либо очень быстро умирает. МС, прежде всего, убеждает окружающих пациента и его самого в доступности и эффективности современной ПалМП, обеспечивающей полноценную активную жизнедеятельность на месяцы, годы, часто без каких-либо физических страданий. Это притупит мучительные опасения и страхи пациента, поможет принять неизбежное: обдумать и решить, что нужно сделать в оставшееся время. В беседе с ними МС всякий раз делает акцент на том, что можно еще в оставшееся время не «умирать ежедневно от своей болезни», а «жить с ней в согласии», ведь жизнь продолжается, умирать еще не завтра. Прежде всего, нужно не сдаваться, а продолжать привычную активную деятельность – работу, службу, встречи с людьми, и делать это как можно дольше.

Христианское восприятие. Смерть является неотделимой составляющей жизни и обязательной частью перехода к жизни вечной, как закономерная, завершающая часть жизненного цикла. Тему смерти не избегают, она не является трагедией, включена в повседневную жизнь, поддерживаются традиции и ритуалы, связанные со смертью. Во всем течении терминальной стадии болезни такие пациенты видят помощь Господа в трудное время жизни. Сама болезнь, по их убеждению, дает им время и призывает подумать о своей душе. Сны таких больных людей бывают яркими и счастливыми, с особой радостью в разные времена года ими воспринимается божественная красота природы. У пациента, который так считает, исчезают суетные заботы. Больше нет амбиций, желания славы и богатства, то, что окружает подопечного, начинает радовать, перестает огорчать собственная немощь [20, 25, 30–31].

Поддерживаются традиции и ритуалы, связанные с уходом из жизни. Помощь МС в этой ситуации особенно уместна, поскольку, как писал святитель Тихон Задонский: «Милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который только упражняется в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни, что глас вопиющего в пустыне, что дерево без плодов». Каждый день такой человек готов к смерти и не рассматривает ее как трагедию, следуя наставлению прп. Иосифа, старца Оптинского: «Болезнью грехи очищаются, только не надо роптать». Пациенты, оценивая смерть как «плохую» и «хорошую», считают: «Я хотел бы умереть после болезни, достаточно долгой, чтобы успеть к ней подготовиться, и не достаточно длительной, чтобы стать в тягость своим близким». Существует понятие об эстетике смерти. Опрос здоровых людей о том, как бы кто хотел умереть, выявил определенную установку: быстро, легко, дома и красиво. Создание привычной домашней обстановки вокруг пациента – это вопрос уюта, комфорта, красоты.

Он предполагает определенное самоощущение больного, не как лица, которого жалеют, но как личность, сохраняющую свою индивидуальность, и если не физическую, то духовную привлекательность.

Вникая в детали ухода за умирающим пациентом, МС может встретиться с его специфическими вкусами, подлежащими удовлетворению, какой бы странный характер они не носили. Одни хотели бы прикосновения бархата к своему лицу или рукам, другие — запаха сирени, третьи — музыки Баха. Вышеперечисленные элементы создания психотерапевтической среды, осуществляемые терапевтическим сообществом — врачами, МС, санитарками и родственниками — приводят к понятию легкости и быстроты смерти.

Создание психотерапевтической среды для больных людей требует определенных усилий, направленных на удовлетворение их высказанных или невысказанных желаний, учитывая которые, МС следует проявить крайнее внимание к деталям, создающим максимальный комфорт, например, предвидеть стеснительность при физиологических опрашиваниях в присутствии других лиц, ставить ширму и пр.

Учеными достоверно установлено, что философская концепция неизлечимо больного человека определяет происходящие с ним положительные изменения на физиологическом и физическом уровнях. МС должна также обращать внимание пациента на целительную силу духовных и светских книг, мелодичной музыки и природы, дающих светлые мысли, способствующих примирению с судьбой.

Противостояние смерти. Базируется на убеждении, что смерть не может победить, при котором противопоставляют смерть и жизнь. Смерть рассматривается как нечто страшное, что ассоциируется с концом всего, этой теме нет места в повседневной жизни, отсутствуют ритуалы, призванные помочь человеку выразить свои чувства.

Роль врача и МС в сопровождении таинства умирания велика. Митрополит Антоний Сурожский так понимает роль

человека, сопровождающего умирание: «Большей частью, страшное для умирающего — мысль, что он отходит, умирает одиноко. В начале войны я был хирургом в полевом госпитале. Я сидел, как правило, с каждым умирающим в нашей больнице и не только своего отделения, но и в других отделениях. Это может делать кто угодно, способный уделить своё время тому человеку, у которого времени очень мало». Таким образом, помощь МС в поддержке пациента и его родственников в период известия о фатальности и дальнейшего течения заболевания значительно возрастает. Главным моментом в психологической поддержке пациента является выполнение правила — не оставлять человека наедине со страданием и страхом смерти, помогая своим молчаливым присутствием ему и его родственникам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Удельный вес ПалМП в структуре современного здравоохранения возрастает. Эпикур утверждал, что условием безмятежного существования человека является избавление от страха перед смертью: «Смерть не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступает, то нас уже нет» [34]. Задачей обеспечения достойного человека процесса умирания будет занято все большее число людей, которые должны заменить убывающие физические и духовные силы уходящего больного, смягчить процесс выключения личности пациента из привычных связей с миром, став «культурологическим протектором», поэтому принцип партнерства уступает место патернализму [34]. Формируется новая комплексная наука — танатология, как соединение естественно — научного и гуманитарного знания, в содержание которой входит классическая и неклассическая концепция смерти, являющаяся космическим явлением и изученная в трудах Н. Н. Федорова, В. И. Вернадского и других исследователей, чему учат философия и этика современности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Анваер, А. Н. Главная книга пациента / А. Н. Анваер // Москва: Издательство АСТ, 2016. — 256 с.
2. Богдан, Е. Л. Современная медицина и биоэтические вызовы / Е. Л. Богдан, В. Н. Соколичик, М. В. Щавелева // Здравоохранение. — 2018. — №3. — С.35-41.
3. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик // Гродно: ГрГМУ, 2007. — 160 с.
4. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина // Минск: БелМАПО, 2014. — 303 с.
5. Степин, В. С. История и философия медицины. Научные революции XVII—XIX веков / В. С. Степин, А. М. Сточик, С. Н. Затравкин // Москва: Академический проект, 2017. — 236 с.
6. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко // Минск: Вышэйшая школа, 2016. — 366 с.
7. Матвейчик, Т. В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учебн.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] // Минск: БелМАПО, 2017. — 295 с.
8. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / Белорусское Общество Красного Креста; под ред. В. П. Сытого // Минск: Белсэкс, 2011. — 341 с.
9. Тополь, Э. Будущее медицины. Ваше здоровье в ваших руках / Э. Тополь: пер с англ. // М.: Альпина нон-фикшн, 2016. — 491 с.
10. Бондаренко, И. А. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: монография / И. А. Бондаренко [и др.]; под ред. Бондаренко И. А., Подкопаева О. А. // Самара: ООО «Поволжская научная корпорация». — 2018. — 316 с.
11. Матвейчик, Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: научное издание / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков // Минск: Ковчег, 2016. — 244 с.
12. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т. В. Матвейчик // Минск: Ковчег. — 2018. — 171 с.
13. Тищенко, Е. М. История медицины в 20 веке: монография / Е. М. Тищенко // Гродно: ГрГМУ, 2002. — 444с.
14. Гринхальх, Т. Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх; пер. с англ. под ред. И. Н. Денисова, К. И. Сайткулова, В. П. Леонова. — 4-е

- изд., перераб. и доп. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 336 с.
15. Кралько, А. А. Реализация права граждан на получение медицинской помощи / А. А. Кралько // *Руководитель. Здравоохранения*, 2016. — № 6. — С. 5-8.
16. Факты для жизни // Минск: Альтиора-Живые краски, 2012. — 249 с.
17. Матвейчик, Т. В. Содействие здоровому образу жизни: учеб. - метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик // Минск: РИПО, 2014. — 276 с.
18. Гуд, Б. Мозг прирученный: что делает нас людьми? / Б. Гуд; пер. с англ. Н. Лисовой // М.: Альпина Паблишер, 2015. — 285 с.
19. Биктимиров, Т. З. Аспекты паллиативной медицины: учеб. пособие / Т. З. Биктимиров [и др.]; под ред. Г. А. Новикова // Ульяновск: УлГУ, 2009. — 150 с.
20. Грин, Д. Виноваты звезды: [роман] / Д. Грин // Москва: Изд-во АСТ, 2016. — 286 с.
21. Долгова, В. И. Эмпатия: монография / В. И. Долгова, Е. В. Мельник // М.: Издательство «Перо», 2014. — 185 с.
22. Милькаманович, В. К. Сестринская паллиативная помощь / В. К. Милькаманович // *Медицинские знания: научно-практический журнал для специалистов со средним медицинским образованием*, 2016. — № 4. — С. 19-25.
23. Иванюшкин, А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты / А. Я. Иванюшкин // М.: Авторская академия, 2014. — 112 с.
24. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер // М.: МЕД-пресс-информ, 2008. — 839 с.
25. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь: [пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой] // СПб: Речь, 2007. — 161 с.
26. Сурожский, А. О современной медицинской этике / А. О. Сурожский // СПб: Православный религиозно-издательский комплекс «Возрождение», 2009. — 63 с.
27. Харди, И. Врач, сестра, больной. / И. Харди // М.: Медицина, 1981. — 348 с.
28. Ненароков, А. Ю. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии / А. Ю. Ненароков [и др.] // *Фундаментальные исследования*, 2012. — № 2-2. — С. 421-425 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-kontseptsiya-issledovaniya-kachestva-zhizni-v-onkologii>.
29. Милькаманович, В. К. Сестринская помощь в реабилитации пациентов онкологического профиля / В. К. Милькаманович, О. А. Воронец // *Медицинские знания: научно-практический журнал для специалистов со средним медицинским образованием*, 2015. — № 1. — С. 19-25.
30. Модестов, С. Духовная трапеза православного христианина / С. Модестов // Мн.: Белорусский Экзархат, 2006. — 555 с.
31. Мордасов, В. Об искушениях, скорбях, болезнях и утешение в них / В. Мордасов // М.: Благовест, 2003. — 264 с.
32. Кава, Р. Как работать с трудными людьми / Р. Кава // М.: АСТ: Астрель, 2005. — 300 с.
33. Кралько, А. А. Профилактика коррупционных правонарушений в здравоохранении: учеб. - метод. пособие / А. А. Кралько // Минск: БелМАПО, 2017. — 68 с.
34. Лазертский, Д. О жизни, учения и изречениях знаменитых философов / Д. Лазертский // М.: Мысль, 1986. — 433 с.

АВТОРЫ

МАТВЕЙЧИК ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА

доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «БелМАПО», травматолог-ортопед, кандидат медицинских наук, e-mail: matveichik51@rambler.ru

МАРЧЕНКО-ТЯБУТ ДИНА АЛЕКСАНДРОВНА

старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «БелМАПО», e-mail: dinych75@mail.ru

БРЫЛЕВА ИРИНА МИХАЙЛОВНА

старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «БелМАПО»