Т.В. Матвейчик, И.Г. Солдатенко



Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности

Т.В. Матвейчик, И.Г. Солдатенко

Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности

Минск
«Ковчег»
2024

УДК 616-08-039.75: 614.253.5
ББК 53.5+51.1п
М33

Авторы:

Матвейчик Т.В., доцент кафедры гигиены детей и подростков УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н., доцент

Солдатенко И.Г., заместитель директора по медицинской экспертизе и реабилитации государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

Рецензенты:

Бураков И.И., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор

Гривачевский А.Г., заведующий сектором моделирования технологических процессов Объединенного института проблем информатики НАН Беларуси, к.т.н., доцент

Матвейчик, Т. В., Солдатенко, И.Г.

М33 Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности / Т.В. Матвейчик, И.Г. Солдатенко. – Минск: Ковчег, 2024. – 232 с.

ISBN 978-985-884-283-3.

Работа представляет новый формат цифрового обучения в медицине, содержит достижения в области онкологии с клиническими аспектами ухода при оказании паллиативной медицинской помощи, универсальные приложения по дисциплине «Паллиативная медицина» по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело», методические материалы школы психологического сопровождения медсестер с особенностями взаимодействия с пациентами, картотеку видео-презентаций.

Рекомендовано студентам лечебных факультетов медицинских вузов, учащимся колледжей, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинским сестрам общей практики, лицам, повышающим образовательный уровень в медицинской деятельности.

УДК 616-08-039.75: 614.253.5
ББК 53.5+51.1п

ISBN 978-985-884-283-3

© Матвейчик Т.В., Солдатенко И.Г., 2024
© Оформление. ООО «Ковчег», 2024

Оглавление

Список сокращений 4
Введение 5

Раздел I. Состояние и потребность в паллиативной помощи: современные достижения онкологии в Республике Беларусь 7
Глава 1. Принципы и показания для осуществления паллиативной медицинской помощи в уходе (Матвейчик Т.В., Солдатенко И.Г.) 7
Глава 2. Состояние, потребность и модель оказания паллиативной помощи: (Солдатенко И.Г., Матвейчик Т.В.) 13
Глава 3. Тенденции развития цифровизации в области паллиативного ухода на основе интегральных общеевропейских принципов (Матвейчик Т.В., Солдатенко И.Г.) 24

Раздел II. Медицинские сестры и помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи в осуществлении адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентом на дому: профилактика ошибок 27
Глава 4. Понятие об адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентом на дому (Матвейчик Т.В.) 27
Глава 5. Состояние сестринских ошибок и их последствия. Практические действия по предупреждению (Матвейчик Т.В.) 46
Глава 6. Безопасность сестринского ухода и система управления качеством медицинской помощи в современных условиях (Матвейчик Т.В., Солдатенко И.Г.) 82

Раздел III. Технологии медико-социального взаимодействия в инструкции по паллиативному уходу на основе АИС 88
Глава 7. Инструкция по работе согласно АИС "Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому" (Матвейчик Т.В., Солдатенко И.Г., Левчук С.А.) 88
Глава 8. Команда врача общей практики в обеспечения качества медицинской помощи: условия, факторы, правила успешности (Матвейчик Т.В.) 101
Глава 9. Особенности консультирования семей по вопросам паллиативного ухода (Матвейчик Т.В.) 109
Глава 10. Школа медицинских сестер по психологическому сопровождению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями "Спасем и окажем помощь раненому лимону" (Русак С.М.) 125

Заключение 135
Глоссарий 138
Литература 144
Приложения 153
Медиа-презентации 230

Список сокращений

АИС – автоматизированная информационная система
АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
АСМ-модель – адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентами на дому
БКК – Белорусский Красный Крест
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
КЖ – качество жизни
ЛС – лекарственные средства
МСОП – медицинская сестра общей практики
НИЗ – неинфекционные заболевания
НПА – нормативные правовые акты
Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи
ПМП – первичная медицинская помощь
ПР – психологической реабилитации
ПВ – психотропные вещества и их прекурсоры
СИЗ – средства индивидуальной защиты
СЭВ – синдром эмоционального выгорания
ТЦСО – территориальный центр социального обслуживания
ФР – фактор риска
ХБС – хронический болевой синдром
ЭМК – электронная медицинская карта пациента
ЭМП – электронное мультимедийное пособие

Введение

«Равные для всех права на бесплатные и доступные образование, медицину, на труд и защиту в случае болезни… – основные цели нашей социальной политики. Народ может рассчитывать на равноправную поддержку со стороны государства. Это справедливо» (из выступления Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко «Главные условия сохранения суверенитета и независимости» при обращении с ежегодным посланием к белорусскому народу и Национальному собранию Республики Беларусь 01.04. 2023).

Актуальность предложенного формата электронного мультимедийного пособия обусловлена потребностями практики в разработке учебно-методических и нормативных правовых актов (НПА) по оказанию паллиативной медицинской помощи (ПалМП) мультидисциплинарной командой врача общей практики (ВОП). Основополагающие документы [73,77,78,88,96,109,128,129] предлагают четкий путь по совершенствованию обучения и мировоззренческой направленности средних медицинских работников для улучшения качества медицинской помощи. Эти доводы обозначают теоретическую и практическую значимость работы.

Научная новизна обусловлена тем, что опирается на международные тенденции программы непрерывного развития: life-long learning (обучение на протяжении всей жизни), ставшей современной доктриной профессионального образования [39,46,55,58,59,63,115,126].

На организацию оказания медицинской помощи и ее результаты влияет демографическая ситуация в Республике Беларусь за 2010-2019 гг., характеризующаяся увеличением средней продолжительности жизни, изменением соотношения сельского населения вследствие миграции в город, что повлияло на уровни и динамику показателей онкологической статистики [23,110].

Так, изменилась структура заболеваемости: опухоли урологического профиля составили 32,4% от всех новообразований, рак молочной железы и гениталий – 43,5% (53,8% у женщин трудоспособного возраста) [113]. Это ведет к необходимости адаптации к ситуации по кадровому составу, коечному фонду онкологической службы, предложению экономически доступных форм оказания медицинской помощи [126,127].

Изменение демографической ситуации выявило проблему с увеличивающейся нагрузкой на систему здравоохранения, обусловленную возрастанием заболеваемости онкологическими новообразованиями за 2010-2019 гг. на 24,7%, числом состоящих на диспансерном учете пациентов – на 36,3%.

В этой связи оптимальным тактическим решением для системы здравоохранения стало перераспределений обязанностей между ВОП и средними медицинскими работниками (Пвр и МСОП), обеспечивающими 63,9% объема помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе [8,46,50,52,57,59,77,99,115].

Мировая тенденция к постарению населения коснулась Республики Беларусь [117], в связи с чем, максимальное число наблюдаемых с онкологической патологией пациентов 60-69 лет составляет 29,8%, к 70-79 годам – 22,5%. Первичную медицинскую помощь (ПМП) они получают на участке ВОП, следовательно, нагрузка на врача возрастает.

Международные организации в отношении совершенствования сестринского дела на протяжении 1988-2020 гг. отмечают объективную необходимость в перераспределении функций ВОП с Пвр и МСОП, наделение новыми компетенциями и ответственностью [20,50,103,129].

Достижения белорусской онкологической службы базируются на совершенствовании лечебной работы по протоколам диагностики и лечения пациентов, техническом переоснащении специализированных лечебных учреждений, что повлияло на снижение смертности от онкологических болезней. Это обусловило улучшение отдаленных результатов лечения и возрастание потребности в оказании ПалМП* на участке ВОП на основе холистического подхода* (*глоссарий) [18,37,43,53,78,87,104,134].

ПалМП развивается с применением элементов цифровизации в здравоохранении [40,79], что «…должно стать безусловным приоритетом для всех организаций, занимающихся соответствующими разработками» (из выступления Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко «Главные условия сохранения суверенитета и независимости» при обращении с ежегодным посланием к белорусскому народу и Национальному собранию Республики Беларусь 01.04. 2023).

Профилактическая направленность системы оказания медицинской помощи обусловливает необходимость разработки учебных программ по обучению технологиям и алгоритмам медицинского ухода, навыкам взаимодействия с пациентом и его семьей Пвр и МСОП организаций здравоохранения и учреждений образования [8,20,35,39,41,46,48,51,57,58,63,77,84,130,135].

Справка. Выявление на I-II стадии рака предстательной железы увеличилось с 45,2% в 2014 г. до 56,7% – в 2019 г., что в 10 раз увеличивает шанс пациентов на оперативное лечение на ранней стадии.

Данные статистики Республики Беларусь свидетельствуют о том, что показатель обеспеченности МС на 10 тыс. населения составляет 124,0 (2019), Ак – 93,0, при соотношении численности врач: МС 1:2,34 [39], что удовлетворяет потребности. Уровень аттестованности МС возросла с 77,3% до 80,1% (2013-2019 гг.) (**показатели деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь в период 2020-2022 гг. некорректны для анализа и сравнения ввиду пандемии Covid-19) [48,85]. Для сравнения: подобные показатели обеспеченности для Российской Федерации составляли 85 МС, в Монако – 202 МС на 10 тыс. населения. Эти сведения дают основание считать, что уровень обеспеченности кадрами средних медицинских работников и состояние качества профессионализма позволяют расширять деловые навыки взаимодействия, особенно важные в работе с онкологическими больными, а также их семьями [9,53,82,84,104,119,126,137].

Авторы предлагают электронное мультимедийное пособие (ЭМП) с новым форматом цифрового обучения в медицине согласно автоматизированной информационной системе (АИС), содержащей достижения в области ПалМП.

В основе инструкции по применению АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому» (АИС «Пвр и МСОП: уход на дому») лежит алгоритм работы пользователя. ЭМП содержит также программу «Школа медицинских сестер по психологическому сопровождению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями «Спасем и окажем помощь раненому лимону», видеофрагменты и мульти эпизоды с аудио сопровождением, универсальные приложения по теме «Паллиативная медицина» для системы базового и дополнительного медицинского образования. Приложения инструкции ЭМП содержат протоколы и листы динамического наблюдения при паллиативном уходе на дому в соответствии с сестринским процессом*, модель образовательного стандарта при осуществлении паллиативного ухода, алгоритмы онкологического осмотра МСОП.

В написании книги приняли участие: раздел III гл.7 – С.А. Левчук, гл. 10 – С.М. Русак, за что выражаем им особую признательность.

Авторы благодарны нашим консультантам по цифровизации Гривачевскому А.Г., Высоцкой М.Г., консультантам по паллиативной медицинской помощи Мычко О.В., Жаголкиной Н.П., Толкачевой Н.С., чья поддержка повлияла на качество электронной составляющей нового для здравоохранения Республики Беларусь мультимедийного пособия для медицинских сестер и помощников врача.

В целях экономии объема ЭМП авторы обращают внимание читателя, что классические понятия по сестринскому процессу*, сестринскому диагнозу*, адаптационно-ситуативной модели* ухода на дому, изложенные ранее в учебниках и монографиях (2006-2022 гг.), приводятся в сокращенном или обновленном виде и считают целесообразным рекомендовать читателям и пользователям обращение к первоисточникам [43,45,49,53,55,63,104].

Раздел I. Состояние и потребность в паллиативной помощи: современные достижения онкологии в Республике Беларусь

Глава 1. Принципы и показания для осуществления паллиативной медицинской помощи в уходе

Паллиативная медицинская помощь (ПалМП) согласно ст.16 Закона о здравоохранении Республики Беларусь является отдельным ее видом, включенным в национальную систему здравоохранения согласно Декларации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1990) и Барселонской декларации 1996 г.

Помимо этих нормативных актов, при оказании ПалМП руководствуются постановлениями и приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь [81,87,95,100,108,119] и др.

Этимология слова «паллиатив» (фр.) – указывает на меру, не решающую коренную проблему; полумеру, которая лежит в основе традиционного представления о данном виде помощи пациенту. Существует и другое значение термина – pallio (лат.) – прикрываю, защищаю. Старая формула «облегчение предсмертных страданий» сменяется новой парадигмой: «полноценная жизнь, несмотря на неизлечимую болезнь».

Согласно исследованиям (Payne S., 2009) и протоколам ВОЗ для стран СНГ (2004) отражено семь ключевых задач по оказанию ПалМП (рис. 1). Они включают контроль симптомов и купирование хронического болевого синдрома (ХБС); заботу о здоровье тех, кто ухаживает за больным человеком; консультирование тех, кто столкнулся с горем потери, собеседования с ответами на сокровенные и эмоциональные вопросы пациентов; выработку отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека; удовлетворение духовных потребностей пациента (близких), а также помощь в решении социальных, юридических вопросов, возникающих в связи с приближением смерти человека [53,81,82,84,95,100, 102,104, 108,119,132].

Целью ПалМП является достижение наилучшего качества жизни (КЖ) пациентов и членов их семей, насколько возможно в конкретной ситуации.

Обеспечить выполнение цели и задач призвана мультидисциплинарная команда ВОП (гл. 8) [6.27,47,56,61,75,81,87,97,103,119].



Рис. 1. Семь ключевых задач паллиативной помощи для стран СНГ (ВОЗ, 2004)

Отличием ПалМП от других областей медицины является улучшение качества жизни и облегчение страданий на протяжении болезни, подготовка к уходу из жизни, процессу умирания и самой смерти, в отличие от целей лечения и реабилитации других видов медицинской помощи. Пациенты не должны страдать от непереносимой боли, страха и одиночества. Участникам оказания ПалМП важно помнить, что врачей, МС и родственников пациентов в реализации принципов паллиативной помощи при злокачественных новообразованиях объединяет единая цель – не допустить, чтобы пациент с распространенным опухолевым процессом, по выражению Б.Е. Петерсона «фактически уходил из жизни задолго до физической гибели».

Инновационный подход к планированию, предоставлению и оценке медицинской помощи, включающей сестринский уход, основанный на партнёрстве между представителями здравоохранения, пациентами и их семьями называют пациент-ориентированной медицинской помощью* (глоссарий) [108,121].

Компонент благодеяния* как способность приносить добро действиями, направленными на пользу пациента или общества, является необходимой составляющей патронажа*, особо востребованного вида обслуживания пациента, нуждающегося в ПалМП [42,45,72,104,111,132].

В основе оказания ПалМП лежит сестринский процесс* как комплексный метод решения проблем, направленный на удовлетворение физических, психологических и социальных потребностей отдельного человека, семьи или группы людей наиболее эффективным образом посредством сестринской помощи. Представляет собой совокупность 4 действий сестринского ухода*: обследования, планирования, выполнения и оценку результатов, обеспечиваемых медицинской сестрой общей практики (МСОП) и ведущий к необходимой адаптации и улучшению здоровья пациента [53,55,103,104].

Расходы, обусловленные старением населения, возрастают в ряде развитых стран: Швеции, Бельгии, США, составляя 20-40% расходов национального здравоохранения. Это стимулирует поиск наиболее эффективных внебольничных форм обслуживания, с учетом экономических возможностей стран.

Подобная тенденция в Республике Беларусь сложилась около 50 лет назад и отражает совокупный результат быстрого снижения показателей рождаемости и возрастающих показателей продолжительности жизни [117].

Объективная картина развития демографической ситуации в Республике Беларусь за период 1990-2018 гг. в районах с высоким уровнем старения населения предполагает рост смертности, обязывает государство обеспечить КЖ в любом возрасте. Этому благоприятствует мнение авторитетных международных организаций на роль МС и Пвр в их деятельном уходе* за пациентами на дому.

Так, известные резолюции ВОЗ за период 1988-2019 гг. подчеркивают ведущую роль МС в решении задач медицинской и социальной помощи и повышении ее качества, включая уход [50,58,126].

Требования к системе паллиативного ухода за пациентами

Универсальная система паллиативного ухода, доступная нуждающимся в ней людям, должна отвечать определенным требованиям:

- подходить людям всех возрастов, соответствовать потребностям пациентов с различными степенями физических и умственных отклонений;
- должна быть восприимчива к нуждам подопечных и их семьям на основе законности и соблюдения норм права;
- набор услуг по уходу должен включать процесс оказания помощи семье;
- предоставлять пациентам варианты ухода, подходящие по жилищным и финансовым требованиям на основе витаукта*;
- быть достаточно динамичной, чтобы справляться с интенсивными, хроническими (не медицинскими) социальными потребностями на основе взаимодействия*;

➢ пациенты с онкологической патологией на стадии потребности в ПалМП должны иметь возможность быть более независимыми, включая возможность управления болью и безопасностью.

На основании анализа следует выделить определенные сложности для перспектив развития паллиативного ухода за пациентами на дому:

- недостаток обученных и квалифицированных кадров в области паллиативной медицины МСОП является большей проблемой, чем финансирование и оказание помощи в уходе на дому;
- существует дефицит медицинских работников, имеющих квалификацию по гериатрии (до 5%), и онкологии (менее 6%), несмотря на возрастающую потребность в специализированном паллиативном уходе [43,75,81,85,102,106,126,135,137];
- имеет место недостаточность материальных, финансовых стимулов и иных преимуществ, профессионального одобрения в обществе получать образование по онкологии и гериатрии, что приводит к текучести кадров.

Сменяемость кадров медицинских работников вызывает финансовые и иные затраты для ОЗ и системы социальной защиты, приводит к увеличению объема работы, способствует ухудшению состояния здоровья и увеличению нагрузки на оставшихся работников, осложняет их удержание в системе оказания ПалМП, но может быть преодолена при определенных условиях.

Например, предоставлением конкурентоспособной зарплаты, как важного фактора, но не основного, поскольку часть МС и сиделок получают удовольствие от заботы и кормления, ищут профессионального одобрения, карьерных возможностей, доступа к непрерывному медицинскому образованию. В настоящем пособии представлена новая формы предупреждения синдрома эмоционального выгорания [6,16,27,45,63,64,120,137,143] (СЭВ) – Школа медицинских сестер по психологическому сопровождению пациентов с НИЗ «Спасем и окажем помощь раненому лимону», апробированная в ходе пандемии COVID-19.

Условие преодоления проблем – возрастание доступа к информационным библиотечным ресурсам в области медицины и здравоохранения, создание интернет-порталов (сайтов) по сестринскому делу, электронные научные пособия, востребованные молодежной аудиторией [1,8,40,69,79,138,139].

Ряд исследователей находят целесообразным стимул в надбавках за стаж по уходу, применение средств малой механизации в уходе за инвалидами, вовлечение волонтеров, поощрение успешных производственных отношений с МС по уходу (Feldman, 1994, Banaszak-Holl and Hines, 1996).

В Венской декларации по сестринскому делу в поддержку европейских задач по достижению здоровья для всех (Австрия, 1988) были пересмотрены роль, система обучения и практическая деятельность МС, а также подтверждена роль сестринской помощи как одного из основных факторов по вкладу в общественное здоровье, усиленная в Мюнхенской декларации (ФРГ, 2000). Было отмечено: «…потенциал медсестер по отношению к ПМСП может быть наилучшим образом реализован… Необходимо адаптировать политику и определить характер мероприятий, которые позволили бы медсестрам выполнять свою новую роль в рамках системы ПМСП с достаточной самостоятельностью» [50].

Расширение содержания профессиональных обязанностей Пвр, МСОП регламентировано своевременно разработанными законодателями НПА. Выделена новая роль МС в учете не только медицинских, но и социальных потребностей человека во взаимодействии с социальными работниками [48,61,100,101,104,106,135].

В отчете ВОЗ «О состоянии сестринского дела в мире» [129] отмечена новая роль МС: «Ключевую и все более важную роль в усилиях общества по решению актуальных проблем общественного здравоохранения, в обеспечении непрерывности помощи и в соблюдении прав

и удовлетворении меняющихся потребностей людей играют медицинские сестры и акушерки» (ВОЗ, Женева, 2020), что является преемственной тактикой в предыдущие годы.

Адаптационно-ситуативная модель ухода на дому* (АМС-модель) [45] поможет частично заменить стационары для пожилых людей (инвалидов), а для родственников, ухаживающих за близкими людьми, будут организовываться курсы по индивидуальным программам обучения.

Одной из основных проблем сестринского дела выступает изменение подхода к пациенту. МСОП на основе согласования с врачом и совместно с пациентом разрабатывает план паллиативного ухода, но может рассчитывать на успешную реализацию в случае, если понимает и учитывает, что общается с личностью с определёнными биологическими, психологическими, социальными и духовными проблемами [2,3,5,8,9,11,25,30,37,41,43,53,66,81,82,87,103,132, 137].

Для такого подхода важны убеждения и ценности, исповедуемые самой МСОП: уважение пациента, убеждение в сложной целостности каждого человека, признании факторов, влияющих на опыт поведения в здоровье и в болезни, убеждение, что люди имеют право выбора относительно предлагаемого ухода и лечения. О значении этики в общении людей Д. Карнеги писал: «Успехи того или иного человека процентов на пятнадцать зависят от профессиональных знаний и процентов на восемьдесят пять – от его умения общаться с людьми».

Профессиональными качествами, к которым должна стремиться МСОП, являются профессионализм, здоровье, поддержание пациента в его желании независимости, соблюдение человеческого достоинства, забота (уход). Добродетель (совершенство) определяется личностными качествами, которыми должна обладать МСОП, но она относится к категории исчезающих свойств личности. Добродетель – это черты характера, которые располагают человека к добрым поступкам: состраданию, милосердию, терпению.

Обеспечивая повышение КЖ инкурабельным онкологическим больным и пациентам с болезнями, сопровождающимися хроническим болевым синдромом* (ХБС), комфорт последних дней жизни, МСОП и Пвр понимают проблему несовершенства современного состояния системы ПалМП, которое можно нивелировать индивидуальным подходом, чуткостью и состраданием. Свт. Тихон Задонский считал, что «…милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов».

Показания для осуществления ПалМП

- ✓ хронические неизлечимые, ограничивающие продолжительность жизни и угрожающие жизни заболевания, требующие купирования боли и других патологических симптомов у пациента, когда выполнение иных методов оказания медицинской помощи неэффективно и (или) невозможно, в целях улучшения качества жизни пациента;
- ✓ прогнозируемый ограниченный срок жизни пациента или терминальная фаза заболевания;
- ✓ отказ пациента с хроническим прогрессирующим заболеванием от всех видов и методов оказания специализированной медицинской помощи при наличии патологических симптомов, усугубляющих качество жизни пациента;
- ✓ хронические заболевания в стадии субкомпенсации с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни;
- ✓ необходимость продолжения лечения под круглосуточным наблюдением медицинских работников после завершения интенсивного лечения в стационарных условиях;
- ✓ хроническое психическое расстройство (заболевание) в стадии ремиссии без нарушения социальной адаптации и нуждаемости в бытовом уходе в связи с частичной или полной потерей способности к самообслуживанию;

✓ необходимость оказания круглосуточной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в социально-медицинских услугах.

Критерии отбора пациентов под опеку паллиативной службы

- прекращение активного лечения из-за его неэффективности и дальнейшей нецелесообразности;
- ограниченный срок жизни или терминальная фаза заболевания;
- отсутствие (снижение) реабилитационного потенциала, либо прогрессирование заболевания с резким ухудшением состояния, приводящие к снижению качества жизни (стадия субкомпенсации и декомпенсации).

Решение об этом принимает консилиум врачей ПалМП.

В резолюции Европейского регионального бюро ВОЗ (EUR/RC59/R3) «Здравоохранение в период глобального экономического кризиса: последствия для Европейского региона ВОЗ» предложено «…продолжать использовать эффективные механизмы предоставления индивидуальных и общественных услуг здравоохранения…». В этой связи МСОП и Пвр необходимо понимание того, чем обусловлено изменение внимания организаторов здравоохранения к оказанию ПалМП.

Принципы оказания ПалМП (ВОЗ)

- необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения;
- любой нуждающийся может получить ее без промедления в соответствующем учреждении;
- активное лечение проводят по желанию пациента, если желания нет – лечение прекращают;
- доступ к службе основан на клинических показаниях, а не на местонахождении, финансовом статусе, нозологической форме заболевания;
- все манипуляции и вмешательства должны быть основаны на современных научных исследованиях;
- обучение оказанию поддержки пациентам с ХБС должны получить все медицинские работники;
- уважение прав пациента и действия только в интересах больного человека.

Перспективы в развитии помощи в долговременном уходе за пациентами на дому

- технологические нововведения по цифровизации труда МСОП (ведению электронной медицинской карты (ЭМК) на основе сестринского процесса* и принятие международных стандартов по уходу на дому будут способствовать расширению формальной помощи на рынке услуг;
- семья и друзья больного человека останутся основными источниками долговременного ухода в ближайшем будущем, включая паллиативный уход;
- политические деятели и ученые обратят внимание на развитие медицинских кластеров* при оказании комплексной услуги;
- категории будущих потребителей ПалМП будут лучше осведомлены об альтернативах долгосрочного ухода, захотят организовывать и управлять собственным уходом, используя новые системы получения информации.

Выводы. Выполнение 7 ключевых задач ПалМП, рекомендованных ВОЗ для стран СНГ в 2004 г., включает совершенствование механизмов осуществления на всех этапах лечения и реабилитации. Их выполнение основано на возрастающей и научно доказанной роли МС в осуществлении ПалМП в составе мультидисциплинарной бригады (Wilson, 2002; Payne S., 2009; Centeno et al., 2007; Doumit et al., 2007; Lynch et al., 2011; Refsgaard & Frederiksen, 2013).

Потребность в уходе за пациентами на дому обусловлена особенностями трансформации демографических показателей здоровья населения современного периода, состоянием материально-технического обеспечения системы ПМП, совершенствованием форм и методов ухода, медицинской реабилитации* и абилитации*.

Составляющие ПалМП: купирование симптомов; психологическая, духовная и эмоциональная поддержка пациента и семьи; поддержка семьи, помощь в период тяжелой утраты.

Главный принцип ПалМП состоит в том, что, каким бы заболеванием пациент не страдал, каким бы тяжелым оно не было, всегда можно найти способ повысить КЖ больного человека в оставшиеся дни.

Практика осуществления медико-социального ухода за пациентами на дому потребовала развития концептуальной АСМ-модели ухода с применением новых технологий, элементов цифровизации, но оставляя место нравственным постулатам медицины.

Для преодоления устойчивого мнения общества и врачей о МСОП как о помощнике без самостоятельной роли, мешавшего развитию их профессионального самосознания, целесообразно продолжение развития уровня самостоятельности и ответственности в осуществлении ПалМП и поддержки нуждающихся пациентов с учетом их интересов.

Вопросы для самообразования

1. В чем состоят цель, задачи и особенности ПалМП от других видов оказания медицинской помощи?
2. Ваше мнение о необходимости соблюдения принципов при оказании паллиативной медицинской помощи.
3. Каковы показания для осуществления ПалМП, критерии взятия пациента под опеку?
4. Чем обусловлены тенденции и перспективы развития ПалМП?

Домашнее задание

Просмотр мультимедиа-презентаций «Этические вызовы XXI века: направление движения в XXI веке», «Состояние и структура онкологической службы Республики Беларусь», «Медицинские сестры – важнейший ресурс сохранения здоровья нации», «Новые реалии в сестринском деле в Республике Беларусь».

Глава 2. Состояние, потребность и модель оказания паллиативной помощи

Онкологические заболевания остаются одной из важнейших медицинских и социальных проблем современного общества, о чем свидетельствуют публикации ученых и статистика. Данные экспертов ВОЗ свидетельствуют, что ежегодно в мире регистрируется более 10 млн. случаев впервые диагностированных злокачественных новообразований [101,110,113].

Эффективное распределение объемов медицинской помощи включает ее преимущественное оказание (до 80%) на уровне первичной медицинской помощи (ПМП), а также скорой медицинской помощи, медико-социальной и ПалМП. При этом на районный уровень приходится 25% ее оказания за счет специализированных или терапевтических коек врачами амбулаторно-поликлинических организаций (АПО). На областной уровень приходится 8% помощи на специализированных койках, за счет диспансеров, а республиканскому уровню отводится 3% высокотехнологичной медицинской помощи (рис. 2).

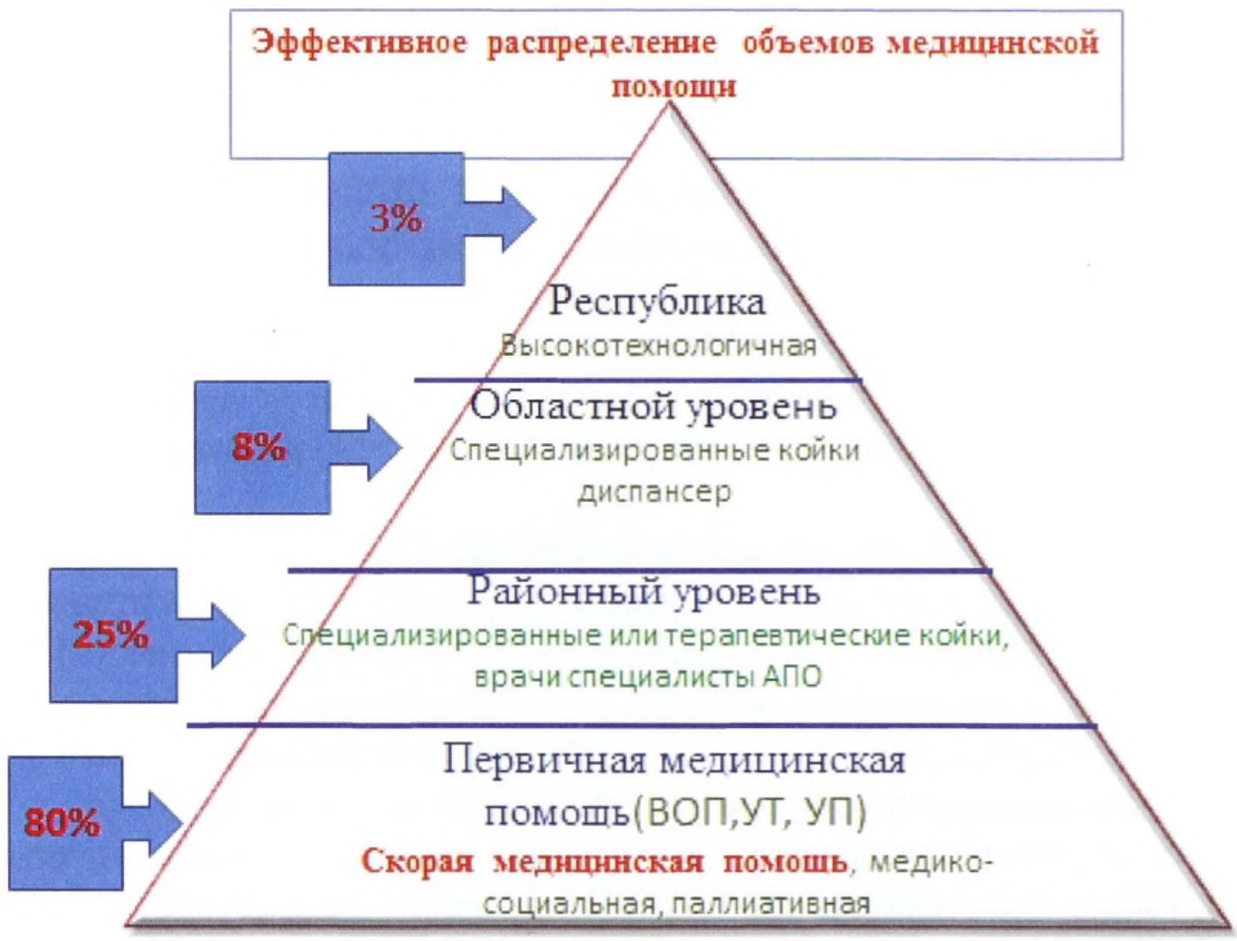


Рис. 2. Эффективное распределение объемов медицинской помощи по этапам ее оказания

Эксперты ВОЗ в программе «Политика Здоровье-2020» о работе с пациентами НИЗ, старыми людьми считают, что МС должны «изучить новые способы самопомощи для того, чтобы справляться с симптомами болезни и соблюдать нередко сложные медицинские режимы, предусматривающие принятие лекарств, лечение, диеты и упражнения. Для того, чтобы обеспечить им и их семьям оптимальное качество жизни, необходимы обучение и медико-санитарная помощь». Также сюда включено оказание помощи пациентам, «находящимся в состоянии значительной зависимости» и умирающим. Эти люди и их семьи, а также персонал, осуществляющий общий уход, нуждаются в консультативной помощи «в деле лечения болезни и перенесения ее последствий» [22]. Известен прогноз ВОЗ и Всемирного банка о том, что к 2030 г. надо дополнительно подготовить 40-50 млн. работников здравоохранения и социальной помощи.

Система паллиативного ухода включает наблюдение и лечение пациентов в больничных организациях (БО), призрение в хосписах, домашний уход [75]. При этом условии ее оказания стационарная – обеспечивается в хосписах, специализированных паллиативных отделениях,

на паллиативных койках общесоматических БО, в т.ч. на функциональной основе; амбулаторная – кабинетами ПАлМП, выездными патронажными службами на дому, паллиативным уходом на дому на участке ВОП.

Современные уровни оказания ПалМП содержат учреждения ПалМП, отделения ПалМП, отделения дневного пребывания, кабинеты ПалМП, выездные патронажные службы, АПО и БО.

В Республике Беларусь с 1 января 2022 г. функционирует два хосписа с правом юридического лица (Минск, Брест), а в 21 ОЗ созданы структурные подразделения (473 койки круглосуточного и 18 коек дневного пребывания,1 госпитальная служба,11 выездных патронажных служб, 15 кабинетов.

Компоненты ПалМП

- налаживание взаимодействия [44];
- лечение в соответствии со стадией, прогнозом с избеганием излишне инвазивных вмешательств [53];
- наилучший профессиональный уход в соответствии с обстоятельствами и возможностями [106];
- всестороннее внимание ко всем аспектам болезни со стороны мульти дисциплинарной команды ВОП [28,74,81,91,94];
- недопущение резких и неоправданных изменений в ходе лечения [88,95];
- координация деятельности мультидисциплинарной бригады [87,93];
- непрерывное преемственное симптоматическое лечение [37,38,100,104];
- профилактика возможных клинических, психологических и социальных проблем при прогрессировании болезни [41,43,53,56,66,85,91,104];
- оказание комплексной поддержки семье и близким окружающим пациента [72,82,84, 102,106,111,120,135,137,143].

Состав и структура (схема 1) оказания паллиативной медицинской помощи в Республике Беларусь (на 01.07.2019 г.) в условиях стационара представлена следующими сведениями. В 16 организациях здравоохранения (ОЗ) развернуто 316 стационарных коек (стало 473), из них 25 коек в 4-х отделениях дневного пребывания. Обеспеченность паллиативными койками составляет 40,9 на 1 млн. жителей, в то время как по Республике Беларусь – 50 на 1 млн. жителей. В настоящее время этот показатель составляет 60,8 койки на 1 млн. жителей.

Организационная структура оказания ПалМП на амбулаторно-поликлиническом этапе способствовала тому, что ее доступность за 2007-2016 гг. возросла с 25,8% до 91,4% (рис.3), а в 2022 г составила 95%.

Это обусловлено значительным объемом работы, осуществляемой в АПО (63,9%) против 5,8% в условиях стационара, в Минском городском клиническом онкологическом диспансере – 28,6%, в РНПЦ ОМР – 98%, в других местах – 0,5%.

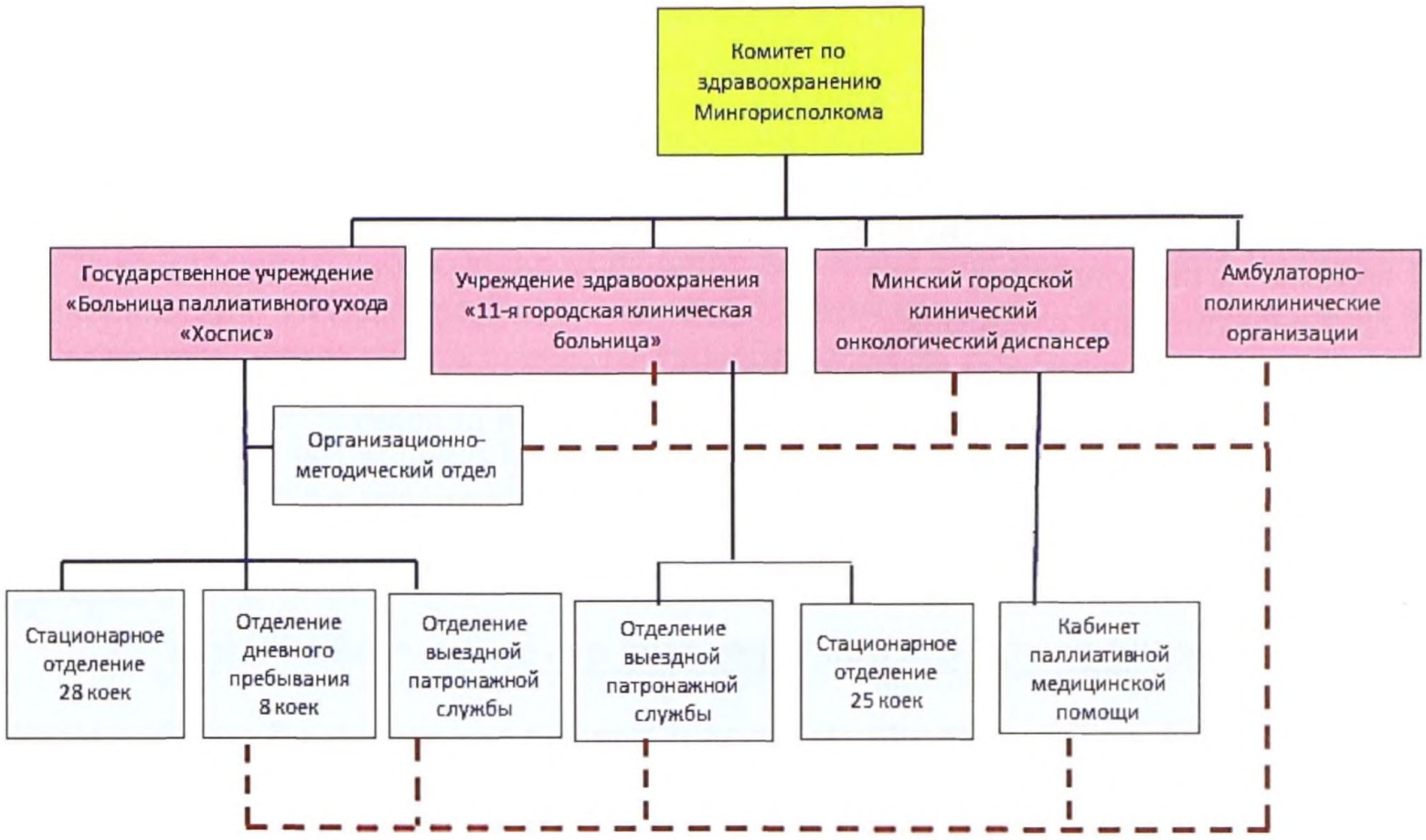


Схема 1. Организационная структура паллиативной медицинской помощи взрослому населению г. Минска (2019)

Развитие сети и совершенствование структуры обусловили действующую модель организации оказания ПалМП в г. Минске (табл.2.1).

Таблица 2.1

Модель организации оказания ПалМП в г. Минске

Уровень оказания ПалМП	Специалисты	Особенности
1-й уровень – паллиативный подход	Медработники с базовой подготовкой по ПалМП	Методы ПалМП применяются в условиях медицинской практики, не специализированной на оказание ПалМП
2-й уровень – общая ПалМП	Медработники различных специальностей, имеющие дополнительное образование по ПалМП	ПалМП оказывается в непрофильных БО и АПО, включая отделения дневного пребывания
3-й уровень – специализированная ПалМП	Медработники – специалисты в области ПалМП, работающие в условиях медицинской практики, специализированной на оказание ПалМП	ПалМП оказывается хосписами, специализированными палл. отделениями, выездными патронажными службами, отделениями дневного пребывания

Организация работы с группой пациентов, подлежащих ПалМП

1. Из числа пациентов, состоящих под диспансерном наблюдением (далее – «Д») по поводу различных заболеваний, выделяют группу пациентов, которым необходима специализированная ПалМП. Это – пациенты с онкологической патологией (по МКБ-10 С00-С97), болезнями нервной системы (по МКБ-10 G00-G99), хронической почечной недостаточностью (по МКБ-10 N18-N19), заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (по МКБ-10 М00-М99) и др. с учетом критериев (табл. 2.2);
2. Далее формируются списки пациентов:

- ✓ по организации здравоохранения;
- ✓ по терапевтическому отделению;
- ✓ по терапевтическому участку.

3. Ведение медицинской документации согласно действующим НПА о первичной медицинской документации в хосписе согласно группам наблюдения и критериям (табл. 2.2).

Группа наблюдения пациентов

1 группа – стационарная;
2 группа – дневной стационар;
3 группа – наблюдение на дому до 4 раз в неделю;
4 группа – наблюдение пациента на дому 2-3 раза в неделю;
5 группа – наблюдение пациента на дому 1 раз в неделю;
6 группа – 4 клиническая группа онкологического заболевания, без болевая форма

4. Первичное посещение пациента на дому. Правила и требования (прил. 21).

Таблица 2.2

Критерии распределения пациентов по группам наблюдения

Группа наблюдения	Кратность патронажа, объем и вид оказания медицинской помощи врачами и МС на дому
1.	Пациенту показана госпитализация в отделение паллиативной помощи (стационар) Показание: сложность или невозможность подбора адекватного обезболивания в амбулаторных условиях, некупированные рвота, одышка, необходимость социальной передышки для членов семьи. Средние сроки госпитализации - 21 день
2.	Пациенту показано лечение в отделении дневного пребывания Преимущественно пациенты 2 клинической группы, компенсированное состояние
3.	Организация работы стационара на дому или патронаж МС выездной патронажной службы (ВПС) 3-5 раз в неделю Консультация врачом-терапевтом. ВПС 1-5 раз в неделю Отказ от госпитализации при не купируемых патологических симптомах
4.	Патронаж МС выездной патронажной службы 2 раза в неделю Консультация врачом-терапевтом. ВПС по необходимости (определяет МС) Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом ВПС Имеется необходимость в осуществлении перевязок, других манипуляций на дому
5.	Патронаж МС выездной патронажной службы 1 раз в неделю Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом ВПС Имеется необходимость в осуществлении перевязок на дому с возможностью чередования перевязок с МС поликлиники или с обученными родственниками
6.	Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом ВПС Контроль (уточнение состояния пациента по телефону) движения пациента МС ВПС 2 раза в месяц

	6 группа устанавливается пациентам, у которых подобрана адекватная терапия, патологические симптомы купированы, родственники осуществляют должный уход и выполняют все рекомендации врача*

*Примечание: перевод из одной группы наблюдения в другую осуществляется врачом в процессе динамического наблюдения за пациентом. Опека хосписа не может начинаться с 6-й группы наблюдения. МС выездной патронажной службы навещает семью пациента не позднее 2-3 дня после первичного визита врача (группы наблюдения 3,4,5).

В связи с мировой тенденцией к постарению населения [116], коснувшейся также избранной категории пациентов, состоящих под опекой ПалМП в Республике Беларусь, в возрастной структуре пациенты 20-29 лет составляют 0,2%, но к 50-59 годам их число возрастает до 10,6%, максимально число наблюдаемых 60-69 лет – 29,8%, к 70-79 годам – 22,8%, пациенты 90 лет и старше составляют 2,2%.

Исходя из модели организации оказания ПалМП, наибольший объем приходится на 1-й этап (табл.2.1; рис. 2).

О значимости оказания ПалМП в АПО (МСОП и Пвр) и выездными службами хосписов свидетельствует факт, что в 2016 г. одномоментно под патронажем МС г. Минска находилось около 750 человек, в 2022 г. эта группа составила 1340. Нагрузка на одну МС выездной патронажной службы в среднем составляет 50 пациентов, при этом 13% от всех патронажей осуществляются к пациентам с не онкологической патологией (рис. 3).



Рис. 3. Структура пациентов с онкологической патологией по локализации опухолевого процесса (2016 г.)

Среди пациентов с онкологической болезнью наиболее частой локализацией опухоли является желудочно-кишечный тракт, репродуктивные органы и органы дыхания: 37,8% – 14,2% – 13,1% соответственно (рис. 3), близкие к показателям 2022 г.

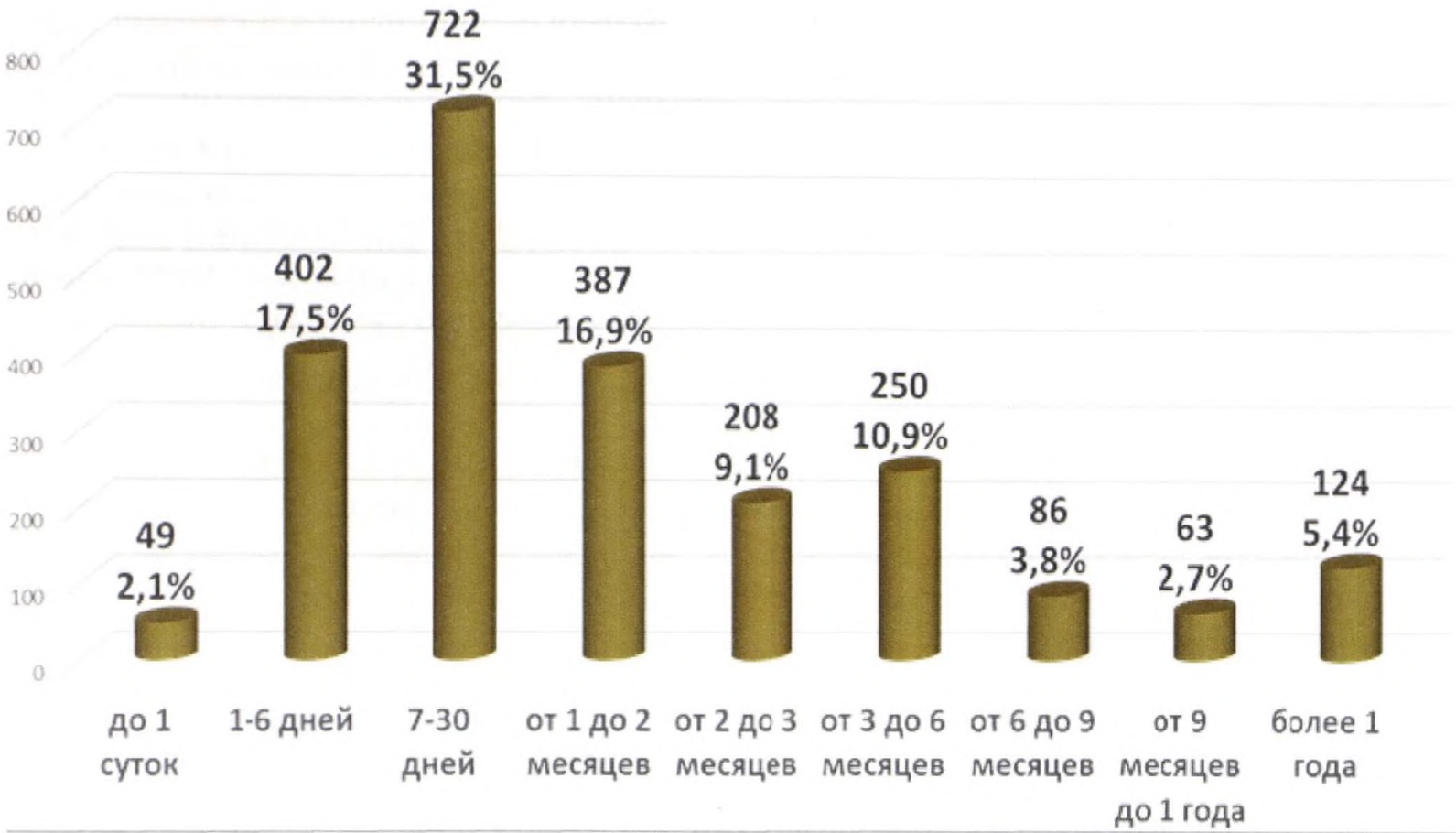


Рис. 4. Структура пациентов по срокам опеки паллиативными службами в 2016 г.

Для организации ПалМП важным является знание примерных сроков наблюдения пациентов выездной патронажной службой. Так, продолжительность наблюдения до 30 дней оказывалась 31,5% пациентов, сроком 1-2 месяца – 16,9%, а средняя длительность нахождения под опекой для пациентов с онкологической патологией составила в 2016 г. 80 дней, для лиц с неонкологической патологией – 159 дней (рис. 4). В 2022 г она составила 85 и 126 дней соответственно.

Элементы ПалМП (2015-2022) представлены таким образом:

- хосписы – 2 (был 1), выездные бригады – 11 (было 8); кабинеты ПалМП – 15 (было 8); койки круглосуточного пребывания 473 (было 316), койки дневного пребывания 25 (было 18), главные внештатные специалисты – 9 (было 8);
- врачи 48; МС – 182; психологи – 18. Укомплектованность по физическим лицам составила: врачами – 68%, средними медицинскими работниками – 68%, психологами – 67%. Дефицит специалистов составлял 45%. В 2022 г улучшилась укомплектованность врачами (78%) и МС (87%).

Основной причиной обращения пациентов за ПалМП является хронический болевой синдром (ХБС), нуждающийся в купировании (рис. 5). Определенный объем выездов по причине обезболивания осуществляется службой скорой медицинской помощи, которой только в 2015 г. осуществлено 51935 выездов, составивших 1,7% от всех причин выездов в городе и селе.

В Республике Беларусь имеет место тенденция к выполнению обезболивания силами ПМП, вследствие чего медико-экономический эффект фармакотерапии ХБС в 2014 г. составил 7,9 млрд. руб., что стало резервом для снижения экономической эффективности лечения пациентов с ХБС. В 2022 г. фармако-экономический эффект составил 4,2 млрд. руб.

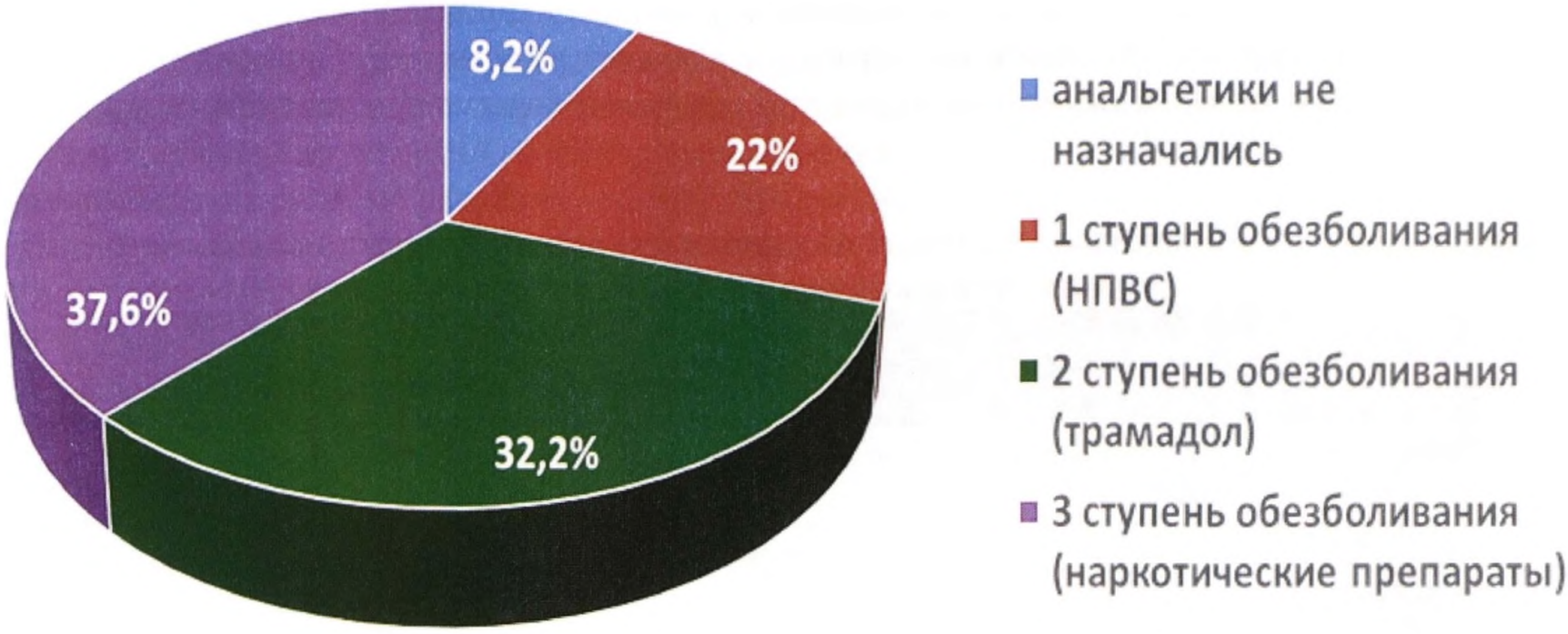


Рис. 5. Структура пациентов с онкологической патологией по интенсивности боли (2016)

Представлены объемные показатели работы выездной патронажной службы г. Минска в 2015 – 2016 гг. (табл.2.3), привлекающие внимание с целью оптимизации функций МСОП согласно новым технологиям благодаря материально-технической оснащенности сумки МСОП (Пвр) портативной аппаратурой.

Таблица 2.3

Показатели работы выездной патронажной службы г. Минска(2015-2016 гг.) и 2022 г.

	2016	2015
выполнено визитов врачей	3800	4323
выполнено патронажей медсестер	15020	13360
% патронажей к неонкологическим пациентам	12,7%	19,8%
визиты процедурных медсестер	1752	1450
сделано телефонных звонков	10701	10011
выполнены манипуляции всего	34705	32712
из них:		
инъекции	3103	2578
перевязки	13816	14288
клизмы	87	232
обработка колостом	2660	2356
обработка гастростом	342	203
обработка трахеостом	470	589
обработка нефростом, цистостом	2233	1510
обработка дренажей из желчевыводящих путей	153	415
установка и промывание катетера Фаллея, мочеприемника	1436	1579
установка инфузомата	4	11
профилактика пролежней	10401	8948
манипуляций в 1 посещение	2,31	2,45

В связи с улучшением материально-технического обеспечения в функции Пвр и МСОП с 2019 г. введены такие манипуляции как пульсоксиметрия, глюкометрия, измерение внутриглазного давления, снятие ЭКГ, повлиявшие на число манипуляций МС за 1 посещение (3,2).

Содержание, кратность патронажа, объем и вид оказания медицинской помощи на дому врачами и МС онкологическим пациентам в 2016 г. (табл. 2.3) близки к показателям 2022 г.

Они свидетельствуют о том, что в патронаже на дому 1 раз в неделю нуждается 47,7% пациентов, в лечении в условиях отделения дневного пребывания – 21,6% больных людей.

Стал доступным новый вид поддержки пациента – консультирование по телефону – 18,8%, который будет совершенствоваться за счет получения информации через личный кабинет пациента, апробированный в период преодоления пандемии коронавирусной инфекции (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Содержание и кратность патронажа, объем и вид оказания медицинской помощи онкологическим пациентам врачами и МС на дому г. Минска (2016 г.)

Группа наблюдения	Кратность патронажа, объем и вид оказания медицинской помощи врачами и медицинскими сестрами на дому	%
1.	Пациенту показана госпитализация в отделение паллиативной медицинской помощи (стационар)	6,5%
2.	Пациенту показано лечение в отделении дневного пребывания	21,6%
3.	Организация работы стационара на дому (или патронаж медсестрой выездной патронажной службы) 3-5 раз в неделю. Курация врачом-терапевтом 1-5 раз в неделю.	1,2%
4.	Патронаж медсестрой выездной патронажной службы 2 раза в неделю. Курация врачом-терапевтом по необходимости (определяет медсестра, врач-терапевт участковый поликлиники). Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом.	4,2%
5.	Патронаж медсестрой выездной патронажной службы 1 раз в неделю. Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом.	47,7%
6.	Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом. Контроль (уточнение состояния пациента по телефону) движения пациента медицинской сестрой Хосписа 2 раза в месяц.	18,8%

Помощь в хосписе предназначена пациентам, которым специальное лечение уже не помогает, или от него отказался сам больной человек, продолжительность жизни по прогнозу составляет менее 6 месяцев.

В Республике Беларусь ранее существовали проблемы с обезболиванием при хроническом болевом синдроме* (ХБС) у части пациентов, о чем было заявлено главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Республики Беларусь Мычко О.В. 2 апреля 2017 г. на семинаре в Минске. По ее словам, только среди онкологических больных более 20 тыс. пациентов нуждалось в купировании хронических болей. Зачастую пациенты не получали адекватного обезболивания из-за стереотипов, которые сложились у медицинских работников (опасение побочных эффектов сильнодействующих лекарств и жесткий контроль надзорных органов за НС). «Медики также боятся проблем, связанных с жестким госконтролем над выпиской сильнодействующих лекарственных средств. Контроль действительно нужен, но адекватный, нормальный контроль», отмечала тогда О.В. Мычко, главный внештатный специалист Минздрава. По ее словам, стремясь сэкономить бюджетные деньги, работники системы здравоохранения предпочитают не выписывать дорогостоящие не инъекционные лекарственные формы, несмотря на то, что они значительно эффективнее. Обучение ВОП и Пвр в системе дополнительного образования, а также появление трансдермальных терапевтических систем улучшили КЖ страдающих ХБС больных людей.

Согласно результатам социологических исследований, порядка 80% неизлечимо больных людей хотели бы получать лечение дома. Это свидетельствует о том, что они нуждаются в не

инъекционных обезболивающих средствах, имеющих продолжительный эффект. Такие средства преобладают в лечении терминальных больных в странах ЕС. В Республике Беларусь преобладало обезболивание инъекционными формами лекарств, не имеющих длительного эффекта и требовавших участия медиков, выезда бригад скорой помощи. Однако, существовавшие проблемы в системе оказания ПалМП, отмеченные в решении лечебно-контрольного совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.2014 г. п. 9.2 «О состоянии организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению помощи Республики Беларусь», во многом преодолены.

Продолжается формирование модели организации службы ПалМП с учетом приоритетного развития ПМП в городах (кабинетов и выездных патронажных служб); идет разработка сети преемственных взаимоотношений государственных организаций здравоохранения, осуществляющих оказание ПалМП на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапе с целью непрерывности ее оказания [75,81,87]. Реализованы меры по снижению числа выездов бригад СМП по причине обезболивания. Действенный механизм (модель конечных результатов деятельности ОЗ), предложенный Министерством здравоохранения Республики Беларусь, выявил положительный эффект. По причине обезболивания в 2013 г. (против 2012 г.) снизилось число вызовов врачей и скорой помощи на 19,3%.

Медико-экономический эффект фармакотерапии ХБС в 2014 г. составил 7,9 млрд. руб. Обеспечены годовые заявки на закупку не инвазивных лекарственных форм наркотических анальгетиков; в индикаторы контроля качества деятельности АПО включен норматив выездов бригад СМП по причине обезболивания. Обеспечению преемственности будут способствовать разработанные интегрированная электронная медицинская карта пациента (ЭМК) и электронный рецепт.

Улучшена система базового и дополнительного обучения и мотивация МСОП (Пвр) к раннему выявлению видимых локализаций рака языка, губы.

В 2014 г. выявление рака языка в поздней стадии в Брестской области составляло 45,9%, в Минской – 42,6%, а рака губы в Витебской области – 21,1%, в Могилевской области – 14,8%.

В настоящее время в Республике Беларусь [113] имеют место единичные показатели позднего выявления этих локализаций рака, что улучшает КЖ и прогноз для жизни пациентов.

В примерном плане Европейской организационной группы по сближению образования МС в разных странах отмечена тенденция к введению предметов, касающихся персонализированной медицины, о которой Джоржем Черчем в 2007 г. был сделан прогноз: «Грядет эра персонализированной медицины, и готовиться к ней нужно уже сегодня».

Известны предложенные в 2008 г. Лероем Гудом принципы 4 «П» для XXI века:

*предиктивная (предсказательная) медицина, о которой нобелевский лауреат 1980 г. Жан Доссе отметил: «Чтобы предупредить болезнь, надо ее предвидеть», что особо актуально для онкологических больных, в НАН Беларуси начато генотипическое картирование избранных групп людей из группы риска;

*предупредительная (профилактическая) медицина, базирующаяся на мнении профессора М.Я. Мудрова: «Будущее принадлежит медицине профилактической». Страны, расходующие на предупреждение БСК более 60% средств, выделенных на оказание медицинской помощи в целом, имеют выраженный медицинский, экономический и социальный эффект (Польша, Чехия, Болгария и др.).

Заместитель директора РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова д.м.н., профессор Красный С.А. считает необходимым обучить все население простейшим правилам профилактической онкологии силами медицинских и педагогических работников с помощью средств массовой информации. Это: своевременное обращение к врачу [83], двигательная активность, нормальное питание, избавление от вредных привычек [15,17], скрининги рака простаты, молочной железы и шейки матки [53].

Эффективность онкологического скрининга в Республике Беларусь подтверждена высокими показателями улучшения состояния здоровья населения НИЗ (на примере сахарного диабета) [60]. Во многом это свидетельство просветительской деятельности, как, например, Международный день повышения осведомленности об онкогинекологических заболеваниях, отмечаемый 20 сентября, акции по стране происходят под руководством РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова.

Гуманитарный проект Беларуси и Италии (2016-2017 гг.) согласно инициативе Ротари Клуба Адда Лодиджано по скринингу (ПАП-тест) распространенности папиломавируса человека у девочек и женщин 15-44 лет Гомельской области, на который было израсходовано около $113 тыс., является примером положительного опыта совместного решения сложных медицинских проблем с помощью гуманитарного сотрудничества.

Исследованием выявлена распространенность этой патологии 23,6 на 10 тыс. населения, а уровень заболеваемости раком шейки матки – 19,4%. Вакцинация девочек из группы риска обеспечивает снижение смертности от рака шейки матки;

✓ партисипативная медицина*, культура СО-участия, в которой пациент включается в достижение цели, является участником процесса, а медики помогают в выборе действий с правом принятия решения самим пациентом, обучают, заботятся о нем, но и наделяют ответственностью за несоблюдение врачебных предписаний;

✓ персонализированная (индивидуальная) медицина, со стандартами лечения, но индивидуальным подходом. Относящихся к концепции персонализированной медицины относят варианты терминов: «геномная медицина или терапия, основанная на генотипе; «медицина под заказчика»; индивидуализированная терапия; информационно обоснованная медицина, или комплексное здравоохранение (Щербо С.Н.,2013).

Развитие медицинской науки и совершенствование оказания ПалМП дают определенную надежду на своевременное выявление и положительный прогноз для жизни ранее обреченных пациентов. Это касается и детей с раком, для которых в 2016 г. в г. Минске были открыты двери Белорусского детского хосписа, построенного за 38,5 млрд. белорусских руб. за счет средств неравнодушных людей и спонсоров. Эти данные подтверждают ценность совместных усилий государства и общества в профилактической деятельности, финансируемой из разных источников.

Выводы. Реализация повышения качества медицинской помощи, включая паллиативную, как приоритетной задачи здравоохранения, относится к категории стратегических действий, выполнение которых в равной мере ложится на плечи врача и МС. Расширение диапазона знаний, умений и навыков МС в области паллиативного ухода на любом этапе его оказания в учебных программах колледжей и вузов будет благоприятным для выполнения девиза: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща» [15] согласно политике ВОЗ Здоровье – 2020 [22], государственных программ и международных рекомендаций [73,77,100,103, 108,128,129].

Эффективное распределение объемов ПалМП приходится на амбулаторно-поликлинический этап ее оказания, обеспечиваемое с учетом отечественных и мировых тенденций по изменению подходов к организации медицинской помощи в целом. Организационная структура оказания ПалМП на амбулаторно-поликлиническом этапе оптимальна и обеспечивает полную доступность профильным пациентам.

В поздравлении 1 октября 2023 г. граждан старшего поколения с Днем пожилых людей Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко отметил: «…хочу заверить, что белорусское государство продолжит следовать такой социальной политике, которая помогает окружить каждого из вас заботой и вниманием, создать наилучшие условия для достойной жизни».

Современное состояние оказания ПалМП имеет выраженное преимущество: оно дает больному человеку право выбора: воспользоваться доступной помощью или справляться с болезненной ситуацией самому. Главное, чтобы пациент знал, что такая помощь доступна. Задачей

организаторов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, является предупреждение совместно с пациентом факторов риска, оказание помощи при наличии болезни, научить пациента стать сильнее, увереннее в себе и возможностях, обрести гармонию внутри себя и строить гармоничные отношения с миром, а не взять на себя решение всех его проблем.

Вопросы для самообразования

1. Каково распределение объемов ПалМП по этапам ее оказания?
2. В чем причины возрастания потребности в ПалМП?
3. Назовите основные ступени обезболивания ХБС?
4. Какие известны вам три наиболее часто встречающиеся локализации патологического онкологического процесса?
5. Чем обусловлена разработка модели организации ПалМП?

Домашнее задание

Просмотр мультимедиа-презентаций «Онкоскрининг молочной железы, простаты и прямой кишки», «Гуманитарный проект Италии и Беларуси по скринингу папиллома вируса человека 2016-2017 гг.».

Глава 3. Тенденции развития цифровизации в области паллиативного ухода на основе интегральных общеевропейских принципов оказания медико-социальной помощи и системы управления качеством

Опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире свидетельствуют об успехах цифровизации в Республики Беларусь [1,40,79]. В системе здравоохранения г. Минска успешно реализована программа «Электронное здравоохранение», что позволило поднять работу по оказанию медицинской помощи на качественно новый уровень путем повышения преемственности между лечебными учреждениями, снижением времени ожидания специализированной медицинской помощи, обеспечением доступности, уменьшением нагрузки на медицинский персонал и, как следствие, экономией бюджетных средств.

Отдельным направлением в развитии информационно-коммуникативных технологий (ИКТ) в системе здравоохранения является внедрение и использование мобильных медицинских технологий, реализуемые в трех основных направлениях: СМС, мобильные приложения, мобильные диагностические устройства [79]. Данный продукт используется пациентами и медицинскими работниками, что обусловлено совершенствованием ресурсного обеспечения деятельности МСОП.

Целесообразно планирование приобретения для ПалМП в уходе на дому портативной аппаратуры и приборов: вакуумных аспираторов, пульсоксиметров, небулайзеров, реанимационных мешков Амбу, инфузоматов. Следствием улучшения материально-технических возможностей станет обучение МС (Пвр), осуществляющих паллиативный уход, навыкам: работе на новой аппаратуре с соблюдением правил техники безопасности, постановке назогастрального зонда, уходу за трахеостомой (гастростомой, др.).

Использование мобильных медицинских приложений позволяет проводить онлайн-мониторинг показателей здоровья (ЭКГ, давление, уровень глюкозы, концентрацию лекарств в крови, УЗИ, стетоскоп, рефлектор, медицинские – органайзеры), обеспечивает онлайн-связь с медработником. Исследования, проведенные в Великобритании, доказали, что экономия при использовании ИКТ при получении медицинских услуг путем СМС – сервисов и медицинских приложений составила 546 млрд. фунтов/год.

Учитывая высокий уровень квалификации специалистов IT, разработка и внедрение СМС-сервисов и медицинских приложений как продукта для деятельности медицинских работников, это может стать брендом Республики Беларусь на мировой арене. Приложения могут использовать как граждане Республики Беларусь, так и иностранные граждане (на платной основе). Разработка и создание подобного электронного продукта – дорогостоящее предприятие, однако нельзя забывать о социальной эффективности, которую можно достичь с предшествующим ростом финансирования. Применение мобильных технологий в отечественной системе здравоохранения позволит поднять ее на качественно новый, более высокий уровень и позволит конкурировать на мировом рынке медицинских услуг [69,79].

Цифровая революция, затронувшая аспекты жизни людей в мире, существенно трансформирует лицо медицинской практики, включая уход. Новыми аспектами цифровизации для ПалМП могут стать: плановые телемедицинские консультации пациентов, позволяющие сокращать частые посещения ВОП без риска перекрестного заражения во время визита в АПО [6,48,85,138,139]; удаленный мониторинг пациентов с НИЗ с установкой приложений, напоминающих о графиках приема лекарственных средств, биометрические трекеры, умные часы, слуховые аппараты, детекторы падения защитят пациента; расширение возможностей социального общения снижает риски для физического и психического здоровья, удовлетворяя потребности в общении по требованиям [45].

Недостатками современного периода для использования этих методов является несоответствие ожиданиям пожилого населения, слабая адаптация к сложным и негибким техническим системам без гарантии иметь долгосрочный успех.

Для совершенствования существующей системы оказания ПалМП необходимо:

- внедрение электронного приложения АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому» в систему оказания паллиативной медицинской помощи в отдельно взятом учреждении;
- совершенствование законодательной базы, регламентирующей отношения врач-сестра-пациент при осуществлении паллиативного ухода в Республики Беларусь с целью возможности использование ИКТ (СМС, мобильных приложений), в т.ч. и иностранными гражданами;
- приобретение нового портативного оборудования для работы в условиях ухода на дому;
- расширение функциональных обязанностей МСОП (Пвр) со специализацией по ПалМП;
- разработка программ повышения квалификации для ВОП и Пвр (по организации и осуществлению медико-социальной и ПалМП; ПалМП пациентам в терминальном состоянии с особенностями медицинского сопровождения и психологической поддержки; по организации и осуществлению сестринского ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями; по организации и оказанию ПалМП взрослому населению).
- разработка и внедрение единого сайта медицинских учреждений разной формы собственности (с сайтом мобильного приложения) по всей Республике Беларусь для быстрого и удобного поиска оптимальных медицинских и парамедицинских услуг.

Интегральные общеевропейские принципы получения медико-социальной помощи

- Принцип достоинства личности обеспечивается правом на труд, «нормальную жизнь в благоприятных условиях».
- Принцип совокупности предполагает единство факторов от физических, медицинских до социальных и психологических. для обеспечения различных потребностей человека.
- Принцип свободы выбора и самостоятельности в решении собственных проблем, обусловленных образом жизни, на основании права выбора во время болезни между домашним и общественным пребыванием, временным или постоянным медицинским наблюдением.
- Принцип взаимного участия в коллективной жизни, восполняющий потребность в ответственности, общественной значимости, снижает социальное одиночество отдельных лиц.
- Принцип разумного стимула, обеспечивающий возможность сотрудничества с другими людьми в соответствии с возможностями окружающей среды.
- Принцип равенства всех в получении ухода, медицинской абилитации* по состоянию здоровья с приоритетом для групп медико-социального риска.
- Принцип приоритетности и оптимальности паллиативного ухода на дому, как наиболее полно отвечающего потребностям пациента и общества [104].
- Принцип предупредительного лечения, основанный на децентрализованных способах финансирования и разнообразных организационных формах медико-социальной работы.
- Принцип сочетаемости, максимально приближающий к потребностям личности или позволяющий устранить противопоставление медико-социального начала и координации.
- Принцип значимости лиц, оказывающих медико-социальную помощь и ПалМП на дому старикам и инвалидам, получивший одобрение делегатов VI Всебелорусского народного собрания 12 февраля 2021 г.

Значение экономических стимулов для оптимизации деятельности системы здравоохранения подчеркнуто в докладе ВОЗ (2021) Т.А. Гебрейесуса: «Несмотря на то, что ВОЗ принимает меры по реагированию на самый серьезный глобальный кризис в области здравоохранения за последние сто лет, мы продолжаем оказывать поддержку нашим государствам-членам в устранении многих других угроз для здоровья, несмотря на ограниченность бюджета и перебои в предоставлении услуг… приоритетной задачей ВОЗ будет дальнейшее расширение инвестиций в нашу работу в странах, где она имеет наибольшее значение».

Выводы. Применяемые в Республике Беларусь интегральные общеевропейские принципы оказания медико-социальной помощи и ПалМП базируются на постоянно обновляемых НПА, улучшении материально и ресурсного обеспечения, сказываются на формирующейся системе управления качеством, тенденциях цифровизации.

Подобная деятельность в рамках системы ПМП является свидетельством заботы и приоритетов государственной политики в соблюдении интересов наиболее беззащитной части общества – пациентов с тяжелой прогрессирующей хронической патологией, ведущей к инвалидности.

Вопросы для самообразования

1. Перечислите известные вам интегральные общеевропейские принципы оказания медико-социальной помощи.
2. Каковы тенденции совершенствования паллиативной медицинской помощи?
3. В чем состоит необходимость системы управления качеством ПалМП?
4. Каковы тенденции цифровизации для применения в ПалМП и уходе за пациентами на дому?

Домашнее задание

Просмотр видео-презентаций «Состояние и структура онкологической службы Республики Беларусь», «Состояние цифровизации в профессиональной деятельности помощников врача и медицинских сестер при оказании медицинской помощи в уходе на дому: особенности», «Глобальные вызовы ХНИЗ: сестры на страже».

Раздел II. Медицинские сестры и помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи в осуществлении адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентом на дому: профилактика ошибок

Глава 4. Понятие об адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентом на дому

Старт к осмыслению имеющихся моделей ухода и возможному появлению новых предложений от сестринских сообществ в рамках кампании «Сестринское дело сейчас» был дан во время пандемии COVID-19 [6,45,48].

В докладе ВОЗ (2020) главный исполнительный директор Международного совета медицинских сестер (ICN) Говард Кэттон отметил: «…то, что сделала пандемия, также дало нам возможность призвать к перезагрузке и изучить новые модели ухода, в которых медицинские сестры находятся в центре наших систем здравоохранения».

Изменение роли, места и функций МС происходило на протяжении столетий во всем мире, а также в III-XXI веке в Беларуси [46]. Впервые это отражено в трудах Ф. Найтингейл, а также ученых середины XX столетия. В работе «Записки об уходе» (1859 г.) идеолог сестринского образования дала первое определение сестринскому делу, выделив две области деятельности МС – уход за больными и за здоровыми людьми. Квинтэссенцией ее выводов о функциях МС стало: «Сестра должна иметь троякую квалификацию: научную – для понимания болезни, сердечную – для понимания больных и техническую – для ухода за больными» (описание трех точек роста квалификации сестры). Уход за здоровыми пациентами ею был определен как «поддержание человека в таком состоянии, при котором болезнь не наступает», в то время как суть поддержки больному – «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение» [55,63].

Понимание смысла здоровья продолжает занимать умы многих ученых, наиболее оптимально оно отражено в определении ВОЗ как «…состояние полного физического, духовного, и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов». Более адекватным теме пособия отвечает определение здоровья известным американским специалистом в области профилактической медицины Г. Сигеристом: «Здоровым может считаться человек, который отличается гармоничным физическим и умственным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Он полностью реализует свои физические и умственные способности, может приспосабливаться к изменениям окружающей среды, если они не выходят за пределы нормы, и вносит свой вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье не означает просто отсутствие болезней; это нечто положительное, жизнерадостное, охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека». Именно эти качества предстоит развивать у МСОП, в функцию которых входят элементы сестринской педагогики и психологии делового общения.

Согласно научным исследованиям по сестринскому делу 2000-2022 гг. у МС пробуждается чувство профессионального самосознания в ходе равноправного участия в преобразованиях национальной системы здравоохранения [39,41,45,50,52,56-59,96,109].

Модели сестринского дела – систематически построенный научно-обоснованный и логически связанный набор понятий, составляющий элементы сестринской практики. В XIX в. одной из первых описана модель Ф. Найтингейл [55]. Придавая особое значение тишине, питанию, чистоте, она характеризовала сестринское дело как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению», новой в XXI веке – адаптационно-ситуативная модель ухода (АСМ-модель) [45].

Краткая сравнительная характеристика моделей сестринского ухода

В отношении модели как образце построения чего-либо, продолжаются споры ученых о том, какая из имеющихся 30 моделей сестринского ухода предпочтительнее.

I. **Роль МС**

*Врачебная (*медицинская) модель сестринского ухода знакома большинству МС, так как именно на нее была ориентирована их подготовка в колледже. Исследователи в области сестринского дела обратили внимание, что представления о достойной врачебной подготовке в разные эпохи были неодинаковы. Для Республики Беларусь констатировано, что произошла трансформация сестринского образования, появился специалист Пвр, расширился диапазон специализации и функций для среднего медицинского персонала.

Врачебная практика до XVIII в. носила целостный характер: при постановке диагноза и назначении лечения принимали во внимание связь между пациентом и окружающей средой. В процессе современного врачебного (лечебного) вмешательства внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биохимических причин и проявлениях заболевания: Такой подход преуменьшает или полностью игнорирует социальные, экономические и политические факторы при установлении причины болезни. Социальное поведение и особенности психологического поведения отдельного человека являются следствием изменений, происходящих в физиологических и биохимических системах организма, человек – «пассивный носитель болезни», что принижает значение его как личности.

Модель сестринского ухода В. Хендерсон (потребностей) (1966 г.) основана на учете потребностей пациента с акцентом внимания на биологических, психологических, социальных факторах, удовлетворенных благодаря уходу и медицинской абилитации. Условием модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода. Согласно утверждению автора, пациент имеет 14 фундаментальных человеческих потребностей, одинаковых для всех людей: «...Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...». Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при их удовлетворении. В период болезни, старости, при приближении смерти человек может быть не в состоянии удовлетворить потребности самостоятельно. В это время МС помогает «...человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье, или способствуют его выздоровлению (или в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания...». В. Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека, однако недостатком модели является игнорирование его отдельных социальных потребностей.

Модель сестринского ухода Н. Роупер (проявлений повседневной жизнедеятельности) (1976 г.), была дополнена в 80-е годы В. Логан и А. Тайэрни, базировалась на достижениях в области физиологии, психологии и сестринского дела, используя определенный перечень универсальных потребностей для всех людей. МС должна сосредоточить внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека. Оценка успешности деятельности МС при уходе основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах.

Модель сестринского ухода Д. Джонсон (поведенческая) (1968 г.) предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточив сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях, что отличает ее от моделей других авторов (В. Хендерсон и Н. Роупер). Пациент, согласно автору Д. Джонсон – «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя». Человек имеет 7 главных подсистем, которые изменяют его поведение. Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прежнего опыта достичь определенных целей. Результат ухода зависит от восприятия поведения, оценки возможностей в

изменении поведения. Поведение, выбираемое больным человеком, определяется его предрасположенностью к особому типу поведения (установке: установке, создаваемой действиями и объектами непосредственно вокруг человека и установке, создаваемой прошлыми привычками).

Модель сестринского ухода Д. Орэм (дефицита самостоятельного ухода) (1971 г.) в отличие от моделей Д. Джонсон и К. Рой, рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах самостоятельного ухода, который в этом случае автор определяет как «...деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно...». В предлагаемой модели ухода уделяется внимание личной ответственности человека за состояние собственного здоровья, которое в настоящее время понимается иначе.

В редакции Закона о здравоохранении Республики Беларусь (2020 г.) законодатель отказался от определения «медицинской профилактики – основанного на личной заинтересованности пациента комплексе медицинских услуг». В настоящее время это – «…комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента, ФЗОЖ, снижение вероятности возникновения и распространения заболеваний, патологических состояний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития, а также на предотвращение неблагоприятного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания».

Большое значение придается вмешательству МС для профилактики заболеваний, травм и с целью обучения. Согласно этой модели пациент – единая функциональная система, имеющая мотивацию к самостоятельному существованию, невзирая на болезнь и осуществляя уход за собой независимо от того, здоров он или болен, т. е. его возможности и потребности в самостоятельности должны быть в равновесии. Это не всегда возможно в практике ПалМП и не актуально для роли МС в АСМ-модели*.

Адаптационная модель сестринского ухода К. Рой (1976 г.) тоже использует достижения в области физиологии и социологии. Пациент, по мнению автора, это индивид, имеющий набор взаимно связанных биологических, психологических и социальных систем, влияющих на поведение. К. Рой полагает, что для физиологических и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого человек стремится достичь, т. е. это какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого пациента этот диапазон уникален. Согласно модели – есть уровень адаптации, а все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за ее пределом. Автором названы 3 типа факторов (раздражителей), влияющих на уровень приспособляемости. О*чаговые* факторы, находящиеся в окружении человека; *ситуационные*, возникающие при оказании помощи рядом с очаговыми, и оказывающие на них воздействие; *остаточные*, как результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными факторами, раздражители влияют на уровень адаптации пациента. К. Рой предлагает четыре системы адаптации, изменяющие поведение пациента:

- физиологическая система;
- Я – концепция;
- Роль-функция;
- взаимозависимость.

Физиологическая система обеспечивает реакции человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород, углекислоту и другие сенсорные раздражители. Способность справляться с новыми, непривычными физиологическими раздражителями обусловлена не только ими, но зависит от возможностей физиологической системы адаптации конкретного человека.

Я – концепция объясняет желание больного человека понять самого себя, как поведение, так и телесный образ. Как и предыдущий, этот способ адаптации имеет границы, в пределах которых пациент может справляться с изменениями своих психологических и телесных «Я».

Особенно эффективно этот способ должен «включиться» при подготовке пациента к операциям, значительно изменяющим схему тела: ампутация конечности, мастэктомия, наложение стомы и т. п.

Роль-функция определяет изменение для пациента его роли в жизни в силу тех или иных обстоятельств. Например, занимающийся физическим трудом человек занимает руководящую должность и управляет работой других; активный, деятельный работник оказывается в медицинской организации и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента. В обоих примерах такой человек может выйти за рамки собственных возможностей адаптации.

Взаимозависимость есть стремление людей достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Например, зависимость друг от друга матери и сына, мужа и жены, продавца и покупателя, МС и пациента, начальника и подчиненного и др. МС следует учитывать ограниченность возможностей адаптации пациента в ситуациях, когда он испытывает чувство давления, презрения, одиночества, отторжения, фамильярности.

Модель сестринского ухода М. Аллен (1986 г.) о взаимодействии МС с пациентом посредством идеи «Здоровье через развитие» базируется на признании важности ПМСП, ориентированной на привлечение к укреплению здоровья человека, семьи и общества. По мнению доктора философии в образовании М. Аллен здоровье является многомерным понятием и целью заботы МС о здоровье пациента повсюду, от стационара до поликлиники и на дому. Здоровье понимается автором как *преодоление и развитие.* Преодоление – это усилия, направленные на избавление от проблемы последовательными действиями: выявлением, альтернативой, оценкой и выбором. Второе измерение здоровья пациента – это развитие, направленное на достижение жизненных целей с помощью схемы по определению, мобилизации, поддержке, регулирования ресурсов личности пациента или семьи.

Из существующих моделей сестринского ухода каждая имеет преимущества и не лишена недостатков, оставляющих простор думающим МС в применении той или иной модели по сиюминутной оперативной ситуации течения болезни у пациента.

В основных направлениях Концепции развития сестринского дела Республики Беларусь на 2021-2025 годы рекомендована разработка новых организационных моделей ухода и технологий сестринских услуг, что стало источником для предложений.

Анализ имеющихся моделей сестринского ухода позволил предложить *адаптационно-ситуативную модель (АСМ-модель)*, в той или иной мере объединяющую имеющиеся модели, но с учетом новых технологий сестринского процесса (табл. 4.1).

Таблица 4.1.

Современная адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода за пациентом

Модель	**Роль МС**	**Направление ухода**	**Цель ухода**	**Направление сестринских вмешательств**	**Способы вмешательств**
Врачебная	зависимая	поддерживающее функции	долгосрочная	назначения врача	набор стандартных вмешательств
Хендерсон В. (потребности)	частично зависимая	удовлетворение функциональных потребностей	долгосрочная	коррекция симптомов	лекарства и процедуры
Роупер Н. (жизнедеятельность)	зависимая независимая взаимозависимая	частичное восстановление независимости	сохранение жизненных функций	совместная оценка и удовлетворение потребностей	подвижность увеличить, страх уменьшить

Джонсон Д. (поведенческая	дополняющая	восстановление равновесия	восстановление, мотивация поведения, кратко- идо долгосрочной	защита от стресса, стимулирование партнерства	контроль поведения
Аллен М. (здоровье через развитие)	дополняющая, стимулирующая	терапевтическая апробация способов поведения и самовыражения	долгосрочная с пациентом и семьей	обучение ЗОЖ на основе жизненного опыта	использовать ситуации для побуждения к действию, здоровье через развитие
Рой К. (адаптация)	индивидуальная адаптация	адаптивное	долгосрочная и краткосрочная	возможность адаптации	воздействовать за пределом адаптационных возможностей
Орэм Д. (дефицит самоухода)	дополняющая	вовлечение пациента (родных, волонтеров) в самоуход	сохранение самообслуживания	возможность самоухода	делать за пациента, руководить физической и психологической помощью, организовать среду для самоухода
АСМ-модель	зависимая, независимая, взаимозависимая, индивидуальная адаптация, дополняющая, стимулирующая	удовлетворение функциональных потребностей, частичное восстановление независимости и равновесия, поддерживающего функции организма, адаптивное, вовлечение, апробация способов поведения и самовыражения	долгосрочная, краткосрочная, восстановление, мотивация, сохранение самообслуживания	потребности по сестринскому диагнозу, назначения врача, оценка жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей для роста доступных знаний и ресурсов, влияние на очаговые, ситуационные и остаточные факторы, влияющие на приспособляемость организма	удовлетворять потребностей по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс-гимнастика, контроль поведения, обучение в «Школе пациента»

Роль МСОП и Пвр при наблюдении за пациентами, нуждающимися в уходе, на участке ВОП разнообразна и широка (табл. 4.2). Она базируется на расширении функций и полномочий в рамках поддержки и укрепления инновационных практик в сестринском деле согласно Цели 2 кампании Международного Совета медицинских сестер «Сестринское дело сейчас» (2019-2021 гг.).

Таблица 4.2

Роль МСОП и Пвр в осуществлении наблюдения за пациентами на участке ВОП

(по ВОЗ,2004), (Payne S. 2009)

Роль Пвр, МСОП	Компетенции (умения)
Экспертная	Знания и навыки по их применению в улучшении состояния пациента
Коммуникативная	Умение общаться с пациентом, его семьей в «Школе пациента»
Коллабораторская (взаимовыгодное сотрудничество, взаимодействие)	Сотрудник в мультидисциплинарной команде
Адвокат	Оправдывает действия семьи в пользу пациента
Доказательная практика	Использует профессиональный уход согласно требованиям протоколов по уходу, осуществляет исследовательскую деятельность (Т. Гринхальх)
Профессиональный работник	Использует принципы биомедицинской этики, информированного согласия, конфиденциальности в уходе

II. Потребности, связанные со стадией развития (от младенчества до старости и в период беременности). Эти потребности, удовлетворяются, как правило, всеми взрослыми людьми, поддающимися воспитанию.

III. Потребности, связанные с нарушением здоровья обусловлены наследственными заболеваниями и травмами. В этой группе выделяются три вида нарушений: *анатомические изменения* (выраженные отеки, ожоги, пороки развития), *функциональные физиологические изменения* (одышка, тугоподвижность сустава), *изменение поведения* или *повседневных жизненных привычек* (чувство безразличия, бессонница, внезапное изменение настроения). Если человек справляется с этими проблемами, сохраняется общее равновесие и уход за ним не понадобится. Существует предложение (Кропалина Л.И.,2018) по определению степени нуждаемости пациента в уходе (прил.18), а также критерии отнесения пациента к патронажной группе (прил.19).

2. Источник проблем пациента

При использовании *врачебной* модели сестринское вмешательство связано исключительно с биологическими потребностями человека, т.е. уход направлен на поддержание функций того или иного органа или системы, а не человека в целом.

В. Хендерсон, разрабатывая модель, основывалась на теории А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей. Проблемы, требующие вмешательства МС, возникают в случае, когда пациент в силу определенных обстоятельств (болезнь, младенческий и (или) старческий возраст) не в состоянии осуществить уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания. В. Хендерсон утверждает, что способность человека удовлетворять фундаментальные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Например, испытывая чувство страха и беспокойство, человек может плохо спать и есть. Пожилой человек, недавно перенесший тяжелую утрату, может также испытывать трудности в общении, передвижении, одевании и раздевании, если ранее ему оказывал помощь в этом его умерший родственник.

Н. Роупер в своей модели ухода указывают 5 факторов, которые могут вызвать потребность в сестринском уходе:

- инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
- патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- несчастный случай;
- инфекционное заболевание;

• последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды. Эти факторы могут сделать пациента частично или полностью зависимым.

Д. Джонсон полагает, что болезнь, изменение образа жизни могут разбалансировать подсистемы поведения человека. Сестринский уход должен быть направлен на восстановление равновесия.

К. Рой считает, что потребность в уходе МС возникает в том случае, когда в окружении пациента недостаток или избыток средств и возможностей для использования того или иного способа адаптации.

М. Аллен источником проблем является неправильное поведение пациента, наличие факторов риска возникновения заболевания, традиционно негативное отношение к здоровью и усвоение этой модели социального поведения.

Д. Орем указывает на то, что если пациент (его родственники, близкие) не могут сохранить равновесия между его возможностями и потребностями в уходе и потребности в самостоятельности превышают возможности человека, возникает необходимость во внешнем сестринском вмешательстве, которое осуществляется при активном участии пациента (его родственников), близких.

АСМ – модель решения сиюминутных проблем пациента, воздействие на факторы риска возникновения обострения (декомпенсации) заболевания обучением (табл.4.1)

3. Цель ухода

При врачебной модели цель ухода направлена на то, чтобы вызвать изменения в конкретных физиологических или анатомических системах организма, восстановив их деятельность до прежнего устойчивого уровня. При этом интересы пациента редко находятся в центре внимания, поскольку цель ухода, как правило, определяется врачами и направлена на быстрое и эффективное устранение нарушений деятельности того или иного органа или системы.

В. Хендерсон считает, что МС следует ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 фундаментальных потребностей. При этом, краткосрочные и промежуточные цели имеют право на существование, но только при острых состояниях (шок, лихорадка, инфекция или дегидратация). Автор рекомендует составлять план сестринского ухода письменно, изменяя его после оценки результата сестринских вмешательств.

Н. Роупер предлагает планирование сестринского ухода начинать с первичной оценки состояния пациента, когда совместно с ним МС определяет цели ухода, в дальнейшем она определяет средства для осуществления конкретных вмешательств.

Д. Джонсон считает нарушение равновесия внутри подсистем поведения причиной для сестринского ухода, целью которого должно быть максимально возможное равновесие в каждой подсистеме. Уход может быть направлен на изменение:

- восстановление мотивов поведения;
- действия подсистемы, ограниченной прошлым опытом человека;
- поведения человека, определяемого прошлой предрасположенностью к тому или иному типу действия;
- установки, создаваемой окружающей средой (1-й тип) или прошлым опытом (2-й тип).

Если причиной нарушения равновесия в поведенческой подсистеме являются функциональные изменения, то целью ухода МС должно быть обеспечение защиты, опеки, стимулирования к изменению поведения с помощью конкретных вмешательств.

К. Рой – определив возможные очаговые раздражители, вызывающие неадекватное поведение, МС совместно с пациентом намечает цели, позволяющие ему положительно адаптироваться к изменяющейся окружающей среде, решая долгосрочные цели и сиюминутные цели, позволяющие расширить уровень адаптации в конкретной системе. Планируются вмешательства, которые могут изменить либо раздражители, либо уровень адаптации.

М. Аллен считает долгосрочное сотрудничество с семьей на основе применения опыта семьи для роста и поддержки пациента во всем многообразии его контактов с системой здравоохранения.

Д. Орем учитывает краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели (или их комбинации), которые должны быть сосредоточены на пациенте и его возможностях по самообслуживанию. При этом с пациентом МС следует обсудить не только цели ухода, но и планируемые сестринские вмешательства (манипуляции).

ACM – учитывает цели как долгосрочные, краткосрочные, восстановление на основе абилитации, мотивацию, сохранение самообслуживания пациентом.

4. Направленность сестринского вмешательства

Врачебная модель

МС знакомится с симптомами, описанными врачом в истории болезни пациента, оценивает его состояние, нарушения деятельности определенных органов и систем и в конечном итоге констатирует факты «одышки», сердцебиения», «диарея» и т.п. Недостатком является непринятие разницы в сестринском* и врачебном диагнозах* (см. ниже) и отсутствие в настоящее время электронных листов-вкладышей в историю болезни пациента согласно сестринскому процессу*.

В. Хендерсон не рекомендует использование сестринского процесса, считая, что при обследовании пациента МС обсуждает с ним условия оказания сестринской помощи. Исключением является ситуация «...только в состоянии очень высокой зависимости пациента, такой, как кома или состояние полной прострации, у сестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него, в данном случае, является благом...». По мнению В. Хендерсон, МС должна постараться встать на место пациента и понять оценку его состояния и определение необходимости вмешательства.

По модели Н. Роупер МС совместно с пациентом последовательно оценивает его возможность в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы пациента. Модель предусматривает непрерывное проведение оценки удовлетворения потребностей пациента.

Д. Джонсон считает, что для определения направленности вмешательства МС надо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы, осуществляемое в два этапа: определяют нарушение равновесия в какой-либо подсистеме; определяют причины этого нарушения (структурные или функциональные) (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Подсистемы поведения по Д. Джонсон

Подсистема	Мотивы поведения
Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
Присоединяющая (устанавливающая)	Близкие взаимоотношения с другими людьми
Агрессивная	Самозащита от угрозы, самоутверждение
Зависимая	Зависимость от других
Выделительная	Выделение продуктов жизнедеятельности
Пищеварительная	Поддержка целостности организма, состояние телесного удовольствия
Сексуальная	Сексуальное удовлетворение

К. Рой указывает на то, что при обследовании пациента следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение дает повод для беспокойства. МС поочередно изучает их в пределах четырех названных систем, затем определяет очаговые, ситу-

ационные и остаточные раздражители, а также потребность в своем вмешательстве. Она определяет степень влияния раздражителя на поведение пациента, то, что является раздражителем для одного, на другого не оказывает влияния (табл. 4.4).

Таблица 4.4

Способы адаптации и проблемы, возникшие у пациента в результате адаптации

Способ адаптации	Проявление
Физиологический	Гиперактивность, усталость
Физиологический	Гиперактивность, усталость Нарушение аппетита, рвота запор, понос, обезвоживание, отеки Дефицит кислорода (гипоксия), избыток кислорода Шок Сонливость, бессонница Лихорадка, гипотермия Снижение умственной деятельности, чрезмерная умственная деятельность Нарушение гормонального равновесия
Я – концепция	Физическая усталость Чувство вины, тревоги, беспомощности, социального освобождения, агрессии
Роль-функция	Чувство неудачи, конфликтность
Взаимозависимость	Чувство отчуждения, отторжения, соперничества, одиночества, доминирования самовыражения

М. Аллен направление сестринского вмешательства видит как интерактивное взаимодействие между личностью пациента, его семьей, МС и средой при активном участии самого больного человека.

По мнению автора Д. Орем вмешательство МС должно быть направлено на выявление причины, дефицит самостоятельности пациента. Причинами неполноты ухода могут быть: отсутствие знаний МС, неумение выполнять технологии при самоуходе, непонимание его важности. Автор этой модели связывает «непонимание» с уровнем и стадией развития, а также **с** прошлым жизненным опытом пациента. Д. Орэм считает, что для решения вопроса о необходимости сестринского вмешательства сестра должна:

- определить уровень требований самого пациента к уходу за ним;
- оценить возможности человека удовлетворить эти требования;
- оценить возможности безопасности осуществлять уход самостоятельно;
- оценить возможности восстановления ухода в будущем.

Д. Орэм считает, что, только определив требования и возможности пациента к самостоятельному уходу, можно принимать решение о планировании ухода.

АСМ-модель указывает направление сестринского вмешательства на удовлетворение потребностей, согласно сестринскому диагнозу и назначениям врача, оценку жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей для роста доступных навыков, знаний и ресурсов.

5. Способы сестринского вмешательства

При применении врачебной модели ухода **с**пособы сестринского вмешательства также направлены на «приведение того, что остро нуждается, в хорошее состояние» (Бертон, 1985). Выбор способа, как правило, зависит от опыта врача, и «набор» сестринского вмешательства практически одинаков для различных пациентов, имеющих одно и то же заболевание.

В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан с лекарственной терапией, процедурами, назначаемыми врачами, при выполнении которых может потребоваться участие членов семьи пациента.

Н. Роупер указывает на то, что после обсуждения с пациентом цели ухода, МС выбирает способы вмешательства по удовлетворению потребностей.

Д. Джонсон предлагает четыре направления сестринского вмешательства:

контроль или ограничение поведения какими-то рамками; защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс; торможение (подавление) неэффективных реакций; стимулирование к изменению поведения, партнерство, помощь в виде опеки.

К. Рой считает, что вмешательство МС должно быть направлено на раздражители, находящиеся за пределами возможностей адаптации пациента, чтобы изменить их, или чтобы они оказались в пределах уровня адаптации. Сестринские вмешательства предлагается использовать в основном при очаговых раздражителях.

М. Аллен предлагает способом вмешательства МС использование жизненного опыта пациента как побудительного мотива к действиям по укреплению здоровья через преодоление и развитие.

Д. Орэм выделяет шесть способов сестринского вмешательства:

- делать что-либо за пациента;
- руководить пациентом, направлять его действия;
- оказывать физическую поддержку;
- оказывать психологическую поддержку;
- создавать среду для обеспечения самостоятельного ухода;
- обучать пациента (или его родственников).

Предлагая эти шесть способов помощи, Д. Орэм предполагает, что пациент хочет и может играть ту или иную роль, стремясь осуществлять уход самостоятельно, т. е. больной человек должен быть готов получить помощь МС. Кроме способов, Д. Орэм определяет *три системы помощи*:

- полностью компенсирующая помощь – применяется в случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо ему нельзя двигаться, или он не способен к обучению;
- частично компенсирующая – применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты ухода за собой;
- консультативная (обучающая) помощь применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам ухода.

АСМ-модель предлагает способы сестринского вмешательства с помощью 2-х систем в уходе на дому, направленные на удовлетворение потребности по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс-гимнастику, контроль поведения пациента, обучение методике в «Школе пациента» [60].

6. Роль МС

Врачебная модель. Роль сестринского персонала сводится к роли «помощника» врача, «при враче». Д. Холл (1983) утверждала, что МС ни в коем случае «не следует пытаться разрушать крайне необходимую работу врачей», но в то же время им не следует рассматривать себя в качестве только «ассистентов врачей». Усилия МС, утверждает Д. Холл, направленные на улучшение стандартов ухода, должны рассматриваться как положительные. Сестринский процесс указывает, что должно быть в центре внимания деятельности МС при уходе – удовлетворение проблем пациента. В настоящее время используется в Латвии, Грузии, Польше, Германии.

Роль МС представлена В. Хендерсон двояко. С одной стороны, МС – самостоятельный и независимый специалист* в системе здравоохранения, поскольку выполняет те функции, ко-

торые не может выполнить пациент, чтобы чувствовать себя достаточно независимым. С другой стороны – это ассистент и помощник врача, выполняющий его назначения. Появление нового специалиста – Пвр, разрешает это противоречие, а применение сестринского процесса и его документирования в ряде стран Европы указывают на его целесообразность.

Роль МС в системе здравоохранения автор модели Н. Роупер видит как независимую, зависимую и взаимозависимую. *Независимая роль* заключается в оценке МС (совместно с пациентом) его состояния, планировании, осуществлении сестринских вмешательств и оценке результатов предоставленного ухода. *Зависимая роль* – ассистенция врачу при выполнении тех или иных процедур, а также назначений лечащего врача. *Взаимозависимая роль* – работа в составе многофункциональной команды специалистов (ВОП, например).

Роль МС, по мнению Д. Джонсон, является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. МС отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие поведенческих подсистем пациента во время психологического или физического кризиса.

К. Рой полагает, что в отличие от врачей, сосредоточивших свое внимание на биологических (анатомических и физиологических) системах, роль МС – способствовать адаптации человека в период здоровья и болезни: благодаря воздействию на очаговые раздражители они попадают в зону адаптации.

М. Аллен предлагает познавательную стимулирующую роль МС, дополняющую поиск потенциальных возможностей для роста и доступности знаний и ресурсов пациента (семьи).

Автор модели ухода Д. Орэм определяет ее как дополняющую к возможности пациента осуществлять уход за собой самостоятельно. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.

АСМ–модель указывает на значительное разнообразие роли МС в уходе за пациентом: зависимую, не зависимую, взаимно-зависимую, дополняющую, индивидуальной адаптации и стимулирующую (табл.4.1).

7. Оценка качества и результатов ухода

При применении врачебной модели итоговая оценка качества и результатов ухода не обязательна, но если она проводится, определяется степень успеха при устранении (уменьшении) нарушений в той или иной физиологической системе или анатомическом органе.

По модели ухода В. Хендерсон можно окончательно оценить результаты и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все фундаментальные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.

Н. Роупер предлагает критериями оценки качества и результата ухода считать степень удовлетворения каждой потребности, а они все поддаются наблюдению, в соответствии с поставленными целями. В случае, если желательный результат ухода не достигнут, МС совместно с пациентом пересматривает и цели, и предполагаемые вмешательства.

Д. Джонсон полагает, что можно оценить результаты ухода в пределах какой-то подсистемы по поведению пациента, вызванному теми или иными структурными изменениями. Кроме этого, в случае, если ожидаемые результаты связаны с изменениями окружающей среды, иное поведение может быть обусловлено вмешательством МС в связи с функциональными изменениями. Если сестринское действие не привело к ожидаемому результату (цели), вновь формулируются новые цели и иные вмешательства.

К. Рой – при оценке качества ухода МС и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в том или ином способе адаптации.

М. Аллен – фокусирование на приобретении навыков и компетентности в укреплении и сохранении здоровья пациента посредством открытого общения, демонстрации преимуществ знания, поощряющее поведение МС при освоении навыков.

Д. Орэм – оценка качества ухода должна основываться на возможности пациента и его семьи в последующем осуществлять уход самостоятельно. В случае, если сестринское вмешательство из полностью компенсирующей системы перешло в частично компенсирующую

фазу, поддерживающую пациента при уходе за собой, можно считать сестринское вмешательство эффективным. Сестринское вмешательство может быть направлено на расширение возможностей самостоятельного ухода, так и не изменение потребностей в нем. Д. Орэм называет эти изменения выздоровлением.

АСМ–модель в оценке качества и результатов ухода предлагает руководствоваться всеми оценками, предложенными авторами (В. Хендерсон, Н. Роупер, Д. Джонсон, М. Аллен, К. Рой, Д. Орэм) по ситуации. Основой взаимодействия становятся практические навыки МС по работе с портативными приборами нового поколения, обучение действиям по самоуходу, поддержка салютогенного* поведения семьи. Стимулирование семьи пациента на поиск возможностей по самостоятельному изменению неблагоприятных обстоятельств пациента через помощь общества (ТЦСО, ОКК, Церковь, благотворительные фонды, волонтерство) в поддержании социальной компетентности, самостоятельности, внутреннего локуса контроля (поиск причин в себе), деятельности в этом направлении с оптимизмом, не доводя до социального расследования*.

Интегративная АСМ-модель сестринского ухода за пациентом имеет ряд преимуществ, перед вышеописанными моделями (табл. 4.5).

Таблица 4.5

Преимущества и недостатки адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода

Преимущества	Недостатки
Быстрое достижение высокой квалификации	нет
Постоянный контингент для небольшого штата работников	нет
Упрощение обмена информацией с ВОП и Пвр	нет
Возможность для пациента обсудить проблему с МС	нет
Удовлетворение от качественного выполнения сиюминутных и отсроченных потребностей пациента	нет
Доступный для контроля процесс ухода с применением вкладыша с сестринским диагнозом и электронным листом учета медикаментов и перевязочного материала	нет
Ознакомление общества с новой ролью МС в системе здравоохранения	нет
Оснащенность кабинета МСОП и ее сумки для визитов на дом, программное обеспечение сестринского процесса в уходе на дому	Недостаточное программное обеспечение сестринского процесса в уходе на дому, отсутствие документирования сестринского процесса (протоколов по уходу) [96]

Рекомендации по использованию различных моделей сестринского ухода

АМС-модель паллиативного ухода на дому согласуется с НПА:

- ✓ Законом о здравоохранении Республики Беларусь [78];
- ✓ Законом Республики Беларусь «Об основах молодежной политики» от 07.12.2009 №65-З (часть третья статья 18-1) [86];
- ✓ Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021-2025 годы [77];

✓ Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 гг. и Плане ее реализации [96,109];

✓ Положением о наставничестве в организациях отрасли здравоохранения [80].

Отличия АМС-модели ухода на дому от других:

1. Внедрена современная информационная технология АИС в профессиональную деятельность МСОП и Пвр.
2. Предложена инструкция АИС "Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому" в условиях ПалМП в составе мультидисциплинарной команды ВОП.
3. Сформулированы коммуникативные компетенции МС для осуществления паллиативного ухода.
4. Внедрен в практику инновационный метод АСМ-модели ухода, базирующийся на имеющихся технологиях и сестринском процессе, ресурсном, экономическом и методическом обеспечения деятельности МСОП и Пвр в АПО.
5. Облегчен доступ к информационному библиотечному ресурсу в области ПалМП и здравоохранения.

«В рамках Европейского регионального бюро ВОЗ сестрам, планирующим применение сестринского процесса, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности» (пациента и его семьи – *прим. авт.)*

Преимуществом использования модели ВОЗ является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья. «В целях оказания помощи отдельным людям, группам лиц и населению с различным состоянием здоровья сестры производят оценку физиологических, психологических и социальных аспектов здоровья человека в отношении его потребностей:

➢ в самопомощи – что может сделать человек для удовлетворения собственных медико-санитарных потребностей (стационар дневной*);

➢ в помощи на дому – что может сделать семья или другие люди для удовлетворения медико-санитарных потребностей человека (стационар на дому*);

➢ в профессиональной помощи – какой вклад может внести МС в оказание помощи человеку».

Самостоятельная помощь **(*самообслуживание*)** необходима человеку для осуществления им ежедневной деятельности, оказывающей влияние на здоровье и благополучие. Как правило, человек заботится о себе «добровольно» и не нуждается в профессиональной помощи. МС должна уметь определить, когда пациент сможет возобновить самообслуживание, и поощрять его к этому через методы медицинской абилитации, чему способствует АСМ-модель ухода и необходимость выполнения п.4.4.2. «Плана мероприятий (дорожной карты) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы [96].

Помощь на дому (патронажное, попечительское обслуживание) - «вид помощи, которая оказывается человеку на дому его родственниками, друзьями или знакомыми». МСОП и Пвр отводится роль вовлечения волонтеров в такой вид помощи из числа окружения и знакомых пациента.

Нуждающиеся в паллиативном уходе лица, страдающие НИЗ, пациенты-инвалиды могут находиться дома, помощь им способствует проявлению заботливого отношения людей друг к другу. Роль МСОП сводится к консультациям, обучению самообслуживанию и медицинской абилитации* [36,124,135].

Профессиональный уход – помощь, требующая профессиональных знаний и оказываемая как в лечебно-профилактических организациях, так и на дому. Для этого необходимы МС разных специальностей, либо мультидисциплинарная команда. Наиболее востребованы хирургические навыки и акушерки, а также специализация каждого участника с взаимодополняющими функциями.

Применение в практике работы МСОП АСМ-модели сестринского ухода обеспечено наличием соответствующих гаджетов (планшетов) и введения в компьютерную программу наблюдения за пациентом на дому электронной версии протокола ухода при разных проблемах пациента согласно сестринскому процессу и инструкции (разд. III гл. 7), что сокращает время на ведение документации.

Исследования, проведенные в европейских странах в 1970-1990 гг., определили три идеологии сестринского дела: ремесленническую, профессиональную и опекунскую. В Республике Беларусь преобладает ремесленническая идеология по отношению к роли МС в оказании помощи пациенту, которая начала изменяться после преодоления пандемии COVID-19, обнажив новые возможности в расширении их функций на основе цифровых технологий.

В выступлении в Эдинбургском университете (1982) М. Аллен выделяла дополняющую функцию МС в модели сестринского дела: «…модель может применяться повсеместно…позволяет медицинским сестрам полностью реализовать свой потенциал и свою роль в системе здравоохранения, не заменяя работу других специалистов, таких как врачи, социальные работники и т.д., а лишь дополняя ее. Модель помогает семьям успешно справляться с различными проблемами, возникающими на протяжении всего жизненного цикла семьи и связанными со здоровьем».

Сделанный автором М. Аллен вывод позднее развивается в АСМ-модели ухода современности, объектом которой является семья, ориентированная жизненным укладом на помощь в укреплении здоровья, сохранять которое помогает МСОП через обучающее сотрудничество на основе личной заинтересованности и участия пациента. Формирование здоровой семьи за все время ее существования не только создает ответственное и благоприятное для обучения поведение членов семьи, но важно для всего общества, в чем состоит вклад сестринского дела в общественное здоровье. Сотрудничество МСОП и семьи пациента по обучению навыкам преодоления трудностей болезни ориентировано на потенциал пациента и КЖ*.

Применение новых сестринских технологий в форме сестринского процесса* осуществляется в несколько этапов.

Трехэтапный механизм применения новых сестринских технологий

1 этап – подготовительный, включающий теоретическую подготовку МСОП на основе новых программ ПК и ПП;

- совершенствуются дневники сестринского ухода, сестринская история болезни как возможный вкладыш к основной карте пациента, листы динамического наблюдения за состоянием пациента;
- перевод вкладыша в электронный формат (ЭМК пациента, электронный рецепта).

2 этап – практическая разработка АИС «Пвр и МС: уход на дому» по документационному обеспечению (протоколов-вкладышей) в ЭМК.

3 этап – оценка адаптации разработанной программы по уходу (Удостоверение о рационализаторском предложении от 09.11.2023 г. №343).

Выполнение этапов сестринского процесса базируется на диагностике состояния пациента в понятиях врачебного* и сестринского диагнозов*.

Различие этих диагнозов, исходя из их определений, заключаются в разных подходах к патологическому процессу.

Врачебный диагноз формулируется в терминах врачебной компетенции:

- ✓ не изменяется (если нет врачебной ошибки);
- ✓ выявляет конкретное заболевание, сущность патологического процесса;
- ✓ в его основе патофизиологические и патологоанатомические изменения, нарушение функций органов и систем, их причины.

Сестринский диагноз формулируется в терминах сестринской компетенции:

✓ описывает внешнюю ответную реакцию пациента на возникший патологический процесс в организме (одышка как проявление воспаления легких, боль как следствие онкологической болезни);

✓ в основе лежит представление самого пациента о состоянии здоровья, ощущения и жалобы, т.е. нарушение удовлетворения основных человеческих потребностей как результат нарушения функций;

✓ динамичен, изменчив.

Эти различия важны не только для осознания сущности сестринского процесса в понимании врачей и МС, но и для разрешения обращений граждан по поводу расхождения врачебной и сестринской терминологии в беседах.

Уход за пациентом* (временный или постоянный) представляет собой научно обоснованный набор помощи в гигиене, осуществлении отдельных жизненно важных функций, способствующих поддержанию качества жизни и навыков самообслуживания у пациентов. Потребность в подобной помощи возрастает в связи с постарением населения к 2030 г. (доля лиц пенсионного возраста в Республике Беларусь превысит 30%) и ростом онкологической патологии в этом возрастном сегменте.

Для объективного разрешения обращений граждан по поводу расхождения врачебного и сестринского диагнозов, как на этапе сестринского процесса, врачи и МСОП обязаны пояснять различия этих понятий для людей.

Сестринский процесс состоит из 5 этапов

1 этап. Сестринское обследование, установление проблем и формулировка сестринского диагноза, подразделение проблем на существующие и потенциальные, определение системы приоритетов, как первичные и вторичные, важнее проблемы, могущие пагубно влиять на течение болезни, с учетом коморбидности.

2 этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие, врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

3 этап. Определение целей ухода и планирование, он должен включать оперативные и тактические цели по достижению определенных результатов на долгосрочный или краткосрочный период.

4 этап. Реализация планируемых действий, меры, которые принимает МС для обследования, лечения, реабилитации пациентов, профилактики осложнений.

Существует 3 категории сестринского вмешательства (ВОЗ). Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением.

Независимое вмешательство предусматривает действия Пвр и МСОП по собственной инициативе, без прямого требования врача (обучение гигиеническим навыкам, организация досуг).

Взаимозависимое вмешательство предусматривает совместную деятельность МС с врачом, с другими специалистами. При всех типах взаимодействия ответственность МС и Пвр исключительно велики.

5 этап. Оценка эффективности сестринского ухода базируется на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства МСОП. Критериями оценки сестринского ухода служат: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства и оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода.

Внедрением сестринского процесса является также исследование адекватности адаптации новых сестринских технологий к условиям ОЗ, обеспечение качества жизни до последних моментов жизни, проведение анализа и статистической обработки сестринской документации для оценки эффективности качества ухода.

Индивидуализированный план ухода за пациентом на дому направлен на создание комфортного существования больных лиц и инвалидов на участке ВОП и будет содержать:

✓ пакет многокомпонентных мероприятий по ведению случаев утраты индивидуальной жизнеспособности. Большинство планов ухода будут включать мероприятия по улучшению питания, и поощрять выполнение физических упражнений на основе АФК*;

✓ ведение ПалМП и лечение заболевания с учетом коморбидности, гериатрических (педиатрических) синдромов в зависимости от возраста больного. ВОЗ разработала клинические рекомендации в отношении большинства соответствующих хронических заболеваний, которые могут способствовать снижению индивидуальной жизнеспособности;

✓ содействие самообслуживанию и самопомощи;

✓ ведение любых хронических изменений здоровья на поздней стадии (паллиативная помощь, абилитация*) или поддержание достойного качества и приемлемого уровня жизни;

✓ социальная помощь и поддержка, включая модификацию окружающей пациента обстановки с целью компенсации возможной утраты функций;

✓ план по удовлетворению потребностей в социальной поддержке при содействии членов семьи, друзей, волонтеров, представителей служб, оказывающих помощь по месту жительства.

Исходя из направлений развития цифровизации в здравоохранении, следует отметить продолжающееся совершенствование материально-технического и информационного обеспечения труда специалистов в системе ПМП, являющееся компонентом интегрированной многоуровневой медицинской системы. Это является основанием для улучшения качества сестринского ухода за пациентами на дому, за счет разработки электронного приложения к планшету Пвр и МСОП при патронаже*.

Очевидные предпосылки для практической медицины (сестринский уход за пациентом на дому) в применении кластерных* подходов

➢ Наличие идеи оптимизации ухода за пациентом на дому.

➢ Наличие технологии сестринского ухода за пациентом на основе сестринского процесса.

➢ Спрос на удешевление медицинской помощи у части населения.

➢ Технологически простые действия МС.

➢ Ограниченность финансирования системы здравоохранения в целом.

➢ Степень традиционной кооперации с социальной поддержкой и фармацией

➢ Наличие двух свойств кластерных характеристик (фокусной сосредоточенности вокруг РНПЦ и учебных заведений и качественной, обусловленной взаимодействием поставщика и потребителя-пациента услуги по уходу).

Эффективность цифровизации на участке ВОП можно оценить последующим параметрам:

➢ сокращение времени оформления медицинской документации и периодической отчетности Пвр и МСОП;

➢ переориентация технологии манипуляций при уходе на дополнение технологией психологической поддержки пациента и семьи;

➢ повышение качества медицинского ухода за пациентом на участке ВОП за счет комплексного внедрения ЭМК, электронного рецепта и дистанционной поддержки при принятии клинических решений Пвр и МСОП;

➢ развитие тимбилдинга в коллективе ВОП, влияющего на качество сестринского ухода;

➢ обеспечение оперативного контроля показателей работы АПО на отдельном участке ВОП и в целом по ОЗ, экспертизы качества оказания медицинской помощи; ограничение трудоемкого процесса ведения документации Пвр и МСОП;

➢ повышение достоверности информации о показателях лечебно-диагностической работы и финансовой деятельности ОЗ.

Достоинствами предложенного инновационного проекта АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому» являются следующие:

✓ Вывод работы Пвр и МСОП на участке ВОП на качественно новый уровень, благодаря оптимизации документационного обеспечения (ЭМК) по наблюдению за пациентом при уходе на дому.

✓ Повышение эффективности работы медицинской и немедицинской служб согласно АСМ-модели ухода [45,101] и привлечению к конкретному взаимодействию со службой социальной помощи [135].

✓ Обеспечение лояльности МСОП и Пвр к потребностям пациента.

✓ Рост удовлетворенности пациента качеством и поддержкой при уходе за ним и при обучении семьи [30,33,42,82].

✓ Сокращение трудозатрат (экономия времени при документационном обеспечении ухода и при оценке его эффективности для анализа и отчетности).

✓ Оптимизация клинических решений по сиюминутным проблемам пациента согласно сестринскому процессу [91,142]. В перспективе – при осуществлении прогноза развития состояний пациента или при диспансеризации [83,94,139.].

✓ Использование автоматизированной системы назначений ВОП, рецептов, выписок из ЭМК.

✓ Увеличение продолжительности жизни пациентов за счет роста доступности и качества медицинского ухода благодаря ИКТ, на основе АСМ-модели ухода.

✓ Доступность к новой информации для ведения пациента с НИЗ и сиюминутными проблемами при уходе на дому.

✓ Способствует тимбилдингу* и улучшению эффективности коммуникации пациентов и медицинских работников.

Кроме прочего, достоинствами АСМ-модели обеспечения сестринского процесса с элементами упрощенного документирования АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому» очевидны для всех участников взаимодействия и общества в целом:

**для пациента* это оптимальная форма помощи в осуществлении его потребностей в области медицины, с фиксацией *частично компенсирующей формы*, применяемой к лицам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты ухода за собой, и консультативной (*обучающей*) при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам ухода по улучшению качества жизни пациента;

**для медицинского работника* – возможность последовательной работы с факторами риска пациента и абилитации* вместе с ним, основанной на партнерских отношениях и экономии времени за счет упрощенного документирования;

**для общественного здоровья* – возрастание уровня общественного здоровья за счет комплексных действий индивида и государственных систем и структур.

Алгоритм отвечает современным требованиям паллиативного лечения пациента, нуждающегося в паллиативном уходе, обеспечивает комплексность необходимых медицинских факторов воздействия, удовлетворяющих его потребность или лица, осуществляющего уход при различных состояниях. При этом МСОП/Пвр становится передовым звеном в цепочке оказания необходимого качества паллиативной помощи для населения участка ВОП.

Существующие особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от паллиативной помощи, ориентированной на пациента, состоят в партнерстве с пациентом; перво-

очередном внимании к его потребностям в области медицины; длительности личных отношений; всеобъемлющей непрерывной направленной на больного человека помощи, ответственности за доступность жителей участка ВОП на протяжении их жизненного пути (ВОЗ, 2008). К этому стараются стремиться медицинские работники АПО, чему способствует цифровизация в здравоохранении, привнесение новых элементов взаимодействия, алгоритмы работы МСОП/Пвр и пациента (лица, осуществляющего уход), оказывающие непосредственное влияние на качество паллиативной помощи населению.

Выводы. Современная профессиональная АСМ-модель ухода, интегрирующая достижения медицины и электронного здравоохранения, соответствует не только положениям Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы, но учитывает состояние материально-технического обеспечения, наличие функций владения электронными средствами связи у МСОП и Пвр и их готовность к обучению новым функциям [57,59,115].

АСМ-модель сестринского ухода содержит компоненты взаимодействия МСОП и пациента на основе знаний, доверия и уважения, знакомит общество с новой ролью и функциями ответственности Пвр и МСОП в системе здравоохранения [45,57].

Потенциал этой модели включает применение навыков компетентности на основе жизненного опыта человека, выявления МС ресурсов с помощью наблюдения, диалога, ощущений пациента и обсуждения; использования МСОП поощряющего поведения пациента информированием, фокусированием на силах, доступности, диалоге, признании чувств пациента. Сиюминутные потребности пациента учитывают при непрерывном наблюдении на основе сестринского процесса.

ВОЗ не исключает использования других моделей для организаций здравоохранения. Любая модель ухода за пациентом непостоянна, может изменяться, отражая актуальные концепции теории сестринского дела, потребности практической деятельности, технологическое оснащение труда МС и задачи сестринского ухода на определенном отрезке времени. АСМ-модель ухода за пациентами учитывает современный уровень технического, методологического и педагогического обеспечения работы МСОП и Пвр.

С учетом новых открытий в области медицины, психологии, этики предстоит осмысление деятельности Пвр и МСОП и обучение их применению современной адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода. За основу электронного приложения по документированию сестринского процесса приняты клинические протоколы по уходу при различных проблемах пациента согласно требованиям сестринского процесса и в рамках поддержки и укрепления инновационных практик в сестринском деле согласно Цели №2 кампании Международного Совета медицинских сестер «Сестринское дело сейчас».

Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке, помогают МС расставлять акценты в уходе, спланировать сестринское вмешательство, улучшающее качество жизни пациента, в проведении научных исследований.

Вопросы для самообразования

1. В чем краткое содержание моделей сестринского ухода по В. Хендерсон, Н. Роупер, В Логан, М. Аллен, А. Тайэрни?
2. В чем суть моделей сестринского ухода по К. Рой, Д. Орэм и каковы достоинства и недостатки моделей?
3. Каковы функции Пвр и МСОП при оказании медицинской помощи согласно АСМ-модели ухода за пациентами на дому?
4. Чем обусловлено развитие сестринской педагогики при общении с пациентом?
5. Какова особенность современной адаптационно-ситуативной модели ухода перед другими?

6. В чем состоят достоинства адаптационно-ситуативной модели ухода?

7. В чем вы видите трудности в осуществлении АСМ-модели ухода за пациентами на дому?

Домашнее задание

Просмотр мультимедиа-презентаций «Медицинская помощь и модели сестринского ухода в современных условиях», «О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника».

Глава 5. Состояние сестринских ошибок и их последствия. Практические действия по предупреждению

Лечение без вреда для пациента состоит в разработке способов преодоления препятствий, включая привлечение партнеров и фармацевтической промышленности для повышения осведомленности о безопасности лекарственных средств (ЛС), как это произошло в настоящее время на примере с Республикой Куба. Также это предоставление полномочий пациентам и опекунам для получения образования и участия в лечении, гарантированных Конституцией Республики Беларусь и ратифицированных Конвенцией о правах инвалидов (2015), принятой Генеральной ассамблеей Организации Объединенных Наций (2006).

Положения данной Конвенции направлены на обеспечение полного участия лиц с инвалидностью в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни общества, т.е., в социальной интеграции. Ее положения гарантируют ликвидацию дискриминации по признаку инвалидности, защиту инвалидов и осуществление ими всех прав человека и основных свобод, а также на создание эффективных превентивных механизмов обеспечения этих прав;

- в получении лекарственных средств (ЛС) согласно стандартному протоколу;
- в примирении лиц, осуществляющих уход, с ЛС через осознание несовершенства фармакокинетики в конкретном организме в силу коморбидности* на основе комплаенса* и норм права.

Обеспечение безопасности медицинской помощи сопряжено с проблемами современного периода в осуществлении медицинских вмешательств:

- не во всех ОЗ имеется приверженность к безопасности пациентов и улучшению качества медицинской помощи;
- существует недостаток ресурсов и широкого использования приоритета безопасности (ведение электронной медицинской карты пациента сопровождается дублированием на бумажном носителе, что у 37% анкетированных МС вызывает ошибки);
- система здравоохранения ориентирована на производительность и доступность медицинской помощи, а не на уменьшение рисков ошибок;
- имеющаяся культура безопасности в здравоохранении недостаточна (непогрешимость – стигматизация) [41];
- часть организаторов медицинской помощи недостаточно знакомы, либо отказываются осознавать проблемы небезопасной медицинской помощи в ОЗ;
- недостаточно учитывается проблема человеческого фактора в обеспечении безопасной медицинской помощи (7% МС связывают ошибки с малым опытом работы и ночными дежурствами, по данным Щербинина П.П., 2016)

NB! Более 1 млн. ошибок для получателей медицинской помощи (пациентов) обусловлено усталостью врача или МС, недостатком мануальных навыков, неудачным дизайном аппаратуры, усталостью от длительной вынужденной позы во время работы, несоблюдением санитарно-гигиенических требований, эргономики* и кинестетики*.

17 сентября 2019 г. на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюцией «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» (WHA 72.6) учрежден Всемирный день безопасности пациентов. Целями Дня являются улучшение глобального понимания безопасности пациентов; повышение вовлеченности общественности в безопасность здравоохранения; содействие глобальным действиям по профилактике и уменьшению предотвратимого вреда в медицине. Темой первого Всемирного дня безопасности (Лондон, 2016) была «Безопасность пациентов: глобальный приоритет здравоохранения».

В Республике Беларусь в 2019 г. была избрана тема: «Говорите ради безопасности пациентов!», привлекшая внимание общественности к безвредности использования технологий и медицинских устройств МС. В 2020 г. актуальной стала тема Дня «Медицинская помощь должна

быть безопасной для пациентов и медицинских работников», подтвержденная итогами пандемии COVID-19.

В 2022 г. тема Всемирного дня безопасности пациентов в Республике Беларусь обозначена как «Безопасное применение лекарственных препаратов» с избранным лозунгом «Лекарство без вреда», в 2023 г. действует тема: «Повышение роли пациентов в безопасном оказании медицинской помощи», а слоган: «Больше внимания мнению пациентов».

Справка. Согласно мировой статистике, уровень распространенности ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, имеющей неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, колеблется от 3% в Германии, в Канаде – 9,1%, в Австралии – 16,6%, в США – 15%, в России – 20,5% от общего числа случаев оказания медицинских услуг. От 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской помощи.

Состояние врачебных и сестринских ошибок в мире

Анализ литературы о состоянии врачебных и сестринских ошибок в мире свидетельствует о наличии проблемы на территории развитых и развивающихся государств. По медицинским данным в 2017 г. ущерб пациенту оценивается как 14-я ведущая причина болезней, сопоставимая с туберкулезом и малярией.

Материалы ВОЗ свидетельствуют о том, что каждый 10-й пациент в мире страдает от неблагоприятных последствий и медицинской небрежности. Доля вреда пациенту от медицинской помощи аналогична доле НИЗ.

Доля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и затраты на устранение их последствий в США выше 1 млрд $ в год. Предотвратимые побочные эффекты (из-за медицинских ошибок) в БО составляют 400 тыс. смертей в год (Джеймс, 2013), побочные эффекты вредят 4-8 млн. человек в год.

Стратегией обучения МС, МСОП и Пвр является повышение уровня знаний, влияющих на качество медицинской помощи путем непрерывного профессионального развития согласно концепции life- long learning (обучение на протяжении всей жизни).

Реализации программных положений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и рекомендаций ВОЗ способствует соответствующая организация работы медицинского персонала, поскольку одной из причин обращений населения по поводу качества медицинской помощи являются врачебные* и сестринские ошибки*.

Первым в истории медицины откровенный разговор об ошибках во врачебной деятельности начал Н.И. Пирогов, который ввел термин «врачебные ошибки». И.В. Давыдовский считал, что под врачебной ошибкой понимают «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, либо в результате атипичного течения заболевания или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности*, невнимательности и медицинского невежества», т.е. невиновные действия врача или МС [25,30,33].

Предпосылки для совершения ошибок МСОП при осуществлении ПалМП

- Проблемы взаимодействия между уровнями оказания медицинской помощи (АПО и БО, например, несвоевременность передачи назначений выписанного из БО пациента на участок ВОП);
- субъективные факторы (10% вследствие усталости персонала);
- неправильная организация работы персонала (превышение норм нагрузки);
- недостаток практического опыта (особое внимание к 1 году практической деятельности МС) и предупреждение синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) (разд.III гл. 10);
- игнорирование пожеланий пациента (отягощенный анамнез, наследственность);
- недооценка мнения коллег;
- неверное выполнение назначений, обусловленное, например, неразборчивым почерком врача или опечатками;

- недостаток информации, ненадлежащее оснащение, выполнение процедур, техник и методов;
- халатность* и некомпетентность*. Стереотип, тормозящий предотвращение ошибок МС – ее восприятие как проявления халатности, невежества, непрофессионализма, приводит к их утаиванию от коллег и пациентов, опасаясь негативной реакции от руководства [44].

Правовые аспекты раскрытия информации об ошибках при оказании медицинской помощи

Правовое регулирование оказания медицинской помощи считается одним из сложных в деятельности медицинского работника, а ошибки чреваты значительными издержками для пациентов, поэтому существует постоянно обновляемые НПА.

Справка. Создание Национальных регистров (государственного регистра «Сахарный диабет»; Белорусского канцер-регистра, наиболее полного в СНГ; государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий; республиканского регистра ВИЧ-инфицированных пациентов; республиканского регистра «Туберкулез», регистра «Тарифов на платные медицинские услуги») является примером комплексного подхода к снижению опасности медицинских вмешательств. Он позволяет осуществлять мониторинг и прогнозировать действия на уровне системы здравоохранения.

Автор Р. Рингельман считал врачебной ошибкой «нежелательные результаты в лечении больного, связанные с неведением или недомыслием врача по причине нехватки информации о пациенте и его болезни», т.е. в качестве основы он тяготеет к установлению виновности медиков.

Существует мнение (С.Г.Стеценко,2004) о том, что врачебная ошибка есть дефект «оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросовестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления». Этот автор в основу кладет факт добросовестного отношения к своим обязанностям медицинских работников, которых нет необходимости подозревать в наличии состава преступления.

В докладе Комиссии по качеству медицинской помощи Американского института медицины (2010): «Ошибаться – в природе человека: построение более безопасной системы здравоохранения» указано, что смертность пациентов в стационарах, обусловленная дефектами медицинской помощи, достигает 44-98 тыс. в год. Для таких стран, как Великобритания, Австралия, Канада и Дания установлены причины ухудшения здоровья у 10-16% госпитализированных пациентов. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации «Больницы для Европы» оценила, что в 2000 г. пострадал от предотвратимых осложнений лечения каждый десятый пациент европейских больниц, на что могла повлиять некомпетентность МС.

Единые стандарты требований к практическим навыкам Пвр и МСОП базируются на современном понимании компетентности* при оказании медицинской помощи, подход, принятый в образовании, ориентируют на конечный продукт деятельности – качество медицинской помощи пациентам.

Понятие компетентности используется как характеристика поведения медицинского работника, актуальный уровень владения взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, навыков, способов деятельности) по отношению к определенному кругу предметов, необходимых для продуктивной деятельности, позволяющих высказывать профессионально грамотное мнение. Таким образом, компетентность – это уровень образования и опыта ВОП, Пвр и МСОП, позволяющий успешно выполнять профессиональные обязанности.

Известны 5 ключевых компетенций специалиста, сформулированные Советом Европы и в России.

В трактовке Е.В. Харитоновой это следующие компетенции:

- политические и социальные качества, способности брать на себя ответственность;
- участие в принятии решений; ненасильственном регулировании конфликтов; препятствие расизму;
- владение устным и письменным общением, включая знание иностранного языка, возрастающее в связи с ростом медицинского туризма;
- овладение специалистов ИКТ; способностью критического отношения к рекламе в СМИ, желание учиться как основа непрерывной, профессиональной, подготовки (Харитонова Е.В.,2007).

Набор компетенций специалиста, предлагаемый другими авторами (И.А. Зимняя,2003; Берестова О.В., 2022) несколько шире. Он содержит общие компоненты, общенаучные и профессиональные составляющие. К общим компонентам автор относит социально-личностные, гуманитарные и коммуникативные качества: терпимость, приверженность к этике, способность к конструктивной критике, умение работать в команде. В понятие *общенаучных* компонентов вкладывают содержание базовых знаний в области гуманитарных, естественных и социально-экономических наук, компьютерные и лингвистические навыки, способность понимать и использовать новые знания. К *профессиональным* составляющим компетентности относят специализированные способности: организовать и спланировать работу, извлекать и анализировать информацию из разных источников, адаптироваться к новому, применять знания на практике, овладевать технологией работы с новыми медицинскими приборами с использованием симуляционного обучения и расширением диапазона функций МСОП и Пвр (прил.20).

Помимо этого, для современных медицинских работников важен навык социальной компетентности как владение приемами совместной деятельности, лидерство, инициативность, способность брать на себя ответственность и принимать решения, продуктивно взаимодействовать с представителями разных культур и религий (Белозерцев Е.П., 2004; Коно Э., 2018). Для понимания набора качеств личности МСОП, оказывающей медицинскую помощь в АПО, важны понятия коммуникабельности, готовности к общению, эффективная коммуникация с любым пациентом, самоуважение. Навыки профессиональной компетенции МС при осуществлении ПалМП сформулированы ниже (прил. 20).

Главный исполнительный директор МСМС Говард Кэттон в 2020 г. отметил: «…то, что сделала пандемия, также дало нам возможность призвать к перезагрузке и изучить новые модели ухода, в которых медицинские сестры находятся в центре наших систем здравоохранения». Этим дан старт к осмыслению имеющихся моделей ухода и возможному появлению новых предложений от сестринских сообществ в рамках кампании «Сестринское дело сегодня».

Справка. Частота возникновения ошибок на уровне ПМП, по данным ряда авторов, составляет от 5 до 80 на 100 тыс. посещений.

Наибольшее количество из них (26-78%) составляют ошибки диагностики, обусловленные атипичным течением заболеваний, техническим несовершенством медицинской аппаратуры или недостаточным опытом специалиста по трактовке ситуации в ходе постановки диагноза.

Другая группа неблагоприятных событий обусловлена выбором неадекватной тактики лечения, составляющей от 11 до 42% ошибок и являющейся причиной 10-20% судебных исков.

Важнейшими предпосылками возникновения врачебных и сестринских ошибок являются проблемы взаимодействия и координации между амбулаторно-поликлиническим и госпитальным этапом оказания медицинской помощи.

Причины врачебных (сестринских) ошибок:

1. Дефекты образования (психология делового взаимодействия) (по результатам анкетирования Щербинина П.П., 2016 – 21% МС в РФ признались, что предупреждению ошибок их

никто не учил ни на этапе базового, ни на этапе дополнительного образования, что исключено для МС в Республике Беларусь;

2. Низкая правовая и этическая культура врача (МС).

Для разграничения врачебной ошибки с несчастным случаем следует руководствоваться мнением академика Е.И. Чазова, разграничивающего ошибки по объективным и субъективным причинам. К *объективным* причинам ошибок он относит: недостаточность сведений в медицинской науке о сути и механизме патологического процесса, позднюю госпитализацию, тяжесть состояния больного, редкость некоторых заболеваний, болезни без выраженной симптоматики, отсутствие возможности проведения специальных исследований, невозможность получения консультации специалистов (в настоящее время расширение границ дистанционного консультирования, спровоцированное коронавирусной пандемией). В качестве *субъективных* причин он называет неполноту собранного анамнеза, недостаточную квалификацию врача или МС, неполное (запоздалое) обследование пациента, отсутствие данных специальных исследований при имеющихся способах их получения (цифровизация в здравоохранении), переоценку возможностей применения специальных методов исследования, абсолютизацию диагноза специалиста-консультанта и их отсутствие, когда они были необходимы и возможны.

Деятельность открытых при медицинских университетах Республики Беларусь профессорско-консультативных центров во многом способствовала улучшению качества и безопасности медицинской помощи, росту доверия населения к медицине.

Одна из причин врачебных (сестринских) ошибок состоит в значительной вариабельности современного течения болезни, отличного от «классического», обусловленного индивидуальностью каждого человека. Вследствие этого каждый пациент – новая нетипичная задача. Кроме того, все возрастает разрыв между кругом прикладных нозологических единиц, известных медикам, и числом существующих болезней. Ни один практикующий врач (МС) не может знать все болезни, существующие в области его компетенций, только постоянная учеба позволяет им избегать грубых ошибок, особенно в начале самостоятельной работы.

Блестящие врачи И.П. Павлов, С.П. Боткин, Н.Н. Бурденко не были застрахованы от ошибок. Осознавая несовершенство медицинской науки и сложность работы врача И.А. Кассирский, знаменитый педиатр, оценивал ее таким образом: «…ошибки – это неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, и единственно оптимальное в них то, что они помогают тому, чтобы их не было. Выявленные, признанные, они учат, как не ошибаться. Вот почему систематический анализ допущенных ошибок является необходимой предпосылкой для совершенствования медицинской помощи населению».

Исследования, посвященные изучению причин возникновения медицинских ошибок, указывают на их многофакторный и комплексный характер, обусловливающий сложность поиска источника ошибки (почти в 50% случаев причины опасной помощи обнаружить не удается).

В «Положении о медицинской небрежности», принятом в 1992 г. Военно-медицинской академией, утверждается, что проблемы врачебной ошибки не существует, а есть лишь медицинская небрежность.

Жалобы со стороны пациентов, почти всегда, вызваны подменой понятия «право на охрану здоровья», «правом на гарантию здоровья», чего в принципе не может быть. Чрезмерное освещение проблем медицины в СМИ может порождать потенциальное недоверие к здравоохранению у населения. Считается, что на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи от 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми.

Одним из обязательных условий для внедрения культуры безопасности при оказании медицинской помощи является отсутствие вины врача (МС, Пвр), а также совершенствование состояния науки в области новых технологий для обеспечения безопасности матери и ребенка, как это отмечалось на Всемирном дне безопасности пациента в Республике Беларусь в 2021 г. [41].

1. Примеры побочных эффектов / ошибок, связанных с небезопасностью медицинской помощи (ВОЗ,2017)

Побочные эффекты / ошибки, связанные с небезопасной медицинской помощью, обусловленной усталостью Пвр или МС, недостатком мануальных навыков, неудачным дизайном аппаратуры. Стратегия ВОЗ состоит в необходимости обязательной учебы, возможностях использования новых технологий в общей врачебной практике, инструктаже МС и Пвр перед началом эксплуатации медицинской аппаратуры, осуществлении эпидемиологического надзора.

2. Небезопасные лекарства / лечение

Справка. Осложнения лекарственного лечения в мире имеют 15-30% пациентов. В форме первичной реакции это осложнение токсическим действием, в том числе на плод, побочными реакциями в пределах терапевтической дозы, нежелательными эффектами со стороны систем органов в силу коморбидности, канцерогенным действием.

Вторичные осложнения медикаментозного лечения бывают в виде зависимости, толерантности, кумуляции и аллергических реакций [4,10,91,94]. Аллергические реакции в Германии наблюдают у 5% больных, в Англии – у 4%-15% пациентов БО, из которых 3% погибли (2000). В США в 1996-2001 гг. этот показатель был в пределах 5-12%, в 2018 г. возрос на 1%.

Известные причины осложнений от лекарственного лечения состоят в росте медикализации общества и самолечения, полипрагмазия и недостаточная информированность врачей о побочных действиях лекарственных средств. ВОЗ еще в 2006 г. названы причины роста побочного действиях лекарств: вследствие сокращения сроков экспертной оценки и ускоренном процессе регистрации новых медикаментов, агрессивной рекламы производителей, стимулирующей самолечение, роста генерических лекарственных средств, биологических активных добавок и фальсификатов (Т. Гринхальх, 2019). Например, в Российской Федерации за 2005-2011 гг. число изъятия медицинских препаратов с фальсифицированными зарубежными упаковками снизилось с 35% до 13%. В Республике Беларусь оперативно утверждаются приказы, как, например, «Инструкция о порядке выписывания рецепта врачом и создании электронных рецептов врачу» от 18.09.2023 №139 и др. [4,10,91,94].

Стратегия ВОЗ в решении проблемы медикаментозного лечения:

- минимизировать хранение / приготовление концентратов в клинических единицах;
- поощрять применение готовых к использованию медикаментозных средств;
- стандартизировать протокол осуществления процедуры, если концентрированные ЛС должны использоваться в стационарах дневного пребывания АПО. Контроль получения, учета, хранения и утилизации наркотических ЛС и сильнодействующих веществ подробно описан ранее в действиях главной (старшей) МС [49].

Профилактикой осложнений медикаментозного лечения могут служить

✓ соблюдение правил хранения ЛС в недоступном месте, использование медикаментов с этикетками, не использование лекарств с истекшим сроком годности, входящих в обязанности старших МС (Пвр в команде ВОП).

✓ обучение ВОП, Пвр и МСОП фармакокинетике и вниманию к опасностям медикаментозного лечения, осмысленности и строгому выбору показаний, нарушение которых может вести к осложнениям [49]. При неоправданном выборе медикамента наблюдают 13,1% случаев осложнений, непереносимость – в 66,7% случаев, при одновременном приеме двух и более ЛС имеют место осложнения у 2,2% пациентов, а применение двух и более препаратов из разных групп без учета их взаимодействия – в 15,3% случаев. Особого внимания требует дозировка ЛС у пациентов престарелого возраста.

✓ действующее постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь» [91] направлено на предупреждение фатальных осложнений для пациента в ходе медицинского вмешательства. Оно находится на постоянном контроле администрации ОЗ, от ВОП до главного врача в масштабах всей системы здравоохранения.

✓ типичные ошибки в работе Пвр и МСОП по протоколам сестринского ухода (прил. 1-3, протокол 8, прил.11; протокол 9, прил.12; протокол 12, прил.15) касаются недооценки состояния пациента, неполной регистрации выделений и риска передозировки ЛС без учета коморбидности.

✓ профилактикой осложнений при нарушении питания является обеспечение правильной диеты пациенту (протокол 5, прил. 8,9; протокол 10, прил.13);

3. Травмы, вызванные медицинскими приборами, побочные эффекты / повреждения медицинских устройств

Различают устройства: простые или сложные, которые используются совместно с другими препаратами и с наркотическими веществами (НВ). Классифицирование побочных лекарственных эффектов происходит вследствие ошибок, связанных с производителем (неверная доза, название); ошибками пользователя (усталость персонала, занятость, неполное обучение); ошибками в применении или дизайне (недостатки конструкции медицинской аппаратуры).

4. Хирургические и анестезиологические ошибки (неправильное место, орган, анестезия)

Расширение полномочий Пвр и МСОП в ассистировании ВОП при осуществлении малых хирургических операций согласно разделу ЭМК пациента «Оперативные вмешательства» может способствовать тому, что теряется бдительность в обеспечении хирургической и инфекционной безопасности.

Программа ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов стремится к тому, чтобы результаты опыта работы в США по ликвидации инфекций кровотока, ассоциированных с центральным катетером, были достигнуты и в других ОЗ, что может изменить жизнь десятков тысяч пациентов в мире. Сестринский процесс при уходе на дому обеспечивается МС с навыками работы по хирургии, например, при уходе за стомой у пациента (прил.14, протокол 11). В данном примере навыки предупреждения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) у МС становятся барьером для осложнений лечения на дому, требует консультации хирурга.

Справка. 7 млн. хирургических осложнений в мире привело к 1 млн. смертей /год. Неблагоприятные события при лечении в странах с ограниченными ресурсами могут достигать 50%. При оказании медицинской помощи предотвратимо до 74% ошибок.

Типичные ошибки в работе Пвр и МСОП по протоколам сестринского ухода за стомой (протоколы 4, 6, прил.7; протокол 11, прил.14) касаются недостаточных хирургических навыков МСОП и Пвр, рисков возникновения ИСМП и нарушений в ходе осуществления преаналитического этапа лабораторных исследований [45].

5. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи

Типичными рисками в работе Пвр и МСОП по протоколам сестринского ухода является возникновение ИСМП от некачественной обработки рук МС (рис. на обложке). Примером предотвратимого нежелательного события является соблюдение правил гигиены рук медицинского персонала, что на 55% снижает распространенность ИСМП, а также не использование средств индивидуальной защиты (СИЗ). Известно, что 9% МС нарушают асептику при осуществлении медицинских манипуляций в России, по материалам исследования (Щербинина, П.П., 2016).

Осуществление медицинских манипуляций МС проводится в одной из разновидностей СИЗ – санитарной одежде – на основании п. 1 и подп. 2.12 Инструкции [89].

Требования к использованию СИЗ [136], в т.ч. специальной одежды при осуществлении забора крови у донора, изложены: в гл. 2 [122]; прил. 2 к специфическим санитарно-эпидемиологическим требованиям [94]; инструкции 11 [89]; п. 15 [29].

Согласно этим нормативным документам, медицинские работники ОЗ, в т.ч. МС операционные, при осуществлении венепункции с целью забора крови из вены донора должны использовать нестерильные медицинские перчатки.

Исключением является проведение процедуры заготовки аутологичной крови и ее компонентов, при которой согласно п. 15 [29] используются стерильные медицинские перчатки.

Обеспечение медработников СИЗ (спецодеждой, обувью, организовывать надлежащее хранение и уход за ними) является обязанностью работодателя согласно ст.17 Закона об охране труда и гл. 6 [122]. Минимальные нормы обеспечения МС СИЗ определены в п.31 Типовых отраслевых норм от 1 сентября 2008 г.№129.

Справка. В среднем до 25% пациентов ОИТР в мире получают осложнения в виде ИСМП.

В развивающихся странах осложнения (ИСМП) возникают более чем у 40% пациентов, в развитых – до 5-15% поступивших больных.

Для препятствия антибактериальной резистентности используют стратегию ВОЗ: обязательное соблюдение 5 этапов обработки рук персонала с видеоконтролем этой методики и обучение средних медицинских работников и врачей.

В области профилактики ИСМП имеется существенная нормативная база, издано учебно-методическое пособие [49] для правильной организации профилактики подобных ошибок. В качестве составной части повышения безопасности медицинской помощи, ВОЗ разработано Руководство по гигиене рук в медико-санитарной помощи, набор дополнительных методик по их осуществлению (в интернете полезные электронные ресурсы по гигиене). Предложена международная награда за заслуги в области обеспечения безопасности пациентов, которая будет стимулировать изменения и улучшения.

Влияют на профилактику нежелательных событий также нарушение прав пациента, последовательности и порядка (алгоритма) оказания медицинской помощи, проведения эпидемиологических мероприятий, осмотров и освидетельствований, ослабление контроля качества осуществления технологий Пвр и МСОП со стороны Центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

Справка. В мире ежегодно осуществляют до 16 млрд. инъекций, что может обусловить до 33% новых заражений вирусом гепатита В (HBV), до 42% вирусом гепатита С (HCV) и 2% случаев заражения ВИЧ. Небезопасные инъекции способствуют 1,3 млн. смертей / год. В мире до 40% инъекций медикаментов, вводимых через шприц и иглу, а в отдельных странах – до 70%, осуществляют повторно без стерилизации. В Российской Федерации в 2016 г. 30% МС в анонимном анкетировании признались в неверном проведении техники инъекций (Щербинин П.П., 2016), что свидетельствует о большем времени для закрепления навыков симуляционного обучения [35,123,145], либо недостаточном техническом обеспечении в колледже.

Типичные ошибки в работе Пвр и МСОП по протоколам сестринского ухода при нарушении личной гигиены и самоухода проявляются (протокол 7 прил.10; протокол 10, прил.13) касаются учета МСОП и Пвр возможностей пациента согласно принципа «Не ВМЕСТО, а ВМЕСТЕ!».

К типичным ошибкам в уходе следует отнести три ситуации: с приданием определенного положения тела пациента, с образованием пролежней и борьбе с болью.

Клинические аспекты ухода за пациентом и профилактика ошибок

Современное понимание компетентности медицинской сестры при паллиативном уходе

«Главное, что должно быть в образовании и о чем часто забывают – это не «багаж» знаний, а умение владеть этим багажом» – считает А. Несмеянов. Компетентностный подход, принятый в образовании, ориентирует на качество конечного продукта деятельности – качество паллиативного ухода за пациентом.

В Глоссарии терминов Европейского фонда образования отмечается, что компетентность* – это способность успешно выполнять профессиональные обязанности и особые трудовые функции (прил. 20).

В настоящее время используется понятие компетентности, как характеристика поведения, актуальный уровень владения взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, навыков, способов деятельности) по отношению к определенному кругу предметов, необходимых для продуктивной деятельности, позволяющей высказывать профессионально грамотное суждение, мнение.

Детализированная помощь подробно описана ранее [104,135], поэтому остановимся на ошибках в ходе придания больному человеку дренажного положения.

В зависимости от картины болезни, существуют различные способы укладывания тяжелобольного в постели. Частые его смены положения пациента в постели позволяют предотвратить грозные осложнения (пролежни, гипотрофию мышц, камни в почках, сдавление тканей, контрактуру суставов, растяжение связок, тромбофлебит).

При уходе за малоподвижными тяжелобольными чаще применяются следующие способы укладывания в постели.

1. Положение на спине с низким изголовьем.
2. Положение на боку.
3. Положение на животе.
4. Положение Симса (промежуточное между положением лежа на боку и лежа на животе).
5. Положение Фаулера (полулежа и полусидя) с приподнятым под углом 45-60-90° изголовьем кровати.
6. Положение с высоко поднятыми ногами (высокое положение ног).

МС должна объяснить пациенту смысл, значение, необходимость перемещения и получить его согласие. Затем обсудить с ним план совместных действий, а если необходимо, то привлечь к смене положения больного его близких.

Укладывание на спине

Голова, шея, плечи больного размещаются на низкой подушке.

Под плечо, предплечье и кисть каждой руки, под бедра укладываются подушка или валик. Под поясницу укладывается небольшая подушка (или резиновый подкладной круг в чехле). Ноги нужно немножко развести, чтобы исключить с давление в области коленных и голеностопных суставов. Под пятки укладываются ватно-марлевые круги.

Укладывание на боку под углом 30°

Укладывание под углом 30° является наиболее оптимальным для большинства пациентов с ограничениями в движении, так как предотвращает появление пролежней и удобно для него.

Подопечного за плечи и поясницу поворачивают набок. К его спине прикладывают специальную подушку (между плечами и поясницей), на которую больного вновь укладывают таким образом, чтобы угол между его спиной и поверхностью кровати образовал 30°. Пациента укладывают на правый бок, поэтому на его левое плечо мягко надавливают и поворачивают ладонью.

Важно. МС следует обратить внимание на то, чтобы:

- ✓ опасная зона затылка лежала свободно;
- ✓ левая ушная раковина лежала свободно, под правое ухо можно положить поролоновое кольцо для защиты от давления;
- ✓ левое плечо свободно, шейные позвонки свободны;
- ✓ левый локоть свободен, под правый локоть можно положить что-то мягкое;
- ✓ колени не должны лежать друг на друге (можно положить между ними маленькую, подушку);
- ✓ пятки находятся свободно, под голени кладется плоская подушка;
- ✓ щиколотки не лежат одна на другой;
- ✓ в ножной части кровати кладется подушка для эластичного сопротивления;
- ✓ по желанию пациента колени приподнимаются при помощи валика на короткое время (максимально на 30 мин.).

Укладывание на живот

Голова, шея и плечи пациента размещаются на низкой подушке, но голова при этом повернута в сторону. Руки согнуты в локтевых суставах, лежат рядом с головой на подушке ладонями вниз. Под живот больного укладывается небольшая подушка чуть ниже диафрагмы; под его колени - ватно-марлевые круги, а под голени и стопы – подушки.

Укладывание в положении Симса

Это промежуточное между положением лежа на боку и лежа на животе. Голова, шея и плечи больного человека расположены на низкой подушке, голова повернута в сторону. Верхняя рука согнута в локтевом суставе и лежит рядом с лицом на подушке; нижняя лежит на постели вдоль туловища. Под верхней ногой, согнутой в коленном и бедренном суставах, лежит подушка; нижняя нога разогнута и фиксируется краем той же подушки. Под стопы для упора под углом 90° размещается подставка. Для фиксации заданного положения со стороны спины и живота укладываются подушки или валики из одеял.

Укладывание в положении Фаулера

Это полулежащее и (или) полусидящее положение тяжелобольного с приподнятым под углом 45-60-90° изголовьем кровати. Тело пациента должно быть согнуто в области бедер, а не в верхней части туловища. Изголовье кровати приподнято на 45-60-90° настолько, насколько это необходимо и удобно подопечному. Голова, шея и плечи больного на низкой подушке. Подушка или валик под предплечье и кисть каждой руки. Подушка под поясницу и ягодицы (седалищные бугры). Подушки или валики под голени, ноги развести немного в коленных и тазобедренных суставах. Колени в случае необходимости также поддерживаются валиком. Ватно-марлевые круги под пятки. Подставка для упора под стопы.

Укладывание в положении с высоко поднятыми ногами

Ноги пациента от середины бедра до пят могут быть высоко подняты, что необходимо для профилактики тромбозов.

Подколенные впадины не должны быть прижаты, такое положение не может быть продолжительным, поскольку давление на область крестца значительно. Рекомендуется подложить подушку под таз для защиты крестца.

Если больной человек находится в положении сидя, то подъем ног доложен быть от середины бедра (примерно на ширину ладони от колена), а не от коленного сгиба.

Уложив человека в одно из перечисленных положений, МС обязана убедиться, в его удовлетворительном самочувствии. Смена положения пациента должна осуществляться каждые 2 часа. В тяжелых случаях следует осуществлять смену положения также ночью с периодичностью в 2, 3, 4 часа.

Борьба с образованием пролежней

Основным правилом ухода за кожей является соблюдение ее чистоты, атрофические изменения кожи вызывают неадекватную реакции температурные, химические, механические раздражители. Таким пациентам достаточно одного купания в неделю с использованием мыла с высоким содержанием жиров, регулярного проведения растирания и массажа. Сухие участки кожи целесообразно смазывать жирным кремом, мягким лосьоном, которые нельзя сильно втирать. Перед подстриганием ногтей пациента для их смягчения полезно делать припарки, применяя касторовое масло, своевременно удаляя мозоли.

Особого внимания требуют такие участки тела как складки между ягодицами, в паху, под мышками, под грудью у женщин, между пальцами на руках и ногах, пупке, либо подвергаются давлению (пятки, локти, ягодицы, затылок). Кожа пациента, за чистотой которой не следили, требует осторожного обращения, может быть воспалена, давая о себе знать язвами (рис. 8).

Симптомы, свидетельствующие о риске развития пролежней

1-я степень риска: кожа слегка краснеет, но покраснение исчезает, если часть тела не находится под давлением;

2-я степень риска: кожа отекает, образуются пузыри.

Если эти симптомы не замечаются, могут возникнуть болезненные глубокие раны, которые с трудом поддающиеся лечению. Для оценки риска развития пролежней используют шкалу подсчета баллов по шкале Нортон, состоящую из 5 критериев (таблица 5.1).

Таблица 5.1

Шкала Нортон для оценки риска развития пролежней

Характеристика критерия	**Балл**
Физическое состояние	
Хорошее	4
Удовлетворительное	3
Плохое	2
Очень плохое	1
Психическое состояние	
Активен	4
Апатичен	3
Спутанность сознания	2
Ступор	1
Активность	
Ходячий	4
Ходит с помощью	3
Сидячий	2
Лежачий	1
Подвижность	
Полная	4
Несколько ограничено	3
Очень ограничена	2
Неподвижен	1
Недержание	
Нет	4
Иногда	3
Обычно мочи	2
Мочи и кала	1

Итог: если сумма баллов 14 или менее – риск возникновение пролежней реален.

Уход МС за телом и кожей пациента для профилактики пролежней включает

- Регулярный осмотр кожи (при одевании и раздевании, помывке, гимнастике)
- Тщательное обмывание и обработка кожи с кремом, особенно в складках
- Марлевые или матерчатые подкладки под уязвимые кожные складки
- Сухое бельё и частая смена постельных принадлежностей.

Вспомогательные средства профилактики пролежней: мех и его кусочки; специальные матрасы, подстилки; подушки.

Общая профилактика пролежней при уходе МС

- Чаще меняйте положение пациента, по возможности – каждые 2 часа, создавайте удобное положение конечностей при поворотах. Можно воспользоваться будильником или нарисованным циферблатом часов, выделив каждые 2 часа.

- Подыщите такое положение для больного человека, чтобы на каждую часть тела оказывалось минимальное давление, для чего используют кровати с надувными матрацами, поролоновые валики для рук и ног, при их отсутствии пользуются обычными подушками. Создайте положение, как в кресле. Возьмите 4 подушки, положите одну у головного конца – плоско, вторую под углом в 45° на первую; две остальные – по бокам под руки. Пользуйтесь дополнительными маленькими подушками под кисти рук и стопы. Используйте шкурки овечьего меха.
- Никогда не пользуйтесь резиновыми кругами и подкладками: они приводят к большей травме вокруг области давления и способствуют распространению пролежней. При каждой смене положения проверяйте состояние кожи пациента в области давления. Следите за соблюдением личной гигиены, постельным бельем, которое должно быть чистым, сухим, без складок и крошек.
- Следите за регулярным опорожнением кишечника. Предупреждайте и лечите недержание мочи и кала.
- Не допускайте несбалансированного питания пациента, оказывайте помощь пациенту в приеме пищи. Риск возникновения пролежня повышают дефицит белка, дисбаланс азота, серы, фосфора и кальция, витаминов группы В и С.
- Проводите профилактику и лечение анемии, т.к. низкий уровень гемоглобина способствует возникновению ишемии тканей.
- Развивайте у пациентов навыки самопомощи. Обучайте *родственников правилам ухода* за больным человеком.

Пролежни. Стадии

Стадия I. Четко ограниченное покраснение неповрежденной кожи, не исчезающее после прекращения давления. У пациентов с темным цветом кожи, не позволяющим определить изменение ее окраски, можно проводить оценку по повышению температуры, возникновению уплотнения или отека. Покраснение исчезает через несколько часов или дней после прекращения давления в зависимости от степени нарушения кровообращения (рис. 8).

Стадия II. Частичное поражение эпидермиса до дермы. Характеризуется поверхностной язвой, проявляемой клинически в форме ссадины, пузыря или неглубокого кратера.

Стадия III. Повреждение всех слоев кожи (эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки), достигающее лежащей под кожей фасции, не затрагивая ее, проявляется как глубокая открытая язва с обнажением подлежащих тканей или без него.

Стадия IV. Поражение кожи на всю толщину с обширным некрозом тканей, повреждением мышц, сухожилий, костей, часто с образованием карманов (рис.6).

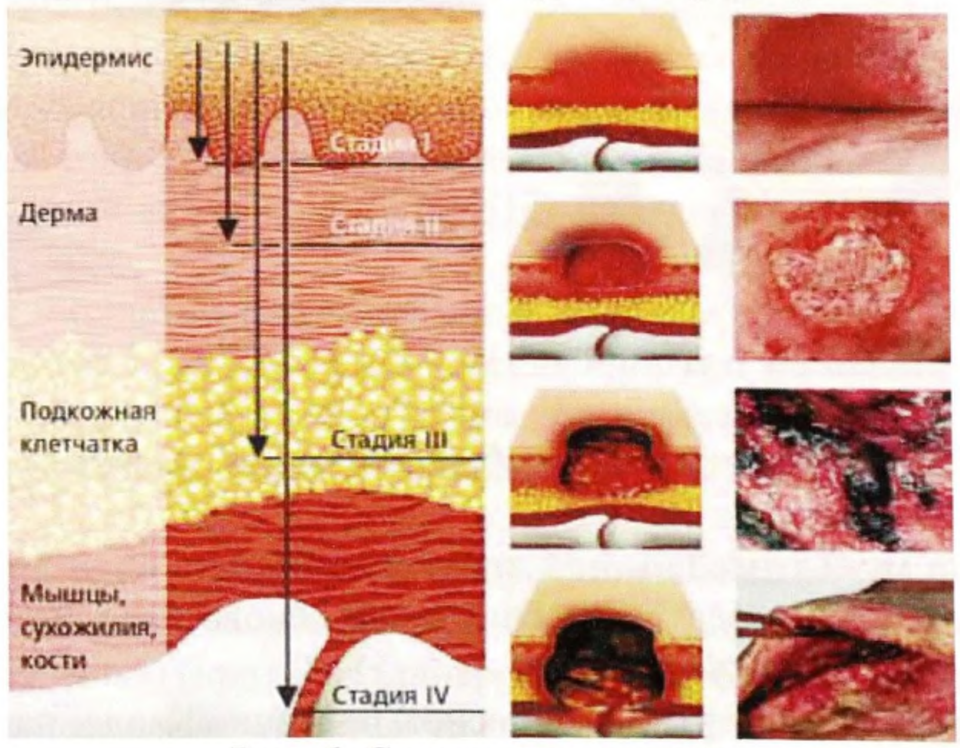


Рис. 6. Стадии пролежней

Эти участки воспаляются и приобретают неприятный запах. Пораженные участки кожи нужно вымыть, высушить, применить местные препараты (кремы, примочки.). Даже очень маленькими участками, например, на пальцах рук, не следует пренебрегать, а осуществлять уход с особой тщательностью. Энергичные усилия отмыть коросту, участки, на которых кожа высохла или на которых выступил экссудат, наверняка причинят пациенту боль, такие места лучше сначала обработать теплым маслом (арахисовым или оливковым), и тогда грязь постепенно отойдет сама. В случае необходимости можно использовать немного лечебного крема или крема для детей, чтобы уберечь кожу от действия воды и жидких выделений. Крем следует наносить тонким слоем на предварительно очищенную, вымытую и насухо вытертую кожу. Перед нанесением новой порции крема старый его слой необходимо удалить. Нельзя одновременно с применением кремов использовать тальк, так как это сушит кожу и засоряет её поры. Для ухода за гениталиями лучше иметь специальную мягкую тряпочку и полотенце.

Типичные ошибки в работе Пвр и МСОП по протоколам сестринского ухода за стомой (протоколы 4, 6, прил.7; протокол 11, прил.14) обусловлены недостаточным владением хирургическими навыками, рисками возникновения ИСМП.

Стратегия ВОЗ состоит в обучении всех МС технологии предотвращения травм на симуляторах, применении новых поколений безопасной аппаратуры для инъекций, уменьшении чрезмерного использования инъекций, отработкой на симуляторах технологий кинестетики* по безопасному для пациента и здоровью позвоночника МС (Пвр) [74,94,107,123,138,142,145].

Руководство ВОЗ по инструментам гигиены обращает внимание на важность гигиены рук всего медицинского персонала (рис. 7). Усовершенствованная гигиена рук может снизить ИСМП через мультимодальные стратегии внедрения, что может воспрепятствовать распространению антимикробной резистентности.

Медицинские работники соблюдают гигиену рук
путем стандартизации 5 этапов обработки рук

1) перед контактом с пациентом
2) перед чистой асептической процедурой
3) после ситуации, связанной с риском контакта с биологическими жидкостями.



Рис. 7. Поверхности рук, не обрабатываемые должным образом

Пять компонентов мультимодальной стратегии ВОЗ по улучшению гигиены рук

1) изменение системы – средство на спиртовой основе для гигиенической антисептики рук в месте оказания медицинской помощи;

2) изменение системы – доступ к безопасной проточной воде, наличие мыла, дезинфектантов и полотенец;

3) подготовка и обучение;
4) оценка и обратная связь;
5) памятка на рабочем месте;
6) обеспечение безопасных условий труда врачей и МС на уровне общественного здравоохранения [74,142].

Борьба с болью

Третьей по частоте ошибкой является несовершенство обезболивания как важнейшего компонента качества жизни онкологического больного, особенно на этапе паллиативного ухода. С философией оказания ПалМП пациентам с хроническим болевым синдромом* (ХБС) на дому или в хосписах необходимо знакомство всех медицинских работников.

Марго мак Кефри, эксперт международного общества по изучению боли, дает следующее определение боли – это тягостное ощущение, отражающее психофизиологическое состояние человека, которое возникает под влиянием сверхсильных или разрушительных раздражителей. Боль – это все, что, по словам пациента, ранит его. Оценка боли в баллах (табл. 5.2).

Боль является одним из основных симптомов, причиняющих пациенту страдания при злокачественных новообразованиях. Несмотря на успехи, достигнутые в лечении опухолей, по прогнозам экспертов ВОЗ в ближайшем будущем заболеваемость и смертность от рака будут увеличиваться, соответственно будет расти число пациентов с ХБС, обусловленным опухолевым процессом. В Республике Беларусь в 2015 г. вновь зарегистрировано около 48 тыс. онкологических заболеваний, но эта статистика возрастает [113]

Чувство боли – всегда субъективное ощущение, ее испытывают 75-95% больных людей в ходе ПалМП, при этом до 40% испытывают сильную боль. Болевое ощущение всегда травмирующий фактор, интенсивность которого зависит от психологического состояния и настроя пациента, высоты так называемого порога боли (состояние, когда больной начинает остро чувствовать боль). При общении с пациентом МСОП должна быть внимательной к языку тела, который дает 55% информации, голос дает понимание 38% сведений о состоянии пациента, слова выражают не более 7% сути происходящего с ним.

Болевой порог неодинаков у разных людей, он повышается во время отдыха и сна, при дружеском общении, при внимательном отношении окружающих, особенно МСОП, осуществляющих уход (прил.1,2). ЛС, в первую очередь антидепрессанты и транквилизаторы, также повышают порог боли.

Чувство тревоги, гнев, бессонница, депрессия могут усиливать болевое ощущение пациента. На интенсивность боли влияют соматические факторы: выраженные симптомы интоксикации, побочные действия некоторых ЛС, сопутствующие заболевания (например, полиартрит). У пациента может быть несколько очагов боли. В связи с этим, для обозначения боли, испытываемой пациентом, используется термин «суммарная (тотальная) боль». Возможные составляющие суммарной боли: боль, вызванная опухолью; боли в костях; боли при сдавлении нервов и спинного мозга; боли во внутренних органах; спастические боли; боли при запорах; мио-фасциальные боли; боли как побочный эффект противоопухолевого лечения; боли при сопутствующих заболеваниях.

По чувствительности к опиатам (морфину и его аналогам), которые являются основными препаратами, применяемыми при ХБС, боли классифицируют на чувствительные к опиатам, частично чувствительные (костные боли) и нечувствительные (боли при повреждении периферических нервов, спастические боли). Интенсивность боли принято оценивать в баллах от 1 до 10.

МСОП следует научить пациента различать виды боли и отмечать ее интенсивность по следующей шкале: 0 – нет боли; 1-3 – слабая боль; 4-6 – умеренная боль; 7-9 – сильная боль; 10 – сильнейшая боль (нестерпимая) (прил.2). Одновременно необходимо отмечать, что облегчает боль, что делает ее сильнее, как изменяется ее интенсивность в течение суток. Желательно вести карту боли, этим занимается МС (прил.1,2). Особенно важно ведение такой карты для

пациентов с выраженным болевым синдромом, а также для больных, находящихся дома. Сведения, занесенные в карту боли, помогают при подборе методов и определении времени обезболивания, а также при оценке изменения интенсивности боли после обезболивающей терапии. В борьбе с болью следует использовать все возможные средства и способы, ориентироваться в случае передозировки (прил.1,2).

Социальная значимость боли велика. Так, эксперты ВОЗ считают, что 90% всех заболеваний связано с болью, это наиболее частая причина обращения к врачу, она является наиболее распространенным признаком многих заболеваний. Пациенты с ХБС в пять раз чаще обращаются за медицинской помощью, более 40% таких людей, указывают на то, что боль серьезно снижает качество их жизни, по сравнению с остальными людьми в популяции

Основные принципы обезболивания ХБС при онкологических заболеваниях (ВОЗ, 1986)

- Ступенчатый подбор анальгетиков «по восходящей», предусматривает прием препарата, но и его замену.
- Индивидуальный подбор доз анальгетиков «по нарастающей» осуществляется подбором анальгетика и его дозы для эффективного обезболивания, до следующего приема дозы. У одного и того же пациента эффективная доза и/или препарат может стать неэффективной из-за прогрессирования основного заболевания, нарушения всасывания, развития толерантности.
- Прием «по часам», означает прием препарата регулярно по времени до возникновения боли, а не по необходимости, не «по требованию больного». Это связано с необходимостью применения больших доз лекарственных средств и имеет отрицательное психологическое воздействие на пациента.
- «Оптимальный способ введения» учитывает, что лекарства должны вводиться наиболее эффективным способом, предпочтительней через рот, в виде пластырей, из парентеральных путей – подкожный, в редких случаях для быстрой стабилизации боли – внутривенный. Внутримышечный способ не приемлем для постоянного обезболивания.

Назначение лечения ХБС по шкале обезболивания, рекомендованной ВОЗ (1986), осуществляет Пвр или МСОП после записи ВОП:

- 1-я ступень «лестницы ВОЗ» (1-3 балла по шкале ВАШ – слабая боль) – назначение нестероидных противовоспалительных средств (далее – неспецифические противовоспалительные средства НПВС);
- 2-я ступень «лестницы ВОЗ» (4-7 балла по шкале ВАШ – умеренная боль) – назначение «слабых» опиоидных анальгетиков, к которым относится трамадол (таблетки 50 мг, капсулы 50 мг, р-р для инъекций 50 мг/мл – 1 мл) и кодеин;
- 3-я ступень «лестницы ВОЗ» (8-10 баллов по ВАШ – сильная боль) – пациенту назначаются сильные опиоидные анальгетики.
- Оценка эффективности устранения боли (хронической онкологической боли) (ХОБ) и хронической не онкологической боли (ХНОБ), которая осуществляется врачом в течение 24 час. ВОП при ХНОБ обязан провести коррекцию схемы лечения на 3-и, 7-ые сутки, затем не реже 1 раза в неделю; при ХОБ ВОП обязан провести коррекцию схемы лечения не реже 1 раза в неделю, при необходимости – чаще.

В настоящее время к ранее известным способам, добавились новые принципы:

- Широкое назначение не инвазивных форм лекарственных препаратов (пластырей).
- Использование ко-анальгетиков на каждом этапе лечения.
- Введение препаратов морфия до адекватного обезболивания.
- Выбор анальгетика вне зависимости от ожидаемой продолжительности жизни пациента.
- Предупреждение и, в случае возникновения, адекватное лечение побочных эффектов анальгетиков.

При уходе за пациентом с ХБС в рамках ПалМП МСОП (Пвр) должны руководствоваться *особенностями* обезболивания:

- ✓ при просьбе пациента об обезболивании действовать быстро, проявляя сочувствие и ободряя больного;
- ✓ разъяснять и напоминать пациенту и лицам, помогающим ухаживать за ним, схему приема медикаментозных средств и возможные побочные действия препаратов;
- ✓ принимать меры по предотвращению наиболее часто встречающихся осложнений и побочного действия препаратов. Прием опиатов часто вызывает запор, поэтому необходимы рекомендации по приему достаточного количества жидкости, питанию, максимально возможной подвижности;
- ✓ стараться уловить все изменения в самочувствии и настроении пациента, особенно отстраненность, тревогу, молчаливость, раздражение, невербальные признаки боли (мимика, поза, жесты, защитные действия в отношении болезненных участков тела, отказ от некоторых движений);
- ✓ помнить о необходимости принятия пациентом положения, которое может облегчить боль, научить его избегать поз и движений, провоцирующих боль;
- ✓ обучать пациента методам отвлечения, релаксации (дыхательная гимнастика, метод картин и др.);
- ✓ проявлять сочувствие и заботу о больном человеке;
- ✓ контролировать эффективность обезболивания и фиксировать его оценку;
- ✓ вселять в пациента уверенность в возможности достижения полного обезболивания. МСОП, к которой пациент чаще всего обращается за помощью, не должна давать повод думать, что она не в состоянии оценить степень его страданий. Обезболивание должно быть опережающим, не следует ожидать начала боли. Тщательная коррекция графика введения обезболивающих препаратов - залог успеха в достижении основной цели паллиативного лечения – улучшения КЖ пациента.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь [95] предложен клинический протокол «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией», который должны знать и соблюдать работники АПО и БО здравоохранения страны. Протокол устанавливает единые требования к порядку назначения ЛС. Имеется информация по выбору и срокам терапии конкретными ненаркотическими и наркотическими анальгетиками у пациентов с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, а также тем из них, которые получают паллиативное специальное лечение (химиотерапию, гормонотерапию, лучевую терапию), не обеспечивающее необходимого анальгезирующего эффекта.

Беларусь занимает 64 ранговое место по потреблению в медицинских целях наркотических ЛС в мире, в 2005г. – 92, что указывает на успешность терапии ненаркотическими лекарственными средствами. Ежедневное потребление НЛС в Республике Беларусь – 566 усл. доз (2013).

Таблица 5.2

Таблица оценки боли в баллах

0 баллов	Боли нет, чувствует себя превосходно
1 Очень слабая	Очень легкая, едва заметная боль как от укуса комара или яда плюща. Большую часть времени пациент не думает о боли.
2 Вызывающая дискомфорт	Незначительная боль как если ущипнуть ногтями складку кожи между большим и указательным пальцами. Люди по-разному реагируют на этот тест.
3 Переносимая (терпимая)	Весьма заметная боль как при случайном порезе, носовом кровотечении, введении инъекции. Боль не настолько сильна, чтобы к ней невозможно было привыкнуть. Большую часть времени пациент не замечает боль. Пациент к ней адаптировался.

4 Причиняющая страдания	Сильная выраженная боль как зубная или после укуса пчелы, при ушибе большого пальца ноги. Боль настолько сильна, что пациент чувствует ее постоянно и не способен полностью к ней адаптироваться. Уровень болевых ощущений может быть воспроизведен при защипывании (ногтями с большой силой) складки кожи между большим и указательным пальцами. Обратите внимание, что вначале острая воспроизводимая боль становится тупой.
5 Причиняющая сильные страдания	Сильная выраженная острая боль как при вывихе лодыжки или незначительной боли в спине. Пациент не только постоянно ощущает боль, но и поглощен вопросом ее устранения в ущерб обычному образу жизни. Часто наблюдаются преходящие расстройства личности.
6 Интенсивная	Боль настолько сильна, что практически доминирует в сознании, приводит к нечеткости мышления. С этого уровня у пациента начинают появляться проблемы с выполнением работы, поддержанием нормальных социальных отношений. Боль сравнима с сильной болью не как от мигрени в сочетании с несколькими укусами пчел или сильной болью в спине.
7 Очень интенсивная	Как и 6, за исключением того, что боль полностью доминирует в сознании, вызывая расстройства мышления половину времени. С этого уровня пациент становится действительно нетрудоспособным (инвалидом) и часто не способен жить один. По интенсивности эта боль сравнима с болью при мигрени.
8 Чрезвычайно сильная	Интенсивная боль, не позволяющая здраво мыслить, при длительно существующей боли часто имеются серьезные изменения личности. Возможны попытки суицида. Боль сравнима с болью при родах или сильной головной болью при мигрени.
9 Мучительная нестерпимая	Нестерпимо сильная боль, требующая применения наркотических обезболивающих или хирургического вмешательства, независимо от побочных эффектов и рисков. При неэффективности высок риск суицида. По интенсивности сравнимо с раком гортани (глотки).
10 Невообразимая невыразимая	Боль настолько интенсивная, что приводит к потере сознания. Большинство людей никогда не испытывали данный уровень боли. Люди, пострадавшие в серьезных происшествиях (перелом руки) и потерявшие сознания от боли, а не от потери крови, испытывали 10 уровень боли.

Последовательность действий при постановке под наблюдение для осуществления ПалМП

ВОП совместно с МСОП (Пвр) осматривают первичного пациента на дому:

- ✓ оформляет протокол первичного осмотра пациента;
- ✓ проводят оценку интенсивности боли (онкологической, неонкологической) при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ);
- ✓ отмечают шкалу оценки симптомов (ШОС);
- ✓ определяет план оказания ПалМП;
- ✓ назначает медикаментозное лечение;
- ✓ определяет группу наблюдения пациента, с последующей кратностью посещения ВОП и МСОП (Пвр).

В последующем Пвр (МСОП) заполняют лист визита (осмотра) (прил. 21), уделяя особое внимание динамике и нюансам болей у пациента.

Шкалы для вербальной и невербальной оценки ослабления боли у взрослого пациента (критерии эффективности анальгезии) проводят согласно Шкале оценки боли (вербальная сравнительная **шкала рейтинга боли):**

0= Боль отсутствует в состоянии покоя и при движении

1= Боль отсутствует в состоянии покоя, легкая боль при движении.

2= Легкая боль в состоянии покоя, умеренная боль при движении

3= Умеренная боль в состоянии покоя, сильная при движении

4= Сильная боль в состоянии покоя и при движении.

Шкала для характеристики ослабления боли, регистрируемая врачом и (или) МС в истории пациента:

*Боль полностью исчезла \ (А)

*Боль почти исчезла \ (В)

*Боль значительно уменьшилась \ (С)

*Боль уменьшилась слегка \ (Д)

*Нет заметного уменьшения боли \ (Е)

Нормализация психологического состояния пациента с ХБС. Стратегия психотерапии должна быть направлена:

*на устранение внутреннего психологического конфликта;

*на мобилизацию естественных возможностей человека, способных изменить ставшее уже привычным «болевое поведение»;

*на обучение пациентов методам саморегуляции, уменьшающим интенсивность болевых ощущений, осуществляемая психологом или психотерапевтом.

Акцент на профилактической направленности работе на участке ВОП обусловил актуализацию совместной деятельности кабинетов скрининга рака и Пвр (МСОП), чему на амбулаторно-поликлиническом этапе становится полноценное участие в электронном здравоохранении. Так, согласно приложению 2 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28 июля 2017г.№830, в задачи кабинета скрининга рака входит:

*формирование списков целевых групп населения (по всем видам проводимого в регионе скрининга), учет, взаимодействие с медицинским работниками территориальных терапевтических участков ОЗ;

*распространение информации о ходе проведения скрининга, закреплением за кабинетом целевых групп населения, информирование пациентов о результатах обследования входит в работу Пвр по согласованию с врачом такого кабинета;

*ведение медицинской документации для осуществления мероприятий скрининга и ранней диагностики рака, направление лиц с выявленными в ходе скрининга патологическими изменениями на дополнительное обследование, а также учет и повторное направление тех лиц, которые не явились на углубленное обследование;

*Пвр (МС) кабинета вменяется ведение компьютерной базы данных обследуемых (отказавшихся от обследования) в рамках скрининга лиц, журнала регистрации обследуемых (отказавшихся от обследования), учет результатов скринингового обследования, всех дополнительных обследований, назначаемых по результатам скрининга. Ежемесячно предоставляется ежемесячная копия электронной базы в региональную рабочую группу по координации скрининга и в группу по организации скрининга и ранней диагностики рака в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.

Документация, которая ведется МСОП (Пвр) в АПО

1. «Лист сестринских наблюдений (для патронажа за пациентом на дому)». Сестринская динамическая оценка состояния пациента первые три дня ежедневно, затем один раз в неделю. При ухудшении состояния заполняется ежедневно, последняя запись в день выписки. По назначению врача МС выполняет патронажи к пациенту для сбора анамнеза с акцентом на

наличие болевого синдрома 1 раз в неделю, при необходимости – чаще (в зависимости от распределения пациента в группу от 3-6), с последующим заполнением следующей медицинской документации:

2.«Контрольный лист за применением анальгетиков». Данная медицинская документация вклеивается в медицинскую карту амбулаторного пациента.

3. Патронажный лист паллиативного ухода (прил.23). Заполняется Пвр или МС участковой на дому при условии, если у пациента 4 клиническая группа, безболевая форма. Лист сестринского процесса, где заполняются сестринский диагноз, цели краткосрочные и долгосрочные. Дневник наблюдения за пациентом (первые три дня ежедневно, затем один раз в неделю). При ухудшении состояния пациента заполняется МС ежедневно, последняя запись в день выписки. План реализации паллиативного ухода и оценка достигнутых результатов.

4. Карта наблюдения за пациентом с болью (ВАШ) (прил. 1,2). Ее осуществляют МС участковые и из выездной патронажной службы, в функции которых входит оказание ПалМП на дому, включая организацию стационара на дому.

5. Карта предпочтений пациента (оформляется при поступлении пациента).

6. Лист учета профилактических онкологических осмотров (прил.22).

7. Информация о целевых группах населения, подлежащих скринингу, в региональный банк данных Белорусского канцер-регистра.

NB! Одним из строго контролируемых надзорными органами аспектов работы МСОП (Пвр) при оказании ПалМП является учет, применение, оборот, хранение и утилизация наркотических средств (НС) и сильнодействующих веществ по назначению врача с помощью старшей МС отделения на участке ВОП. Подробно правила обращения МС с сильнодействующими препаратами и НС описаны ранее [49,53]. Относим эту тему к разделу самостоятельного изучения (домашнее задание).

Анализ врачебных (сестринских) ошибок производят в зависимости:

*от причины;

*от времени и места совершения;

*от прогноза для здоровья и жизни;

*от своевременности и правильности медицинских действий (рис.3).

Понятие о ятрогенном поражении и ятрогении. Значение в предупреждении

Неприятным последствием врачебных (сестринских) ошибок является ятрогения*, которую следует отличать от ятрогенного поражения* (ЯП), возникающего вследствие неумышленного или неизбежного повреждения функций или структуры организма, которые невозможно было предотвратить и которые были вызваны медицинскими действиями.

Ятрогениями называют заболевания, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками врача (МС), неблагоприятно воздействующими на психику больного человека.

Такие высказывания могут касаться диагноза, прогноза, методов лечения, связанного с ними риска, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствий.

Справка. Пример неумышленного ятрогенного повреждения структуры организма больного человека – поражение легких при массивной гемотрансфузии.

Пример неизбежного ятрогенного повреждения функций – дисбактериоз при нерациональной длительной антибактериальной терапии и нарушение микробиоты пациента. Для того, чтобы разобраться в причинах ЯП, следует воспользоваться классификацией профессиональных ятрогений (ЯП).

1. Классификация профессиональных ятрогенных поражений

1. ЯП, связанные с диагностическими процедурами:

✓ инструментальное повреждение эндоскопом. Единственный опубликованный случай был связан с пороком развития transverses situ (обратным расположением органов человека);

✓ радиационные поражения при рентгенологических (рентгеноскопических) исследованиях. Поскольку скопических исследований стало меньше в связи с использованием более современных методов диагностики, их значимость уменьшилась до 1-3%;

✓ аллергические и токсические реакции на контрастное вещество (тест). Подобного вида ошибки в практике встречаются значительно реже в связи с обязательностью пробы на чувствительность к препарату (диагностическому тесту) до начала манипуляции, введенному в технологию манипуляции.

2. ЯП, связанные с лечебными, или диагностическими действиями:

✓ лекарственная болезнь от «преднамеренной» или непреднамеренной медицинской интоксикации, в т.ч., связанной с вынужденной передозировкой агрессивных ЛС (химиотерапия при раке);

✓ аллергические реакции на медикаменты (включая анафилактический шок). Соответствующие нормативные документы Министерства здравоохранения Республики Беларусь актуально снизили эти риски до цифр, статистически не значимых;

✓ радиационные поражения при лучевой терапии сокращаются с появлением медицинской аппаратуры высокого класса безопасности;

✓ пункционные, инъекционные, инфузионные и иные повреждения органов и тканей. Открытие кабинетов манипуляционных технологий во всех медицинских колледжах Республики Беларусь при финансовой и технологической помощи ВОЗ являются примером комплексного решения по обеспечению безопасности медицинской помощи;

✓ операционный стресс и механическое повреждение органов при хирургических операциях. Новые хирургические технологии в значительной мере облегчили участь пациентов при осуществлении хирургических вмешательств. Паллиативный уход за пациентом на дому может осложняться появлением пролежней, лечение некоторых может потребовать хирургического лечения.

3. ЯП, связанные с профилактическими мероприятиями:

✓ реакция на вакцинацию. Особенно внимательными были медицинские работники при осуществлении массовой вакцинации населения в период преодоления пандемии COVID-19, что стало залогом доверия к системе ПМП и высокому (свыше 70%) охвату прививками населения в стране без вредных последствий;

✓ инфекционно-воспалительное поражение вследствие инъекций (абсцессы). Новые технологии и неукоснительное соблюдений санитарно-гигиенических требований и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия при оказании медицинской помощи позволяют предотвратить подобное осложнение ИСМП, если только оно не вызвано особенностями болезни пациента (иммунодефицит, сахарный диабет), барьерной функцией кожи.

4. Информационные ЯП:

✓ реакция на слова. Ярким примером неправильного понимания средствами массовой информации в период борьбы с пандемией коронавирусной инфекции были недостоверные данные и угрозы, благодаря чему часть населения мира страдала от последствий неверных слов и была охвачена паникой. Анализ опыта преодоления пандемии в Китае свидетельствует о том, что необходимо следить за информацией о распространении инфекции на официальных сайтах ВОЗ (who.int/ru) и Министерства здравоохранения Республики Беларусь (minzdrav.gov.by/ru);

✓ действие санитарного просвещения, книг, специальных статей на некомпетентных или мнительных людей, поскольку слово может не только лечить;

✓ самолечение. Различие в подходах к термину в Республике Беларусь, Российской Федерации и странах Евросоюза, где под самолечением подразумевают любые, осуществляемые пациентом действия по лечению, назначенному профессиональным лицензированным специалистом, а не почерпнутые самостоятельно из недостоверных и непрофессиональных источников.

2. Патогенетическая классификация профессиональных ятрогений

- ✓ неизбежное действие метода (операция – стресс);
- ✓ действие избыточной дозы ЛС или режима, в т.ч., при недооценке индивидуальной чувствительности пациента;
- ✓ влияние погрешности процедуры (газовая эмболия при внутривенной инъекции).

Известны другие типы ошибок в медицине: диагностические, технические, тактические, организационные, деонтологические (этические), ведения документации.

Этому было уделено внимание таких ученых, как Е. Блеймер, И. Харди, Н.И. Пирогов, И.П. Павлов, В.В. Вересаев, Б.М. Хромов. Остановимся на ятрогении, как состоянии и заболеваниях, вызванных словом, действием или бездействием, врача, рассмотрим соррогении (сестрогении) – вред, наносимый МС, а также пациентом самому себе (эгогениях).

В Кодексе этики МС, требующем соблюдать дисциплину и субординацию, в частности, говорится: «Она призвана защищать права пациента в тех случаях, когда его здоровье и безопасность могут пострадать из-за некомпетентных, неэтичных или незаконных действий другого индивида (в том числе и врача)». Один из обзоров судебно-медицинских экспертиз предоставляет такую статистику: 2,5% всех неблагоприятных исходов лечения трактуется как «несчастный случай» (ситуации, когда медицинские работники действовали безошибочно, но не могли предвидеть и предотвратить возникших осложнений), а 30%, включая летальные исходы, можно расценивать как «врачебную ошибку».

Существует понятие эгогения, которое должны понимать и предупреждать МС. Отрицательное влияние на пациента, которое он оказывает на себя сам, называется эгогенией. Для обозначения эгогении часто используют сходные понятия: самовнушение, «уход в болезнь», «неосознанная аггравация» (преувеличение симптомов заболевания). Причины, способствующие развитию эгогении, разнообразны: подавленное психоэмоциональное состояние, религиозные предрассудки и предубеждения в отношении болезни и возможностей медицины, боязнь предстоящего медицинского обследования, страх смерти и др. Возникновению эгогении нередко способствует прочитанная пациентом медицинская литература или бездумно построенная МС «педагогическая беседа».

Пример. Женщина 35 лет после гинекологического профилактического осмотра была направлена на дополнительное обследование в онкологический диспансер. Она считала, что в это учреждение направляют только больных раком, поэтому сказала друзьям, что, если диагноз подтвердится, она покончит с собой. В диспансере после амбулаторного осмотра пациентке была предложена госпитализация для лечения. Психологическим состоянием этой женщины не занимались, беседы с ней не проводили. Она отправилась домой на 1-2 дня для «устройства детей» и исчезла. Только через месяц её труп был обнаружен в реке. В профилактике эгогении роль МС заключается в поддержании у пациента веры в благоприятный исход болезни, что, прежде всего, требует отказаться от самого термина «больной», заменив его на более вежливое обращение по имени и отчеству. Ухудшить психологическое состояние пациента способна аутосуггестия, заключающаяся в том, что при наличии у кого-либо из близких родственников серьезного заболевания, другие члены семьи внушают себе, что они больны тем же.

Нормализация психологического состояния пациента направлена на устранение внутреннего конфликта, мобилизацию естественных возможностей человека, способных изменить ставшее привычным «болевое поведение», обучение его методам саморегуляции, направленным на уменьшение интенсивности боли, обеспечиваемое работой психолога (психотерапевта).

Нравственные аспекты взаимоотношений пациентов с врачами и МС освещает врач-писатель Юрий Карелин в рассказе «Аппендицит». Он взирает на привычную ситуацию поступления в приемное отделение стационара встревоженными и сомневающимися глазами пациента: «В ожидании оформления я и не заметил, как у меня пропала фамилия – все

называют меня только «больным». Сестра говорит «больной», санитарка говорит – «больной». А может быть, это ошибка – может, я не больной? Ведь доктор меня еще не смотрел...».

Работа МСОП с пациентами делает ее наблюдательной, что позволяет понимать причины и предупреждать неблагоприятное влияние пациентов друг на друга, называемое эгротогенией. Это воздействие может нанести пациенту вред не меньший, чем ятрогения, так как нередко пациенты верят друг другу больше, чем врачу (МС), которые должны знать обстановку в семье или в палате БО, чтобы вовремя предупредить отрицательное влияние отдельных людей на микроклимат. Нередко встречаются пациенты, охотно рассказывающие о своих болезнях, дающие советы «малоопытным товарищам», берущиеся «устанавливать» диагнозы соседям по койке, внушающие скептицизм в отношении выздоровления. Следует помнить о несовместимости отдельных лиц. Например, нежелательно помещать пациента в палату, где длительно и не совсем успешно лечат другого с аналогичным заболеванием. МС должна своевременно выявлять таких «просветителей» и вместе с лечащим врачом предупреждать эгротогении.

Помимо прочего, МС следует помнить о том, что среди соматических больных могут находиться пациенты с психическими отклонениями, поэтому ей следует знать основные клинические признаки психических заболеваний, своевременно сообщить о своих наблюдениях лечащему или дежурному врачу. Важнейшим моментом в работе МСОП является своевременное обнаружение людей, а также владение эффективными моделями взаимодействия с пациентами [44].

Стратегия сестринского ухода предполагает знание различных классификаций моделей медицинского общения, необходимых для их осуществления. Популярностью пользовалась классификация (Е. Эсмануэль, Л. Эсмануэль) построенная на критерии автономии пациента и включающая информационную, интерпретационную и совещательную модели общения. Наибольшее распространение получила классификация модели Р. Витча, в основе которой лежит критерий ответственности медицинского работника и пациента. Он выделял техническую, патерналистскую (руководство), коллегиальную и контрактную модели.

Техническая модель взаимодействия предполагает отношение МС к пациенту как к механизму, в котором произошла «поломка», обусловленная воздействием внешних и внутренних факторов, требующая исправления.

Патерналистская модель (руководства) – авторитарная, реализуемая при ведущей роли МС, которая занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, берет на себя всю полноту ответственности (юридическую, нравственную, психологическую), что недопустимо при использовании взаимозависимой функции МС с врачом и негативно воспринимается частью пациентов как вариант давления. Устарела.

Коллегиальная модель (партнерская) носит наиболее демократичный характер, предполагает терапевтическое сотрудничество медицинского работника и больного человека, активное соучастие в лечебном процессе, в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения (партисипативность)*. В основе взаимоотношений лежит эмпатия, сопереживание определяет большую степень психологической близости.

Контрактная модель (договорная) сложилась главным образом в условиях платной медицины и предполагает взаимодействие медицинского работника и пациента на основе соглашения (контракта), регулирующего структурирование и контроль лечения.

Наиболее полно все модели общения используются в современной АСМ-модели сестринского ухода за пациентом.

Медицинский работник, опираясь на эмпатию, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения. Каждая из моделей коммуникации может приводить к оптимальным результатам в профилактике осложнений и лечении в зависимости от личностных особенностей человека, ситуации, обусловленной его сиюминутным психофизическим состоянием, спецификой заболевания. В

качестве наиболее эффективной называется коллегиальная модель взаимодействия, в ее реализации рекомендуют следовать модели «4 Е»: вовлекать в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (educate), заинтересовывать в выздоровлении (enlist). МС и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения. Правилом для МС является обдуманная речь, поскольку некоторые высказывания могут касаться диагноза, прогноза, методов лечения, возможных рисков, вариантов медицинского вмешательства, их последствий.

II. Классификация ятрогений

1. Медикаментозная ятрогения, особенно, при введении нескольких ЛС, что зачастую связанно с основным страданием и индивидуальными обменными характеристиками организма пациента, непредсказуемыми при самом глубоком их изучении, а также коморбидностью*.

2. Манипуляционная ятрогения, обусловленная обилием диагностических и лечебных воздействий с возможным присоединением микроорганизмов с исходом в сепсис (ИСМП).

3. Наркозно-реанимационная ятрогения возникает намного чаще, чем регистрируется, ибо тяжесть состояния пациента не всегда допускает достоверную оценку генеза симптомов. Врачи проявляют особую осторожность при оценке секционных находок, зачастую связанных с проведением реанимационных мероприятий. При анализе подобных ошибок всегда учитывают характер основного заболевания, тяжесть, особенно терминальных состояний, течения постреанимационной болезни. Течение терминальных состояний у детей, в отличие от взрослых, имеет свои особенности.

4. Хирургическая ятрогения возникает в связи с необычным расположением органов, изменением топографии тканей в связи с патологическим процессом.

5. Алиментарная ятрогения может появиться при воздействии токов низкой (высокой) частоты, лазера, рентгена, радиоизотопного сканирования, электрохирургической диатермии или солнечной радиации.

Несчастья могут возникать вследствие неподготовленности персонала к работе с аппаратурой, нарушений техники безопасности, пренебрежением вводного инструктажа.

Пример. Больному Г., 57 лет, в рентгенологическом кабинете АПО с целью обследования мочевых путей внутривенно было введено 30 $см^3$ 70% раствора диодона. «Йодная проба» предварительно не производилась. Во время введения препарата побочной реакции не было. Через несколько секунд после введения препарата у пациента возникли судорожные дыхательные движения, появилась пена изо рта. Немедленно были введены необходимые ЛС, начата кислородотерапия, искусственное дыхание «рот в рот» и непрямой массаж сердца, однако улучшения состояния не наступило. Через 1-2 мин. пульс исчез, дыхание прекратилось, развился цианоз слизистых оболочек и кожи. Прибывшим врачом-реаниматологом была констатирована смерть.

6. Ятрогения общения – составная часть деонтологии. «Говори лишь о том, что должен знать твой собеседник» - главное правило общения с пациентом. Особенность текущего периода образования – обучение эффективной коммуникации с пациентом.

От МС не в меньшей степени, чем от врача, требуется гуманизм, любовь, сострадание, профессионально развитое чувство долга, милосердие*, обязательность, аккуратность. Свт. Тихон Задонский считал, что «…милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов».

Причинами, вызывающими сестрогению, могут быть: недостаток внимания МС к пациентам, негуманное поведение, нежелание признавать и исправлять свои ошибки; недостаток общей культуры, душевной тонкости и чуткости, при которых МС сама может не заметить, что ведет себя грубо, некорректно, дает односложные ответы пациенту;

необоснованные амбиции, переоценка знаний, личностно-гипертрофированное самолюбие, позволяющие ей брать на себя функции врача, давать разъяснения относительно диагноза, комментировать лечение, прогноз.

Пример. МС Н. профессиональные обязанности исполняла аккуратно, ранее не подвергалась административному взысканию. Существовали факты, свидетельствующие об ошибочном выборе профессии. Пациентка попросила у МС таблетку от головной боли, прошло более часа, но таблетку пациентка не получила. Когда она повторно обратилась с просьбой дать ей таблетку, МС рассерженно ответила: «Подождете. От головной боли не умрете, а умрете от той болезни, с которой пришли сюда». Это было сказано в палате в присутствии еще нескольких больных раком шейки матки. После откровенного заявления МС пациентки палаты были расстроены, надолго лишились душевного покоя. Месяцем позже эта МС в другой палате на вопрос пациентки, какая у неё болезнь, ответила: «Если я скажу, что у Вас, мне доктор язык отрежет». Это было сказано пациентке, которая за час до этого была в глубоком обмороке. Столь явная жестокость заставила врача пригласить МС в кабинет для объяснения. Свое отношение к пациентам и к своей профессии та выразила одной фразой: «Я им солнцем не буду».

Сестрогении можно классифицировать на три группы:

– психосестрогении – отрицательное воздействие на психику пациента. Ее причинами могут быть: поспешная и необоснованная трактовка диагноза МС (но не врача!) и прогноза заболевания; неправильное пояснение диагностических и лечебных процедур (обычно это делает врач); «немая» ятрогения (пантомимикой, либо от бездействия МС). С целью профилактики такого рода опасности МС особенно внимательно должна относиться к ответам на вопросы пациентов, связанные с трактовкой тех или иных диагностических исследований. Иногда, желая показать свою эрудицию перед пациентами, МС информируют об отдельных признаках рака, инфаркта миокарда и других грозных заболеваний, не думая о последствиях для мнительных пациентов. Для предупреждения подобных последствий МС следует избегать непонятных специфических терминов и не давать пациенту излишней информации;

– фармакосестрогении – это заболевания, обусловленные действием на организм пациента ЛС, введенных МС, наиболее распространенным и опасным видом являются аллергические реакции. Примером грозного проявления аллергии может служить анафилактический шок, развивающийся при введении даже небольших доз ЛС (антибиотиков, сывороток, компонентов крови и кровезаменителей). Снижению вероятности подобного состояния способствует тщательный сбор аллергологического анамнеза, индивидуальные пробы на чувствительность [91]. Абсолютно надежные средства профилактики фармакосестрогений отсутствуют, поскольку реакция организма на любое ЛС может быть непредсказуемой. В беседах МС с пациентами она должна напоминать о недопустимости самолечения, опасности бесконтрольного приема ЛС, а сама она должна иметь на видном месте таблицу противоядий при отравлении ЛС списка «А» и алгоритмы действий при неотложных состояниях пациента;

– физиосестрогении – болезненные состояния, обусловленные воздействием на организм пациента физических факторов, вследствие проведения МС диагностических (лечебных) процедур. Простейшими примерами физиосестрогений могут служить подкожная гематома, возникающая при заборе крови из вены или при внутривенной инъекции, появление постинъекционного инфильтрата, способом предупреждения которых становится высокий профессиональный уровень манипуляционной подготовки, щадящим подходом к пациенту.

Взаимные ожидания пациентов, согласно мнению Ж. Лакана, включают в понятие «идеального врача» лицо одного с пациентом пола, сексуальной ориентации, национальности, вероисповедания, более старшего по возрасту и привлекательной внешности. Помимо прочего

пациенты ждут от врача (МС) уважения, профессионализма, добросовестного исполнения долга, чуткости к запросам и внимания, т.е. конгруэнтности*.

При этом ожидания медицинских работников куда более приземлены: пациент немногословен, опрятен, спокоен, четко исполняет медицинские предписания, доверяет врачу (МС).

Это отражено в понятии комплаенса*, означающего согласие и достижение взаимопонимания, проявляется обязательным поведением пациента в соответствии с запросом или указанием, соответствующим каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам. Достижение согласия в триаде «пациент – МС – врач» за счет рационального медицинского наблюдения на практике бывает сложным, если не владеть навыками эффективной коммуникации.

Комплаенс* и конгруэнтность* являются терапевтическими инструментами, обеспечивающими заинтересованность пациента в лечении, способствующими точному выполнению медицинских рекомендаций, позволяющими объективно судить об эффективности помощи. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Комплаенс обеспечивает заинтересованность пациента в лечении, способствует желанию выполнять врачебные рекомендации, позволяет объективно судить об эффективности. Фактором, повышающим согласие пациента с врачом (комплаенс), является максимально простое информирование больного человека о целях лечения, правилах приема ЛС, возможных побочных действиях, при внутреннем согласии пациента на выполнение рекомендаций.

Клятвой Гиппократа декларируются только медицинские цели – оптимизация режима пациента, направление всех действий на получение пользы для больного человека – в ней заложены глубокие основы – советы, делающие общение каждого медицинского работника успешным. В случае, когда пациент убеждается, что врач или МС соответствуют требованиям и ожиданиям, и их человеческие качества соответствуют высокому уровню – возникает доверие, залог эффективности коммуникации. При внимательном изучении клятва Гиппократа транслирует установку на получение ощущения счастья при выполнении входящих в нее обязательств, что тоже способствует эффективности общения с пациентами. Эту мысль профессор медицины В.М. Бехтерев развивает в XIX веке: «Всякий знает, какое магическое оздоровляющее действие может приобрести одно утешительное слово со стороны врача и, наоборот, как иногда убийственно… действует на больного суровый холодный приговор врача». С клятвой Гиппократа перекликается модифицированная для обучения МС г. Детройта клятва Соловья, предложенная в 1893 г. и названная в честь знаменитой Ф. Найтингейл: «Перед Богом и лицом собрания я торжественно обещаю вести жизнь, наполненную чистотой, и честно исполнять профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и никогда сознательно не использую, и не назначу лекарств, которые могут повредить. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду беречь в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентами и их родственниками. Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неутомимой заботе о благополучии всех, порученных моей опеке».

Рекомендации врача (МС) должны быть понятными, часть пациентов предпочитает получать их в письменном виде, чтобы изучить в домашней обстановке. Врач (МС) должны понимать, что чем разнообразнее рекомендуемые методы лечения и ЛС, тем ниже уровень согласия пациента с лечением. И. Харди называл «таблетоцентризмом» подход, при котором лекарства назначаются механически, на основе жестких алгоритмов и схем, отражающих зависимость между отдельными заболеваниями и ЛС, но не учитывающий характер

взаимоотношений между пациентом и лечащим врачом. ЛС, выписанное одним врачом, может не оказать воздействия, но тот же препарат, рекомендованный другим, оказывается эффективным, что объяснимо доверительными профессиональными отношениями, основанными на сотрудничестве.

Правовые последствия врачебных (сестринских) ошибок и нарушений биомедицинской этики

Гражданско-правовые нарушения медицинских работников не бывают установлены заранее, поскольку любое причинение вреда или нарушение обязательств по оказанию безопасной и качественной помощи может служить основанием для наступления ответственности.

Наиболее часто встречаются *4 группы ситуаций* (Кралько А.А.,2009, 2020):

1. Оказание пациенту медицинской помощи ненадлежащего качества (невыполнение, некачественное и несвоевременное выполнение лечебно-диагностических, профилактических или реабилитационных мероприятий; необоснованное проведение этих мероприятий без учета показаний, которое привело к диагностической ошибке, ошибочной тактике или ухудшению состояния или сроков лечения пациента).

2. Нарушения в работе врача (МС), наносящие ущерб здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. Это заболевания (ИСМП), или осложнения, возникшие по вине медиков в период пребывания в ОЗ, или внутрибольничное инфицирование из-за неправильных действий персонала, или осложнения после медицинских манипуляций, связанных с несовершенством их выполнения или неполным учетом противопоказаний и называемых ИСМП.

3. Преждевременное прекращение лечения по назначению врача, которое привело к ухудшению состояния, развитию осложнений, обострению или утяжелению течения болезни. К ним относят преждевременную выписку, вызвавшую повторную госпитализацию, преждевременное прекращение лечения или наблюдения врачом в АПО, а также случаи самостоятельного прекращения лечения по желанию пациента, отмечаемые в медицинской документации особо.

4. Другие нарушения, ущемляющие права пациента, гарантированные Законом Республики Беларусь «О здравоохранении». При этом, действует презумпция вины того, кто причинил вред, означающая, что при неблагоприятном результате лечения отсутствие вины должно доказываться им самим, его вина будет признана установленной. Вступаться за достоинство врача (МС) призваны общественные объединения и юридические организации, работа которых базируется на определенных нравственных принципах и действующих НПА.

Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека, охраняемое законом. Никто не может быть произвольно лишен жизни – говорится в Международном пакте о гражданских и политических правах.

В Женевской декларации 1948 г. провозглашается обязательство врача: «Я буду сохранять высочайшее уважение к человеческой жизни с самого момента зачатия».

Одним из актуальных документов стало опубликованное комитетом по биоэтике (ДН-Bio) в 2014 г. «Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни» [119] для облегчения выполнения принципов, закрепленных Конвенцией о правах человека и биомедицины (Конвенция Овьедо, ETS No 164,1997).

Впервые введенное в работах американского ученого, биохимика Ван Ранселера Поттера («Биоэтика – мост в будущее», 1971 г.) понятие биомедицинская этика* сделало автора основателем междисциплинарного направления. В.Р. Поттер подчеркивал, что биоэтика должна стать новой дисциплиной, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей, но при этом не вправе сосредоточиться только на человеке, а должна распространить свой методы и на биосферу в целом, то есть на всякое научное вмешательство человека в жизнь [72].

Для разграничения предмета биоэтики* от близких к ней дисциплин (включая профессиональную медицинскую этику) на международном симпозиуме (Италия, 1994) был принят документ Эриче, согласно которому разграничили проблемы, которыми занимается биомедицинская этика:

1. Этическими проблемами медицинской профессии.
2. Социальными проблемами, связанными с политикой в области здравоохранения, с трудовой медициной, с политикой планирования семьи, с проблемами демографического контроля.
3. Этическими проблемами, возникающими в области исследований о человеке, включая и те, которые непосредственно не связаны с терапией.
4. Проблемами вмешательства человека в жизненные процессы других живых существ (растений, микроорганизмов, животных) и всего того, что относится к поддержанию экологического равновесия.

Правовая ответственность врача (МС) и пациента является важным аспектом в их взаимоотношениях в ходе оказания медицинских услуг, под которой понимают обязанность отвечать за профессиональные действия.

Медицинские работники всегда понимали цену врачебной ошибки и размер наказания за ее совершение. Так, согласно выдержке из Врачебного Устава Российской империи XIX в., предлагается последовательно более строгая система ответственности за совершение ошибки: «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делают явные более или менее важные в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства».

Практические действия в области предупреждения ошибок медицинских сестер

Предвидение будущего взаимодействия видно на примерах литературы XIX века, когда классики вплетали в свои сюжеты различные варианты того, что сейчас называется «скриптами». Это определенные устойчивые схемы разговора с пациентом с «готовыми» возможными вариантами ответов пациента. Так, кто-то из медиков просто игнорирует важнейший для пациента вопрос о степени серьезности своей болезни; другой автоматически произносит привычное для него выражение «что вот вы там чего-то напугались, а мы сейчас вам все устроим» даже в адрес смертельно больного; третий любит говорить: «Эти больные выдумывают иногда такие глупости»; четвертый на вопросы пациентов отвечает: «Я уже сказал вам то, что считал нужным и удобным … Дальнейшее покажет исследование». Пример таких «скрипт» показывает не только неэффективность, но и возможность провоцировать и индуцировать развитие конфликта.

Успешность коммуникации «медицинский работник – пациент» зависит от обеспечения полезной информацией, развития у пациента приверженности к здоровью, доброжелательного восприятия людьми друг друга в процессе лечебного взаимодействия, понимания причин заболевания, целей лечения, психологической поддержки, взаимодействия и постоянного обучения врачей и МС. «Есть такие люди, от общения с которыми вырастают крылья. А есть те, которые сделают все для того, чтобы и руки опустились». – Бернард Шоу.

Времена меняются, современный пациент – не пассивный потребитель медицинских «советов» и иногда противостоит авторитарности экспертов. Это значит, что нужен не монолог медика, а интеграция знаний и усилий с объяснением совместно принятых решений обеих сторон делового общения для достижения максимальной эффективности в лечении. «Доброта, эмпатия, сочувствие и помощь в сохранении чувства собственного достоинства – вот качества хорошей медицинской

сестры» – К. Уотсон.

«Есть три ошибки в общении людей: первая – это желание говорить прежде, чем нужно; вторая – застенчивость, не говорить, когда нужно; третья – говорить, не наблюдая за своим слушателем» – считал Конфуций.

При конфликтах выявляются беспокоящие пациента чувства (комплекс неполноценности или превосходства (зазнайство), тревога, страх). Переживания, испытываемые пациентом, могут вести к эскалации конфликтных ситуаций, которые непонятны врачу, сталкивающемуся со страхами пациентов ежедневно. Однако, врачей (МС) нельзя обвинить в черствости, поскольку они тоже работают под давлением вероятности жалоб и обвинений пациента вследствие нереалистичных ожиданий, что ведет к росту напряжения и синдрому профессионального выгорания [64,11,120,137,143].

Стойкая уверенность человека в неспособности справиться с проблемной жизненной ситуацией проявляется для преодоления чувства собственной униженности, в то время как комплексу «звездной болезни» присуща завышенная самооценка и вера в собственную исключительность. Суть поведения пациента состоит в коррекции своего поведения с целью защиты от слабого места в психическом развитии и неадекватной реакции на уязвленное самолюбие с помощью агрессии на возможное приближение обидчика через сигнал: «Не подходи! Опасно!». Это ограничивает свободу саморазвития. Тревога связана с активизацией проявления комплекса неполноценности, если не давать разъяснения – она перерастает в страх, для борьбы с которым МС подключают волю и разум пациента, для чего нужно учить управлять своим воображением.

Реакция на болезнь у людей различна, напомним, что это особенности и тяжесть самого заболевания (туберкулез, ВИЧ/СПИД, рак); темперамент и характер пациента; социальные условия и образ его жизни (обстановка поддержки, семья, профессия), а также возраст, пол. Известно, что женщины переносят информацию о фатальности заболевания эмоциональнее, а с возрастом – с большей терпимостью. Также установлено, что чем более значимо для пациента известие о болезни, тем выше мотивация на ее решение, обусловленная пониманием, переживанием и отношением к проблеме. Оптимизм МС, искреннее желание помочь и юмор благоприятствуют сдержанному общению с пациентом, при этом знание жизненного пути, образование, культурные традиции, способы реализации проблем и преодоление трудностей во многом облегчают передачу информации, взаимное восприятие, взаимодействие друг с другом.

Логичными выводами врача (МС) в модели «Болезнь: опыт болезни» могут быть: признание, что врач является экспертом в диагностике и лечении, а пациент – эксперт в опыте переживания болезни, а также улучшение навыков коммуникации с пациентами. Начало знакомства начинается с традиционных этапов, а вот заключение и выводы о наличии заболевания для части пациентов могут стать триггером негатива, поскольку люди по-разному реагируют на известие о болезни. Любой симптом или сведения о состоянии здоровья формируют у пациента определенный тип отношения к болезни, это означает, что пациенту нужно давать информацию о наличии болезни по-разному, с учетом предположительного типа реагирования. Это справедливо для психических и для психосоматических и соматических заболеваний (онкологических, кардиологических, гинекологических).

Психологические реакции у терминальных больных, влияющие на качество жизни

1. **Естественная реакция** осознания потери здоровья, обусловленная переживанием трудностей людей, имеющих хронические неизлечимые заболевания:

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

2. **Психологическая защита**, позволяющая МС и пациенту использовать способы

преодоления хронических 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 симпато-адрено-кортикальной систем, регулирующих механизмы стресса;
- поведение и эмоции, сопровождающие критические ситуации и зависящие от окружающих условий;
- изменение эмоций и умственных усилий с целью удовлетворения особых потребностей;
- привычные действия, к которым прибегает пациент с целью получить облегчение, спокойствие и равновесие;
- преодоление критической ситуации, не заостряя внимание на болезни. Влиять на качество жизни* (КЖ) пациента помогают особые способы противостоять хроническому стрессу, которым сопровождается фатальное заболевание [104]. **Стратегии борьбы неизлечимо больного человека с хроническим стрессом**
- *конфронтационное* (обсуждение проблем, поиск информации, постановка целей, сохранение контроля), в котором наравне с врачом участвует МСОП;
- *эмоциональное* (беспокойство, страх, обвинение). Известно, что ряд заболеваний может сопровождаться неприятными для части пациентов такими последствиями, как социальная изоляция вследствие болезни. Известно 3 типа реакции людей на насмешки окружающих: не обращать внимания; прятать голову в песок. Можно принимать близко к сердцу, выражая гнев, враждебность, обещая отомстить или относиться к ситуации с юмором, что приводит к возрастанию достоинства пациента и чему должны способствовать МСОП;
- *смягчающее* преодоление (поспать, обратить в шутку, помолиться, позволить кому-то другому разрешить проблему). Пациент, верящий в присутствие Бога в жизни, легче справляется с тяжесть болезни, используя опыт чтения душеполезной литературы.

3. **Стили справляться с трудностями** (копинг-стили), базирующиеся на понимании стадии заболевания. Существуют основные стадии протекания хронической болезни:

- 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, при правильном подходе, уменьшить неблагоприятные последствия неизлечимого заболевания.

Функции преодоления хронического стресса

- снижение напряжения и сохранение спокойствия (адаптация);
- трезвое принятие решений (изменение понимания ситуации);
- сохранение самостоятельности и свободы (быстрота реакции на стресс);
- побуждение пациента к удовлетворению социальных потребностей;
- сохранение стабильного социального, психологического и физического состояния;
- контроль над пониманием потенциальных раздражителей;
- избегание негативной самооценки.

Способы преодоления хронического стресса пациента с неизлечимым фатальным заболеванием

- на первой ступени индивид определяет, является ли раздражитель угрозой («Я в порядке?»);
- на второй ступени он включает выбор альтернатив действия в случае осознания угрозы («Что я могу сделать?»).

Оказывая помощь в уходе при наличии хронического стресса пациента с неизлечимым фатальным заболеванием МСОП 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 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 в определенной мере 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, малой значимости, депрессия, связанная с потерей прежней профессиональной, социальной роли утяжеляет течение и прогноз болезни. Вывод очевиден – для того, чтобы поддерживать прежнее КЖ, нужно готовить себя к смене профессиональных и социальных ролей заранее.

3. Сужение общения со сверстниками из-за болезни и ожидание смерти ведет к одиночеству. Так, 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 старое жилье, переезжать на новое место, жить среди новых соседей, где их не знают и не ценят. Новизна обстановки для такого человека 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. Ниже приведены идеи и принципы трудотерапии, позволяющие смягчить подобный фактор стресса.

5. Уменьшение свободы выбора в занятиях, поездках, времяпровождении, знакомствах, выборе партнеров.

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. Пандемия COVID-19 ускорила переход на дистанционные электронные средства связи людей разного возраста, тенденция набирает новых пользователей.

7. Мысли о смерти и страх смерти нехарактерны для молодых людей, возникают на короткое время, но для пациентов с онкологическим заболеванием или иной фатальной ситуацией, эти мысли становятся болезненными и мучительными, поскольку смерть становится ближе и реальнее.

Степень приспособления больного человека к иному социальному статусу определяется состоянием его психического здоровья. Известно, что человек, живущий в семье, лучше приспо-

сабливается к жизни с болезнью. Знание факторов, провоцирующих несправедливое, как иногда кажется, поведение хронических неизлечимых больных поможет в выстраивании гармоничных отношений с ним.

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.

При лечении онкологических заболеваний и паллиативном уходе 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.

Один из принципов биоэтики – принцип справедливости в здравоохранении, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения. Со времен Аристотеля известно, что в медицине и здравоохранении одновременно существует две формы справедливости: в виде следования закону и справедливость в виде равенства прав всех членов общества в области удовлетворения главных потребностей человека 0 права на жизнь, здоровье, охрану чести и достоинства.

Теория Дж. Роулса – справедливости – представляет собой согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества. Она может быть достигнута при последовательном соблюдении трех принципов: *равной свободы* каждой личности, *равных возможностей* и принципа *различия*. В соответствии с принципами равной свободы и равных возможностей справедливым признается неравенство в доступности и качестве медицинских услуг. Принцип различия проявляется в признании справедливым получение людьми определенной доли ресурсов общества – обязательного минимума и дополнительного объема в соответствии со своей ценностью для государства.

Идея философии о *справедливости неравенства* лежит в основе признания правомерности существования в обществе различных систем здравоохранения, в рамках которых функционирует система оказания медицинской помощи для привилегированных слоев общества. Данная система основана на практике «двойного стандарта», предполагающая оказание более широкого и более качественного спектра медицинских услуг на бесплатной основе (за счет государственных средств) привилегированным категориям граждан. Это связано с дифференциацией членов общества по ценности их жизни и уровня трудоспособности для общества.

К таким «привилегированным» группам относятся различные категории граждан: работники правительственных и государственных учреждений, инвалиды и лица, имеющие особые заслуги перед отечеством, дети, беременные женщины и многодетные матери и др.

Каждая из этих категорий граждан имеет свою ценность для общества, которую медицинским работникам необходимо знать, чтобы не провоцировать конфликты на этой почве. Одни вносят значительный вклад в жизнедеятельность общества своей деятельностью (государственные деятели, военнослужащие и пр.), другие являются залогом физического существования общества (дети, беременные женщины, многодетные матери), третьи (лица с ограниченными физическими возможностями и страдающие неизлечимыми заболеваниями) помогают сохранить обществу свой духовно-нравственный потенциал – милосердие, человечность, сострадание, доброту.

В настоящее время определяющим в философии мнением является такое, что нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной и качественной медицинской помощью всех нуждающихся в ней граждан.

Таким образом, применительно к принципам теории справедливости и биоэтики, систему здравоохранения Республики Беларусь следует относить к справедливой. Имеют место соответствие различных целей политики к особым потребностям населения в рамках принципов универсального государства всеобщего благосостояния (Д. Кэри, Б. Краммонд, E.de Leruw, 2015). Это должны знать пациенты, это знают жители страны.

Возвращаясь к теме медицинской и социально-психологической реабилитации, следует оценить ее с точки зрения перспективности научных исследований [4,19,36,38,52,53,60,65,81, 103,124,135].

Имеется существенная разница для МСОП в оказании ухода за больным пациентом с физическими дефектами тела и органов чувств, зачастую имеющими место после калечащих операций при онкологической патологии [63].

Социально значимая и востребованная обществом, но недооцененная работа МС в хосписе с неизлечимыми пациентами и их семьями включает:

1. Комплексный реабилитационный процесс, который должен способствовать социально-ориентированной медицинской, психолого-педагогической и социально-правовой деятельности.

2. Помощь МСОП (Пвр) в положительной оценке жизненных достижений, формирование или коррекцию привычного поведения; построение партнерских отношений при изменении жизненных ценностей для получения психологической поддержки от близких и окружающих; более прощающий взгляд на бытовые и житейские ситуации с большей любовью к окружающим.

Типы личностной реакции пациента на известие о заболевании взяты из методики, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980 г.), которая может помочь МС, повседневно помогающим другим людям. Знание предполагаемой реакции на болезнь у конкретного пациента поможет меньше вовлекаться в конфликтные ситуации с ним и его родными, отнестись с большим пониманием, улучшить доверие в обществе. Следует понимать, что тип отношения пациента к болезни относится к динамическим проявлениям во времени, сменяющим и наслаивающимся друг на друга. В реальности у человека сразу несколько отношений к болезни и в разное время на первый план выходит то один тип отношения к болезни, то другой, в зависимости от социального контекста и обстоятельств. Например, на работе – анозогнозический тип отношения, а дома – эгоцентрический.

Гармоничный (реалистичный, взвешенный) тип пациента – человек не имеет склонности преувеличивать заболевание, но и не недооценивает его. Он в состоянии реально оценить возможности и ограничения, стремится активно содействовать успеху лечения, старается облегчить тяготы ухода за собой, при необходимости способен к переключению интересов на доступные ему области жизни при понимании общего неблагоприятного прогноза.

Эргопатический (стенический) тип пациента – «уход от болезни в работу». Сверхответственное, отношение к работе, и оно больше, чем до болезни. Пациент начинает работать с большими нагрузками, стремится независимо от тяжести заболевания продолжать и увеличивать темп работы, во что бы то ни стало сохранить социальный и профессиональный статус. Обычно такие пациенты не приходят на консультирование по профессиональным сферам. С ними нужно обсуждать их здоровье, самочувствие, их ресурсы физические, эмоциональные, психические. Многие пациенты с зависимостями имеют этот тип отношения к болезни.

Анозогнозический тип пациента – активное исключение мыслей о болезни и ее последствиях вплоть до отрицания очевидного, отношение к состоянию, как к несерьезному или к случайному колебанию самочувствия. Пациент начинает заниматься самодиагностикой, самолечением, ждать, когда все обойдется. Характерны отказы от обследований, лечения,

склонны к нарушению режима врачебных назначений. Убедительность и факты от МС могут изменить подобное поведение.

Тревожный пациент – имеет высокий уровень тревоги, мнительности в отношении осложнений, прогноза, процедур. Склонен искать консультантов-авторитетов, менять лечащего врача, ориентирован на объективные данные – анализы, заключения специалистов. Вследствие тревоги добавляется подавленное настроение. Часто таким пациентам помимо основного заболевания ставят сопутствующий «тревожно-депрессивный синдром». Медицинским работникам следует работать с мифами и нереалистичными представлениями пациента о заболевании.

Ипохондрический тип пациента – чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных или неприятных ощущениях, постоянные разговоры и демонстрации проявлений. Склонны к преувеличению тяжести симптомов и противоречивы в отношении к болезни: одновременно хотят лечиться, но не верят в излечение, постоянно требуют тщательного обследования, но боятся вреда, плохих последствий, назначений, процедур.

Неврастенический тип пациента – характеризуется поведением по типу раздражительной слабости, для которого характерны вспышки раздражения, пациенты не умеют и не склонны терпеть любые дискомфортные, болевые ощущения, нетерпеливы в обследовании и лечении.

Меланхолические пациенты не верят в выздоровление, у них формируется депрессивный синдром вплоть до суицидальных мыслей, сомнения в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных [66]. Это случай, когда врачи, например, уверяют: вы вылечились от инфекции, а человек не верит, плохо себя чувствует и утверждает, что где-то в глубине организма остался очаг воспаления и продолжает болеть. Отношение пациента к болезни похоже на ипохондрический тип, но более выражено.

Апатический тип пациента – полное безразличие к судьбе, исходу болезни, результату лечения, пассивное подчинение процедурам и лечению. Характерна утрата интереса к жизни и межличностным отношениям, вялость поведения. Пациенты иногда перестают соблюдать режим и назначения врача, тогда требуется консультация психиатра, иногда госпитализация в специализированный стационар. В любом случае этот пациент требует внимания МС.

Сенситивный тип пациента – чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность тем, какое впечатление болезнь произведет на окружающих, боязнь быть неполноценными, почувствовать недоброжелательное отношение со стороны окружающих, стать обузой близким. Часты колебания настроения в межличностном общении.

Эгоцентрический (истероидный) тип – пациент ищет выгоды в связи с болезнью, легко выставляет напоказ близким и окружающим людям свои страдания с целью вызвать сочувствие, завладеть их вниманием, требует исключительной заботы, все разговоры переводятся только на себя и на тему заболевания.

Паранойяльный тип – пациент уверен, что болезнь является результатом внешних причин, чьего-то злого умысла. Характерна крайняя раздражительность и настороженность – к разговорам о себе, к лекарствам, к процедурам. Такие пациенты приписывают все сложности злому умыслу врачей, персонала и их безразличному отношению к себе, в связи с этим склонны обвинять, требовать наказания, пишут жалобы, подают на врачей в суд, сюда они относит такие антинаучные понятия, как порчу, сглаз. Большая подверженность такому типу реакции наблюдается у старых людей.

Дисфорический (агрессивный) тип пациента – он гневлив, демонстрирует мрачное озлобление, зависть и ненависть к здоровым людям, включая родных и близких, вспышки злобы, вплоть до деспотизма по отношению к близким. Не только пациенты могут провоцировать конфликты, но и МС, не владеющие навыками успешного общения с пациентами.

В общении с пациентами медицинские работники используют *субъективный стандарт* при соблюдении принципа информирования, учитывая в меру своей компетентности интересы конкретного пациента. «Хотя ложь нельзя принимать в качестве линии поведения и сообщение правды остается целью, к которой надо стремиться, следует, однако, помнить, что

эта правда должна быть соразмерна способности человека, чтобы надлежащим образом принять ее…

Никогда не следует полностью отказывать больному в надежде, поскольку в медицине и на самом деле не существует абсолютно точных предсказаний» (автор неизвестен).

С целью комфорта общения и для понимания больного в болезни МС полезно знание о том, как он восстанавливает энергию, как принимает решение, какой образ жизни предпочитает, для чего существует шкала предпочтений (табл. 5.3).

Таблица 5.3

Характеристики шкалы предпочтений человека в зависимости от направленности психических процессов

Восстановление энергии	*Экстраверт* предпочитает черпать энергию из внешнего мира (людей, занятий, вещей)	*Интроверт* предпочитает черпать энергию из своего внутреннего мира (мыслей, эмоций, впечатлений)
Сбор информации	Пациент *сенсорного* типа получает информацию посредством 5 органов чувств, обращает внимание на реально существующее	Пациент *интуитивного* типа получает информацию посредством «шестого чувства», обращает внимание на возможности
Принятие решений	Пациент *мыслительного* типа принимает решение «головой», согласно логике и объективности	Пациент *чувствительного* типа принимает решение «сердцем», основываясь на личном убеждении и субъективных ценностях
Образ жизни	Пациент *решающего* типа предпочитает упорядоченный и распланированный образ жизни	Пациент *воспринимающего* типа предпочитает спонтанный и четкий образ жизни, пренебрегает личным планированием и распорядком дня.

Слово специалиста (врача, МС, психолога) может оказать самое разнообразное влияние на тело, дух и душу человека, о чем писали знаменитые врачи, при этом целесообразно знание того, как правильно взаимодействовать с пациентами.

Способы обращений МС с пациентами разных типов

✓ С сенсорным типом МС желательно быть точной в изложении фактов, обращаться к прошлому опыту, идти от фактов к принципам, включать детали, документировать речь.

✓ С интуитивным типом пациента МС полезно сосредоточиться на ситуации в целом, искать будущие возможности лечения и реабилитации, использовать воображение пациента, быстро переходить от одной идеи к другой, основывая поведение на реакции больного.

✓ С мыслительным типом пациента МС рекомендуют дискутировать, используя логику, искать причины и следствие, анализировать варианты взаимосвязи болезненной ситуации или проблемы, сохраняя все «за» и «против».

✓ С чувствующим типом пациента МС полезно стремиться установить теплые взаимоотношения, демонстрировать интерес к тому, о чем говорит пациент, определить его ценностные ориентации и учитывать их при обращении, быть готовой к компромиссу, апеллировать к чувствам.

Психологическое состояние пациента в момент сообщения ему диагноза и в ходе лечения представляет интерес с целью облегчения этапа вхождения в болезнь, предотвращения конфликтов, обусловленных болезненным состоянием.

Предложения с целью улучшения безопасности медицинской помощи, осуществляемой МС:

- частое совершение сестринских ошибок при осуществлении технических, инвазивных или оперативных вмешательств является следствием недостаточного объема полученных или не закрепленных мануальных навыков, что потребовало пересмотра их приобретения с помощью учебных программ базового и дополнительного образования, симуляционного оборудования и контроля на рабочем месте МС методом наставничества [80];
- уменьшение числа ошибок МС возможно посредством усиления само- и взаимоконтроля как необходимой части работы, связанной с человеческим фактором:

➢ тренировками внимания на коллективных тренингах с психологом (разд.III гл.10.);
➢ объединением в паре – «опытный работник – молодой», что является предпочтительной формой организации труда персонала с разным опытом и стажем работы на конкретном месте МС;
➢ доказанные ошибки МС (Пвр) по нарушению принципов биомедицинской этики подлежат коллективному анализу и оценке сестринским коллективом на Совете МС до административного наказания. Наиболее эффективным принципом уменьшения риска совершения сестринских ошибок является обмен мнениями с профессионалами более высокого уровня, доброжелательная атмосфера сотрудничества 66,7±1,13%;
➢ ВОП продолжают культивировать у средних и младших медицинских работников самодисциплину, обеспечивая контроль сестринской услуги на основе организационных стандартов качества.

В модель конечного результата деятельности ОЗ по итогам года введены показатели работы врача (МС) без ошибок с последующим вознаграждением.

Осуществляемое направление в дополнительном обучении сестринского руководителя наставничеству дает результаты в виде принятия метода наставничества большинством респондентов. По результатам исследований и на практике это дало ощутимый эффект.

В качестве «Шагов по укреплению безопасности пациента» британскими исследователями предложена система стратегических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи:

1. Анализ порядка оказания медицинской помощи в АПО с целью выявления скрытых системных недостатков.
2. Формирование приверженности безвредности медицинской помощи руководителей к формированию культуры безопасности в медицинском коллективе (врача, Пвр, МС), основанной на поощрение, а не наказании тех, кто добровольно указывает на недостатки в организации и оказании медицинской помощи. Этому способствует система аккредитации.
3. Определение препятствий, мешающих проведению системных мероприятий по предотвращению медицинских ошибок.
4. Анализ сестринских ошибок, полученный из разных источников, включая системы добровольной и обязательной отчетности, материалы проверок аккредитационных комиссий, обращений пациентов. Укреплению профессионального статуса врача (МС) способствует система аттестации на рабочем месте.
5. Использование передового опыта ВОЗ, публикующей серию «Решения в области безопасности пациентов» в разных областях медицины.
6. Разработка требований безопасности применения медицинского оборудования, внедрение безопасных методик обследования и лечения больных людей.
7. Внедрение системы отчетности об ошибках на уровне ПМСП обеспечивается контролем главной МС и заместителем врача.

Выводы. Международный опыт свидетельствует о том, что для повышения безопасности пациентов необходимы комплексные междисциплинарные усилия по совершенствованию ее

оказания, технологий делового общения благодаря акценту на психологию взаимодействия в медицинском образовании.

Рекомендации по предупреждению ошибок для МС, осуществляющих паллиативный уход:

1. Полномочия пациентам и опекунам для образования и участия в лечении, включая социальную интеграцию, гарантированы Конституцией Республики Беларусь и ратифицированных Конвенцией о правах инвалидов (2015), принятой Генеральной ассамблеей Организации Объединенных Наций (2006).
2. Цифровизация в здравоохранении обеспечивает систему мониторинга для обнаружения и контроля динамики вреда от небезопасных ЛС с оценкой масштабов и характера вреда. В целом это совершенствование порядка, подготовка, выдача, администрирование, практика мониторинга наблюдений в разделе электронная медицинская карта пациента «Немедикаментозное лечение» благодаря АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому».
3. Ненадлежащее качество ПалМП, сопровождаемое возможностью осложнения ИСМП, некачественным купированием ХБС можно минимизировать правильностью организации труда, выполнением ею СаНиП при обработке рук, вниманием к пожеланиям пациента, советом с наставником, если личного опыта недостаточно, отработкой манипуляционных навыков на симуляторах, обязательным вводным инструктажем при пользовании новой аппаратурой [28,29,37,38,49,74,85,87,89,91-95,97,102,104-107,111,119,122,125,147].
4. Выявлено правовое поле для законодательных инициатив по защите врача (МС) от недобросовестной аргументации оппонентов и медицинскому страхованию рисков профессии. Репрезентативность результатов анкетирования только МС в контексте сестринских ошибок может возрасти, если подобное исследование дополнить участием ВОП, например.

Вопросы для саморазвития

1. В чем состоит значение Всемирного дня безопасности пациента, и какова актуальная тема 2023 года?
2. Кто впервые применил термин «врачебная ошибка» и в чем ее смысл?
3. Каковы основные причины врачебных и сестринских ошибок?
4. Знаете ли вы предпочтения пациентов в лечении в зависимости от направленности его психологических процессов?
5. Влияет ли психологическое состояние пациента на его конфликтность?
6. Каковы практические действия в области предупреждения ошибок МС?

Домашнее задание

Просмотр мультимедиа-презентаций «Клинические аспекты паллиативного ухода», «Правила использования ТТС (на примере дюрогезика)», «Сестринские ошибки как угроза безопасности пациента», «Способы общения медицинской сестры с пациентами разного типа», «Общение медицинской сестры с родными и близкими умирающего больного».

Ознакомиться с литературой: Чехов А.П. «Палата №6», «Враги»; Вересаев В.В. «Записки врача»; Булгаков М.А. «Записки юного врача», Толстой Л.Н. «Смерть Ивана Ильича»; Венедикт (Стукач) «Путь спасения длиною в жизнь» [113].

Ознакомиться с информацией по правилам учета, применению, обороту, хранению и утилизации наркотических средств (НС) и сильнодействующих веществ по назначению врача в учебно-методических пособиях [49,53].

Глава 6. Безопасность сестринского ухода посредством системы управления качеством медицинской помощи в современных условиях

Анализ существующего состояния оказания ПалМП позволил выявить тенденции, которые следует использовать для совершенствования качества и безопасности сестринского ухода [26,28,29,35,41].

Система управления качеством медицинской помощи в современных условиях

Недостаточно высокое качество оказания медицинской помощи в мире, не зависящее от уровня развития системы здравоохранения и объемов ее финансирования, привлекает внимание населения и руководителей здравоохранения. Особое значение при осуществлении ПалМП качество медицинской помощи при уходе и соблюдение нравственных принципов приобретает в настоящее время.

Как считал Георг Вильгельм Фридрих Гегель: «Качество есть, в первую очередь, тождественная с бытием определённость, так что нечто перестаёт быть тем, что оно есть, когда теряет своё качество». Современное определение гласит: «Качество медицинской помощи – это степень ее соответствия современному уровню медицинской науки, стандартам медицинских технологий, а также потребностям пациента».

Отдельные демографические показатели по взрослому населению в 2016-2019 гг.: сокращение численность населения на 96,3 тысячи человек; снижение показателя рождаемости с 12,4‰ до 9,3‰; возрастание смертности населения с 12,56‰ до 12,79‰ за счет трудоспособного населения; возрастание коэффициента естественной убыли населения до 3,5‰ (в 2016 г. – 0,2‰), и, главное – тренд на увеличение средней продолжительности жизни с 72,3 лет до 75 лет (к 2025 г.) потребовали внимания к качеству медицинской помощи.

Государство обеспечило возрастание ВВП с 6,2% до 8,5% за рассматриваемый период, что потребовало новых мер по улучшению качества медицинской помощи населению по основным классам болезней, определяющих высокие показатели смертности [26,29,35,41].

.

С целью анализа причин, влияющих на качество медицинской помощи, проведен пересмотр недостатков деятельности медицинского персонала. К типичным недостаткам деятельности медицинских работников государственных организаций здравоохранения следует отнести:

- отставание научно-методической базы по совершенствованию организации медицинской помощи от изменений в социально-экономической политике страны [8,59];
- запаздывание цифровизации здравоохранения и информатизации деятельности учреждений, подразделений и специалистов со средним медицинским образованием по разделам медицинской помощи [40].

Преодолению этого способствует Региональный план действий в области цифрового здравоохранения для Европейского региона ВОЗ на 2023-2030 годы, в котором EPW учредила флагманскую инициативу «Расширение возможностей через цифровое здравоохранение», в рамках которой цифровое здравоохранение рассматривается, как перспективный ускоритель преобразования систем здравоохранения;

- несоответствие сформировавшейся структуры деятельности АПО современным подходам к ее оказанию в мире [108]. Вследствие этого государственная система здравоохранения недостаточно конкурентоспособна в формирующемся рынке оказания медицинской помощи за дополнительную плату, после чего она превращается в медицинскую услугу [71,101];
- недооценка роли и места медицинских работников со средним и высшим сестринским образованием, недостаточное использование их возможностей для самостоятельной работы в пределах компетенции [39,42,46,50,52,57,58,61,66,104,135,140,144].

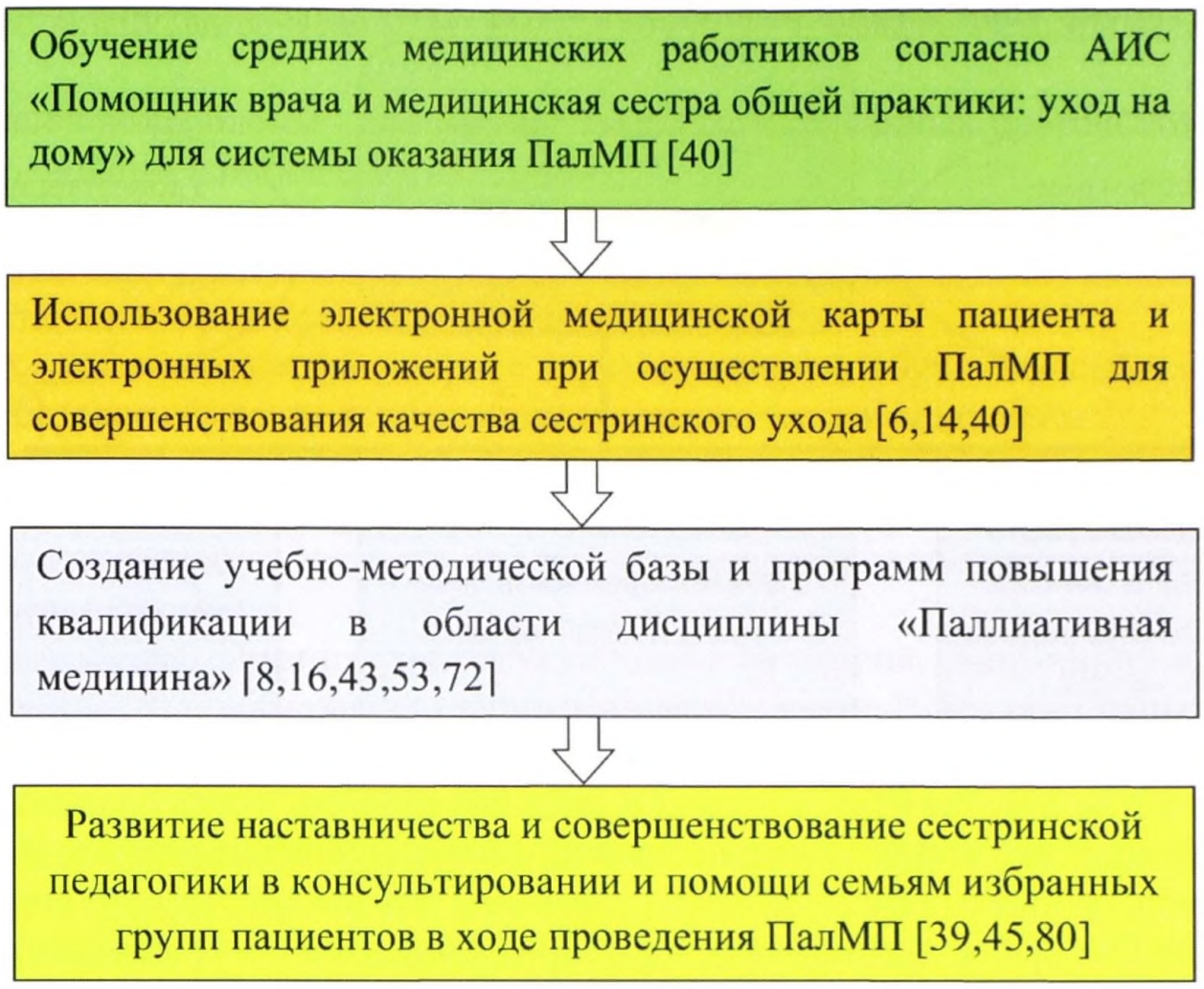


Рис. 8. Тенденции совершенствования паллиативной медицинской помощи

Успешный опыт предоставления медицинской помощи высокого качества в условиях медицинских организаций негосударственной формы собственности (далее – фирм), а также анализ тенденций совершенствования ПалМП (рис. 8) свидетельствует о следующем. Системные преобразования, направленные на применение новых финансово-экономических, правовых, профессиональных подходов, из разряда эпизодов успешности отдельных фирм превращается в высокоэффективную систему оказания медицинской помощи. В целом это базируется на эффективном менеджменте и непрерывном росте доступности и качества медицинских услуг, в связи с чем, опыт обеспечения качества медицинского обслуживания является полезным для дальнейших преобразований в государственном здравоохранении [69,70,101,108].

ВОЗ предложены для оценки следующие компоненты качества медицинской помощи.

Основные компоненты качества медицинской помощи (рекомендации ВОЗ):

- Квалификация врача (МС)
- Оптимальность использования имеющихся ресурсов
- Риск для пациентов при оказании медицинской помощи
- Удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью.

Проведенное анкетирование пациентов позволило оценить степень удовлетворенности качеством помощи (рис. 9).

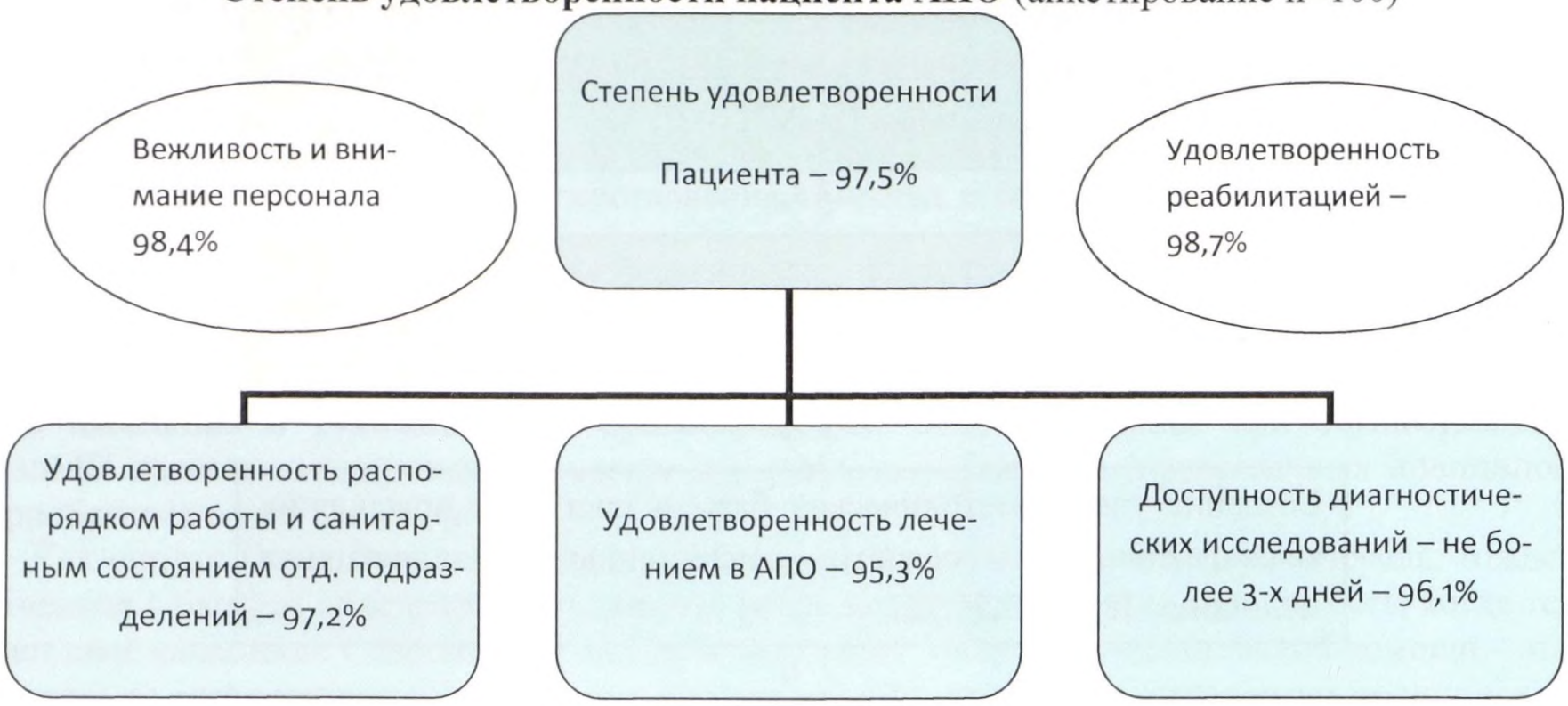


Рис. 9. Степень удовлетворенности пациента в АПО оказанной медицинской помощью

В ходе осуществления анонимного анкетирования пациентов ОЗ установлена боязнь пациентов о возможности идентификации, что стало серьезным препятствием для получения объективных результатов.

Таблица 6.1

Карта процесса управления качеством медпомощи

Act (корректируйте) Как улучшить?	**Plan** (планируйте) Что делать? Как? Сроки?
Check (проверяйте) Результат? Эффективность?	**Do** (делайте) Делать по плану

При составлении карты процесса управления качеством медпомощи ОЗ проводится анализ для получения ответов на ряд вопросов (табл. 6.1).

Индикаторы качества оказанной медицинской помощи

- Расхождение сестринского диагноза при перекрестном контроле (с учетом времени его постановки)
- Расхождение диагнозов при внешнем контроле ВОП (памятуя о разнице врачебного и сестринского диагнозов)
- Сроки установления диагноза, необходимого для взятия под опеку ПалМП
- Доза облучения на пациента при постановке диагноза
- Частота осложнений при проведении диагностических процедур
- Повторные диагностические процедуры
- Возникновение ИСМП
- Частота применения высокотехнологичных методик
- Время ожидания исследования [14].

Анализируя индикаторы качества оказанной медицинской помощи, опираются на факторы, влияющие на установление верного диагноза.

Факторы, влияющие на постановку правильного врачебного диагноза

- Дефекты выполнения диагностических методов.
- Процессы интерпретации и установления диагнозов.

- Неправильный выбор и непоследовательное использование методов исследования – 80%.

Выход в решении проблемы - применение стандартизированных протоколов исследования больных при основных клинических синдромах.

Контроль качества предоставляемой медицинской услуги при уходе:

1. Контроль на входе (регулярное изучение мнения; скрининг на этапе регистрации; подписание контракта; анти-фрод проверка на плагиат).
2. Первичное тестирование (регулярное изучение мнения; обучение основам делового взаимодействия; базовое обучение техническим и поведенческим модулям).
3. Балльная оценка (психологом и консультантом в одном лице в интересах пациента) (оценка качества работы; регулярная проверка рейтинга; подбор типичных пациентов, привлечение индивидуальных консультантов по профилю согласно особенностям течения заболевания).
4. Программная сертификация (квалификационная категория, стаж общий и специальный, проверочные вопросы; понимание ситуации в отрасли; знание НПА, стандартов по ПалМП).
5. Утверждение (валидация) (100% вычитка всех анкет; сверх квотированное качество заполненных правильно анкет; выборка для отдела качества; анти-плагиат система).

Методология осуществления контроля качества предоставляемой медицинской услуги: оценочная форма (результаты оценки вносились в разработанную структурированную форму Анкеты).

Структура анкеты (разные блоки и разделы Анкеты имеют различный удельный вес, следовательно, по-разному влияют на конечный результат исследования).

Важным в обеспечении системы управления качеством медицинской помощи является отношение самого пациента к оказанию ему помощи именно в данной организации.

Критерии лояльности к конкретной ОЗ подразделены на субъективные и объективные показатели.

Объективные показатели лояльности пациента и его приверженности в будущем пользоваться услугами данной медицинской организации (фирмы):

1. Предпочтение данной сети (фирмы, кластера) остальным;
2. Нечувствительность к предложениям конкурентов;
3. Эмоциональная удовлетворенность качеством ПалМП;
4. Желание продолжить сотрудничество в дальнейшем в этой ОЗ (кластере).

Субъективные критерии лояльности пациента и его приверженности в будущем пользоваться услугами данной фирмы:

1. Активность предложения медицинской услуги по уходу данным кластером;
2. Скорость реакции на предложение;
3. Профессиональная компетентность Пвр (МСОП), вежливость персонала;

Непрерывное улучшение качества предоставляемой ПалМП:

– в основе управления лежит практико-ориентированное обучение на курсах ПК и ПП, предотвращение повторения ошибок симуляционным обучением;

– дефекты возникают не в связи с деятельностью Пвр (МСОП), а в системе организации медицинской помощи;

– от оценки и контроля к обеспечению качества;

Непрерывное улучшение качества представляет обеспечение качества медицинской помощи, направленное на предотвращение ошибок [41].

Экспертиза качества медицинской помощи:

- ✓ выявление нарушений в оказании медицинской помощи в целом;
- ✓ оценка правильности выбора стандарта;
- ✓ оценка степени достижения результата;
- ✓ установление причинно-следственных связей дефектов.

Основные принципы управления качеством медицинской помощи

I принцип – Ориентация на потребителя

II принцип – Лидерство руководителя [45,140,141]

III принцип – Вовлечение работников

IV принцип – Процессный подход

V принцип – Системный подход к менеджменту

VI принцип – Постоянное улучшение

VII принцип – Принятие решений, основанных на фактах

VIII принцип – Взаимовыгодные отношения.

В системе мер по преодолению недостатков в обеспечении качества медицинской помощи приоритетными направлениями в области охраны здоровья и демографической безопасности в Республике Беларусь на 2021–2025 годы применительно к рассматриваемой теме остается:

✓ развитие амбулаторно-поликлинической службы на основе цифровизации и применения электронных средств в работе среднего медицинского персонала [15,22,78,108];

✓ совершенствование системы укрепления института семьи [51,52];

✓ обеспечение организационно-методической основы для работы с современными средствами передачи информации [79].

Предлагается пример комплексного подхода к улучшению качества медицинских услуг в ОЗ с учетом рекомендаций ВОЗ.

Стратегическое решение о внедрении системы управления качеством (СУК) медицинской помощи в ОЗ было принято в 2012 г.:

- достижение медико-демографических показателей здоровья на территории проживающего населения;
- высокая доступность и качество медицинских услуг;
- внедрение новейших методик диагностики и лечения наиболее распространенных НИЗ;
- развитие новых высокотехнологичных медицинских услуг и направлений по предупреждению НИЗ;
- аккредитация деятельности данной ОЗ не только по обеспечению качества медицинской помощи, но и по сотрудничеству в практической ориентированности научных разработок с учреждениями образования (Акты внедрения в практику, педагогическую деятельность посредством развития системы непрерывного образования на протяжении всей жизни);
- расширение географии потребителей медицинских услуг за счет инновационного направления медицинской деятельности.

Выводы. В настоящее время происходит совершенствование системы управления качеством медицинских услуг, на этом пути могут быть успех и неудача, но вспомним оптимизм У. Черчилля: «Успех – это способность идти от неудачи к неудаче, не теряя энтузиазма», чего авторы желают читателям. Тем, кто только начинает деятельность в области ПалМП в уходе, уместен совет Конфуция: «Делай то, что не хотят делать другие, тогда добьешься того, чего не могут другие».

В развивающейся кластеризации рынка медицинских услуг приоритет будет отдан предпочтению пациента качеству медицинской услуги, обеспечиваемой системой ее управления. Это сложное действие, вызванное потребностями настоящего времени в ПалМП, при этом: «Вы можете не меняться. Выживание не является обязанностью» – У.Э. Дёмин.

Вопросы для саморазвития

1. В чем состоит значение и каковы причины внимания к системе управления качеством медицинской помощи?
2. Каковы причины, влияющие на качество медицинской помощи, и что означает флагманская инициатива Европейского региона ВОЗ на 2023-2030 годы «Расширение возможностей через цифровое здравоохранение»?

3. Назовите основные компоненты качества медицинской помощи для МС при паллиативном уходе

4. Знаете ли вы этапы управления качеством качество медицинской помощи?

5. Перечислите известные принципы и индикаторы при управлении качеством медицинской помощи

Домашнее задание

Самостоятельно ознакомиться с литературой [7,25,27,30,33,38,46].

Просмотр мультивидео-презентаций «Новые реалии в сестринском деле в Республике Беларусь», «Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов»,

«Состояние цифровизации в профессиональной деятельности помощников врача и медицинских сестер при оказании медицинской помощи в уходе на дому: особенности».

Раздел III. Технологии медико-социального взаимодействия в инструкции по паллиативному уходу на основе АИС

Глава 7. Инструкция по применению программы «АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому»

Область применения

Потребность населения в доступной медицинской помощи возрастает наряду с усилиями государства по ее обеспечению.

Вид медицинской помощи – ПалМП – объективно востребована, при наличии неизлечимых, требующих применения методов избавления от боли в целях улучшения качества жизни пациента, отождествляя гуманизм общества и медицины на основе холистического подхода*(глоссарий).

Согласно Конституции Республики Беларусь (ред. 2022) и правовым нормативным актам Республики Беларусь гражданам гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение за счет государственных средств, в порядке, установленном законом. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания.

Особое внимание в сестринском деле направлено на перспективы изменения должностных обязанностей помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) и медицинских сестер общей практики (МСОП) на участке врача общей практики (ВОП). Приоритетом избрано сестринское образование и подготовка специалистов к исполнению новых функций посредством расширения должностных обязанностей с учетом современных технологий электронного здравоохранения в рамках развития доступности медицинской помощи.

Областью применения является деятельность Пвр и МСОП в обеспечении паллиативного ухода за пациентами на дому на участке врача общей практики (ВОП) на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Программный продукт может быть полезен не только медицинским работникам, но и лицам, оказывающим услуги по социальному уходу, ближайшему окружению пациента (членам семьи), волонтерам.

Сокращения

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
АСМ-модель – адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентами на дому
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ИКТ – информационно-коммуникативные технологии
МСОП – медицинская сестра общей практики
НИЗ – неинфекционные заболевания
Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи
ПМП – первичная медицинская помощь
СУК – система управления качеством
ХБС – хронический болевой синдром

Введение

Инструкция подготовлена в соответствии с требованиями законодательства к подобным изданиям, соответствует основным направлениям политики Министерства здравоохранения Республики Беларусь и рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по реализации положений Регионального плана действий в области цифрового здравоохранения для Европейского региона ВОЗ на 2023-2030 годы.

Решение ВОЗ объявить 2021 год Международным годом медико-санитарных и социальных работников инициировало проведение научных практико-ориентированных исследований в области сестринского дела, включая постепенное расширение должностных полномочий МСОП

и Пвр, базирующееся на реализации с флагманской инициативы ВОЗ «Расширение возможностей через цифровое здравоохранение».

Актуальность предложенных в инструкции материалов обусловлена современными тенденциями в системе здравоохранения, в том числе опосредованными динамикой демографической ситуации (старением населения), увеличивающей потребность рынка кадровых ресурсов здравоохранения в медицинских работниках, обеспечивающих сестринский уход на дому.

Стандартизация технологических процессов, осуществляемых МСОП (Пвр) при уходе за пациентом на дому на основе единой формы ведения пациентов с хронической неинфекционной патологией (протоколов) базируется на унификации требований к документированию сестринского процесса, позволяющему оценивать его своевременность, контролировать качество и объем, выполнено с учетом требования стандартизации.

Использование информационных технологий в работе команды ВОП базируется на цифровизации системы здравоохранения как процессе, способном снизить темпы роста затрат на функционирование системы, повысить доступность и качество медицинских услуг в кратко- и долгосрочной перспективе, влиять на медицинскую, социальную и экономическую эффективность оказанной людям помощи.

Имеющийся уровень информатизации организаций здравоохранения г. Минска и по стране в целом позволяет приступить к новому этапу его использования в области сестринского дела, к обучению.

Инструкция обязательна для применения в районных амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения Республики Беларусь.

Требования (основной раздел)

В инструкции спроектирована и реализована автоматизированная информационная система (АИС) «Элементы цифровизации при уходе за пациентами на дому в деятельности Пвр и МСОП» на основе функционирующей в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО) электронной медицинской карты пациента (ЭМК).

В качестве идеологии программного продукта предложено использовать адаптационно-ситуативную модель ухода за пациентами на дому (Матвейчик Т.В., 2021) с использованием протоколов наблюдения и ухода за пациентами в соответствии с этапами сестринского процесса (Матвейчик Т.В. и др., 2011).

На этой основе было разработано оригинальное программное обеспечение в форме АИС, включающее: электронные протоколы ухода за пациентом на дому; программный продукт и устройство для документирования сестринского вмешательства при оказании медицинской помощи на дому с помощью АИС «Пвр и МСОП: уход на дому»; диалоговое окно, включающее алгоритм действий согласно стандартному протоколу, а также электронный лист учета медикаментов и перевязочного материала, изделий медицинского назначения. Разработанный электронный сервис обеспечивает стандартизацию сестринских вмешательств и позволяет оптимизировать документационное обеспечение процесса оказания медицинской помощи.

Обоснование и оценка условий для разработки АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому»

Согласно проекту «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь» в настоящее время осуществляется:

✓ Компонент 1. Создание электронного здравоохранения и системы поддержки принятия клинических решений.

✓ Компонент 2. Повышение уровня клинических компетенций работников здравоохранения по ведению неинфекционных заболеваний.

✓ Компонент 3. Модернизация системы оказания неонатальной помощи в государственном учреждении РНПЦ «Мать и дитя».

Два первых компонента указанного проекта способствуют решению задач при разработке АИС «Пвр и МСОП: уход на дому» раздела 13 ЭМК «Немедикаментозное лечение».

Условия для разработки и внедрения АИС «Пвр и МСОП:уход на дому»:

1. Разный уровень технологической зрелости ИКТ на участке ВОП, ведущая к разрозненности объектной идентификации сведений о пациенте как следствие отсутствия единых стандартов обмена информацией.
2. Несовершенство нормативного правового поля в области развития ИКТ на участке ВОП и его отставание от потребностей практической медицины.
3. Ограниченные коммуникации между медицинскими работниками системы ПМП и поставщиками ICT-товаров и услуг, тормозящие практическую ориентированность на уход за пациентом на дому.
4. Отсутствие системы управления качеством электронных услуг при уходе за пациентом на дому.
5. Низкая вовлеченность пациентов как конечных потребителей услуг.

Нормативные ссылки

В инструкции использованы ссылки на следующие нормативные документы:

- ✓ Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021-2025 годы [77];
- ✓ «Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь» на 2021–2025 годы (далее – Концепция) [96];
- ✓ «План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции» [109];
- ✓ доклад ВОЗ «О состоянии сестринского дела в мире: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» (Копенгаген, 2020) [129];
- ✓ резолюции ВОЗ, касающиеся общественного здоровья, сестринского дела, становления общей врачебной практики (1988-2021) [50];
- ✓ проект «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь» в рамках Соглашения о займе между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития.

Цель инструкции

Цель АИС «Пвр и МСОП: уход на дому»: совершенствование технологии ухода за пациентом на дому при отдельных проблемах согласно сестринскому процессу для повышения качества медицинской помощи; обеспечение информационно-методической поддержки лицам, осуществляющим ПалМП.

Задачи АИС «Пвр и МСОП: уход на дому»:

1. Создание архитектуры электронного документа на основе ЭМК.
2. Поддержка в автоматическом режиме взаимодействия с ВОП и лабораторно-диагностическими программами ОЗ.
3. Поддержка единых классификаторов сестринского процесса при немедикаментозном лечении пациента.
4. Предложение методики и алгоритмов программы действий Пвр или МСОП при уходе на дому, объединяющей электронные записи о пациентах с архивами изображений и исследований в динамике наблюдения и результатами мониторинга лабораторно-инструментальных исследований для работы у постели пациента.
5. Применение в структуре ЭМК клинических протоколов ухода и листов динамического наблюдения при различных проблемах пациента с НИЗ.

Примеры сестринских проблем: при хронической боли, риске обезвоживания, ограничении подвижности, лечении пролежней, неадекватном питании, нарушении функции кишечника, нарушении личной гигиены, при лихорадке, нарушении сна, тревожности взрослого пациента, тошноте и рвоте, при обучении взрослого пациента уходу за стомой, потере ощущений собственного тела (дезориентация, дезадаптация), для профилактики инфекции мочевых путей при наличии постоянного катетера (прил.1-16, протоколы 2-15).

Очевидные предпосылки для практической медицины (сестринский уход за пациентом на дому) в применении кластерных* подходов:

- Наличие идеи оптимизации ухода за пациентом на дому
- Наличие технологии сестринского ухода за пациентом на основе сестринского процесса
- Спрос на удешевление медицинской помощи у части населения
- Технологически простые действия МС
- Ограниченность финансирования системы здравоохранения в целом
- Степень традиционной кооперации с социальной поддержкой и фармацией
- Наличие двух свойств кластерных характеристик (фокусной сосредоточенности вокруг РНПЦ и учебных заведений и качественной, обусловленной взаимодействием поставщика и потребителя-пациента услуги по уходу).

Описание технологии использования АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому»

Для начала работы с сестринским протоколом нам необходимо авторизоваться и войти в систему (схема 1).



Схема 1. Авторизация в системе АИС

Далее необходимо раздать необходимые права для конкретной должности на данный модуль системы. У нас будут права администратора (схема 2).

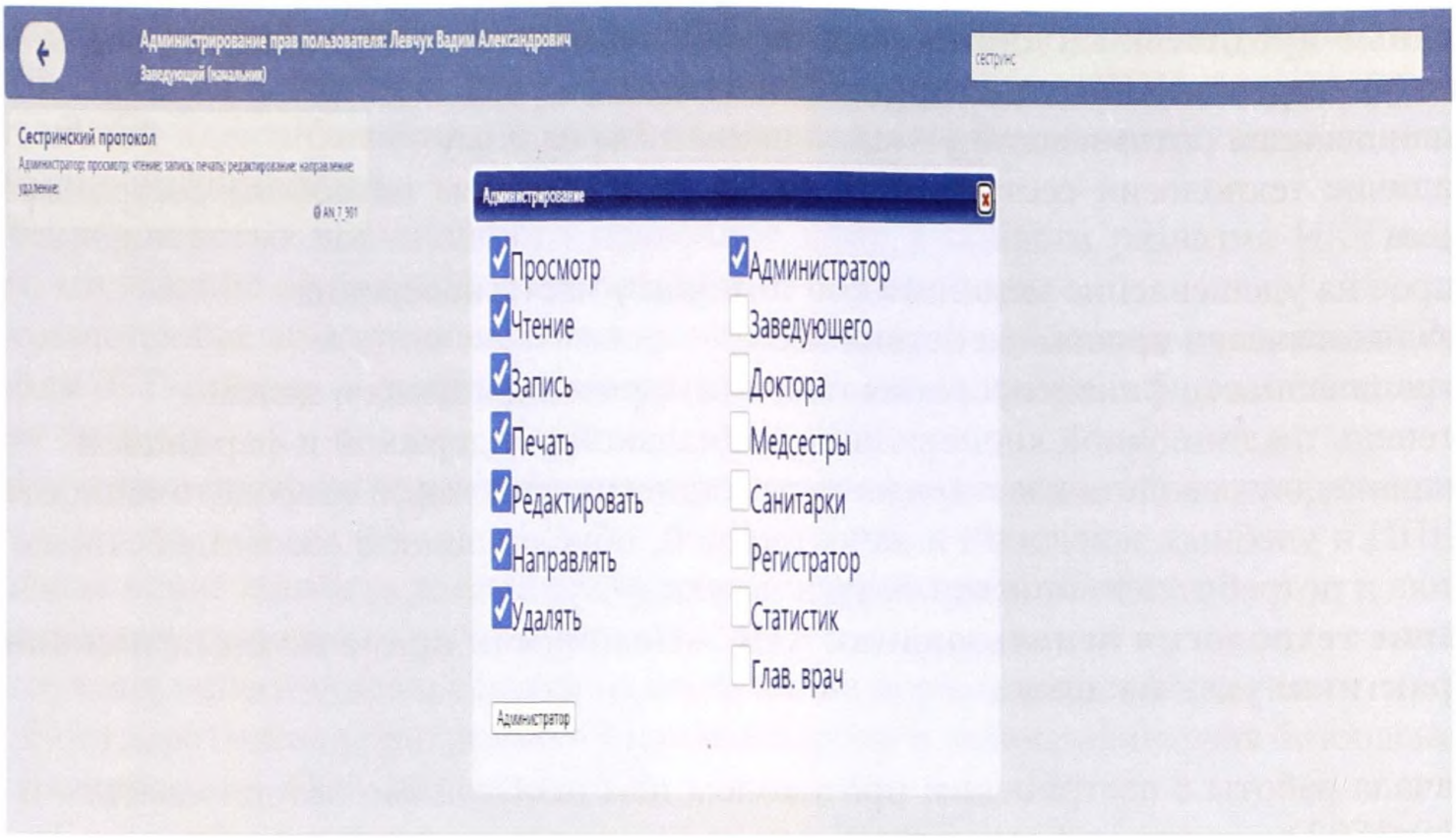


Схема 2. Получение права пользователя системой АИС

Поскольку мы работаем с конкретным пациентом, нам нужно найти его через регистратуру и зайти в его ЭМК (схема 3).

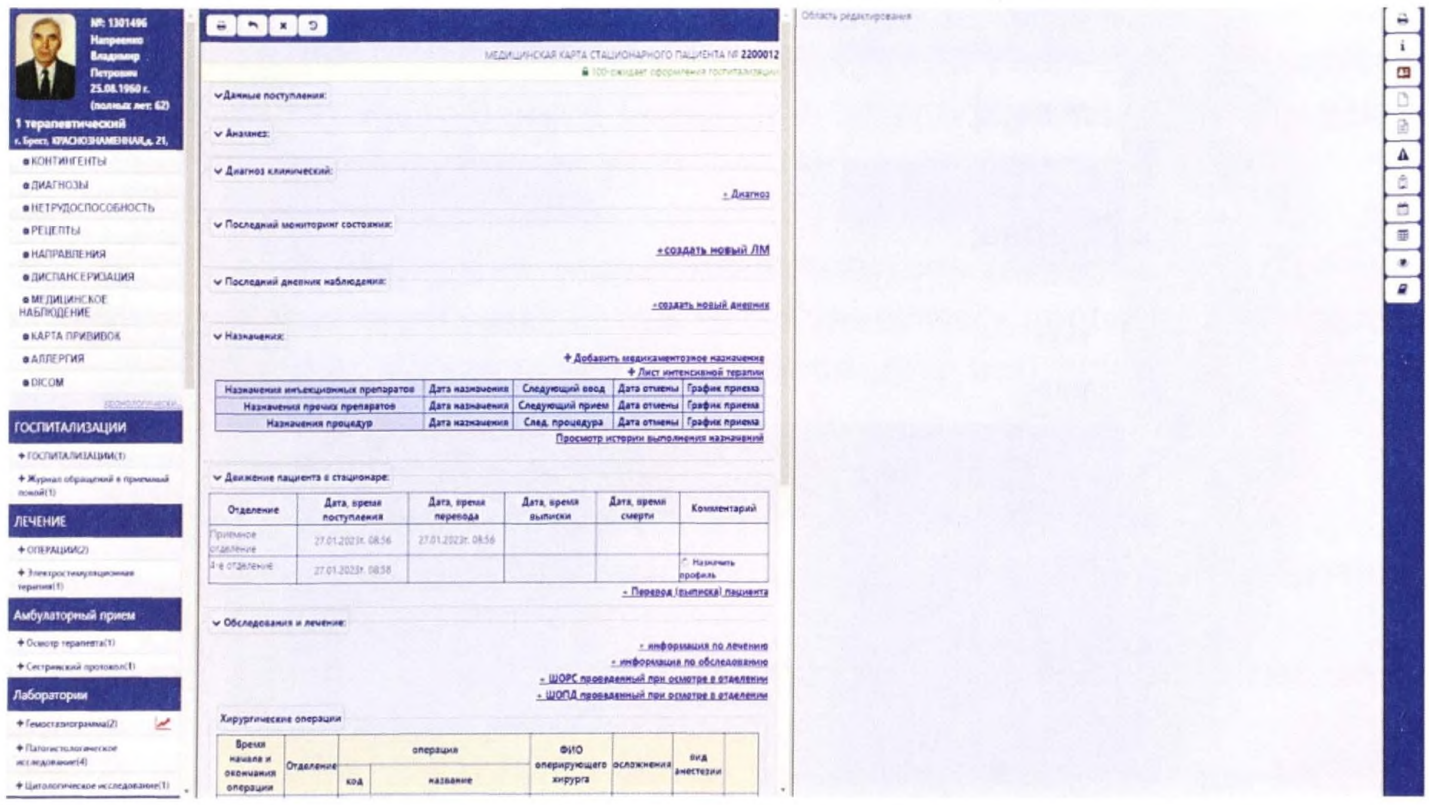


Схема 3. Поиск и вход в ЭМК пациента

Для подготовки протокола какого-то конкретного случая для визита на дом с целью ухода МСОП или Пвр, нужно для начала создать сам сестринский протокол, в рамках которого мы будем использовать все необходимые протоколы по данному случаю (схема 4).

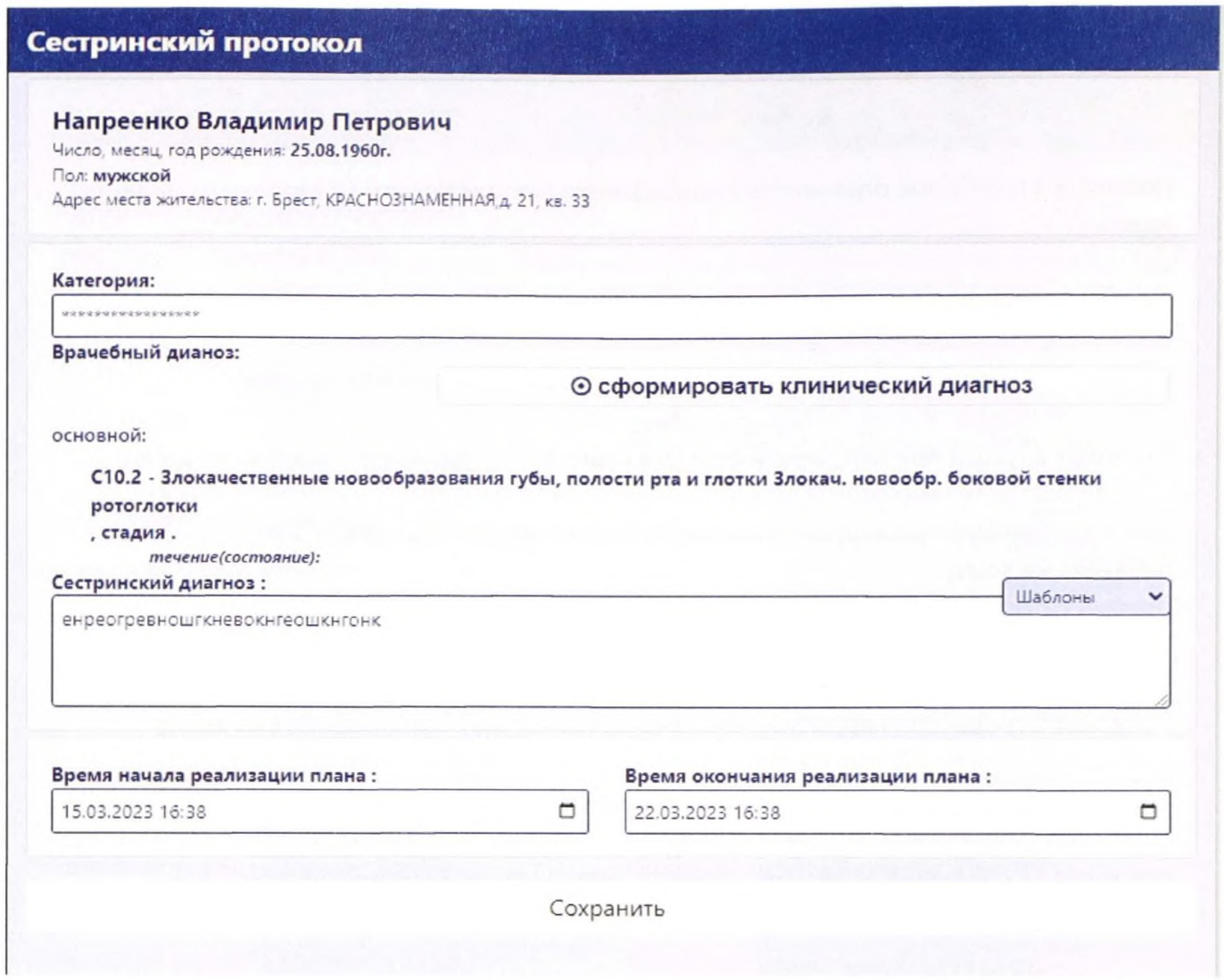


Схема 4. Создание сестринского протокола в системе АИС

Заполняем все необходимые поля и нажимаем кнопку «сохранить» (схема 5).

Схема 5. Заполнение полей и сохранение данных

Появляется созданный сестринский протокол, к которому мы будем прикреплять протоколы дальнейшего посещения МСОП по конкретному случаю. Мы сможем увидеть, что выполнялось в рамках конкретного случая и отслеживать изменения.

При нажатии на кнопку «Добавить сестринский протокол посещения» у нас появляется выбор протокола конкретного случая, их может быть несколько в рамках одного пациента (схема 6).

Добавить сестринский протокол посещения

Протокол 2 (при риске обезвоживания)

Протокол 3 (ухода при ограничении подвижности (неподвижности) у взрослого пациента на дому)

Протокол 4 (ухода и лечения пролежней (трофических язв) у взрослого пациента на дому)

Протокол 5 (ухода при неадекватном питании у взрослого пациента на дому)

Протокол 6 (ухода при нарушении функции кишечника у взрослого пациента на дому)

Протокол 7 (ухода при нарушении личной гигиены, надевании одежды у взрослого пациента на дому)

Протокол 8 (ухода при лихорадке у взрослого пациента на дому)

Протокол 9 (ухода при нарушении сна, тревожности у взрослого пациента на дому)

Протокол 10 (ухода при тошноте и рвоте у взрослого пациента на дому)

Протокол 11 (обучения взрослого пациента уходу за стомой (гастро-трахео-илео-цистостомой) на дому)

Протокол 12 (ухода при потере ощущения собственного тела (дезориентации, дезадаптации))

Схема 6. Добавление сестринского протокола посещения» по конкретному случаю

Выбираем нужный нам протокол согласно ситуации и сестринскому процессу (схема 7).

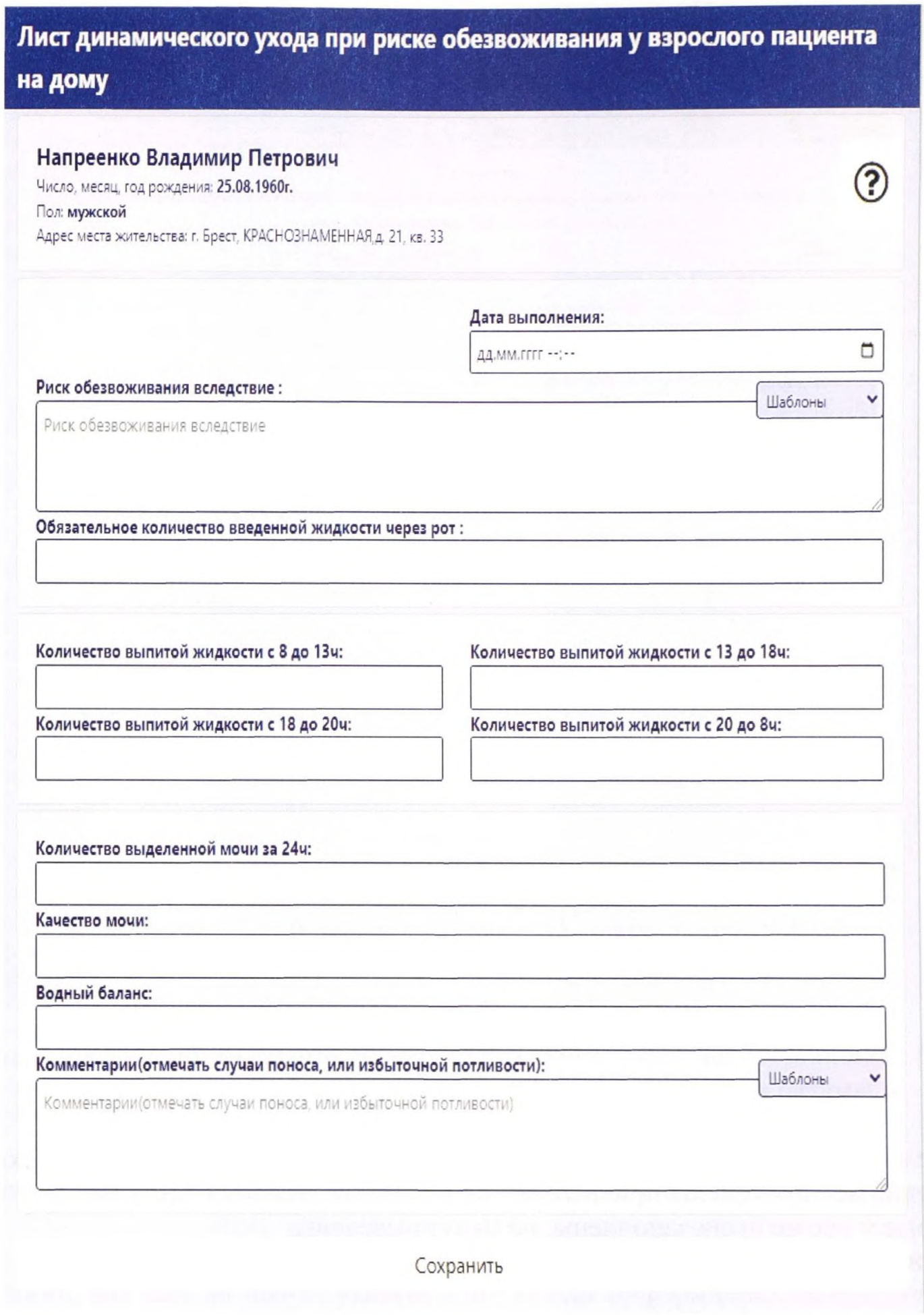


Схема 7. Лист динамического ухода при конкретной проблеме пациента

NB! Обратите внимание, что к каждому протоколу имеется «Памятка для медицинской сестры», что ей нужно выполнить в рамке данного конкретного протокола, которая открывается при нажатии на значок «вопроса» в блоке информации ЭМК пациента (схема 8).

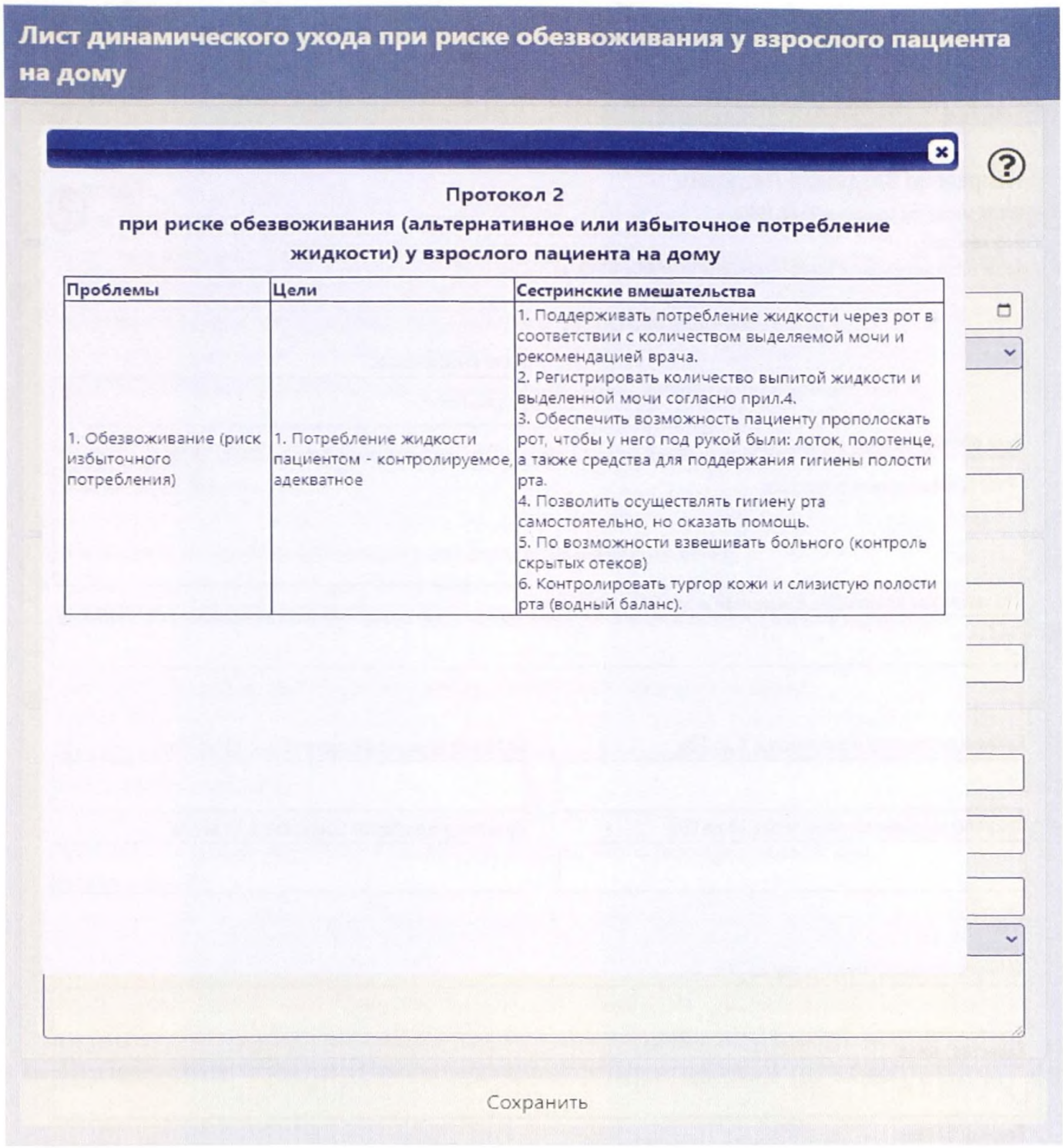


Схема 8. Заполнение листа динамического ухода по конкретному протоколу согласно «Памятке для медицинской сестры» для конкретного вмешательства

Заполняем всю необходимую информацию и нажимаем кнопку «сохранить» (схема 9). После сохранения все протоколы прикрепляются к ранее созданному сестринскому протоколу. Поля, которые у нас не были заполнены, не будут выведены.

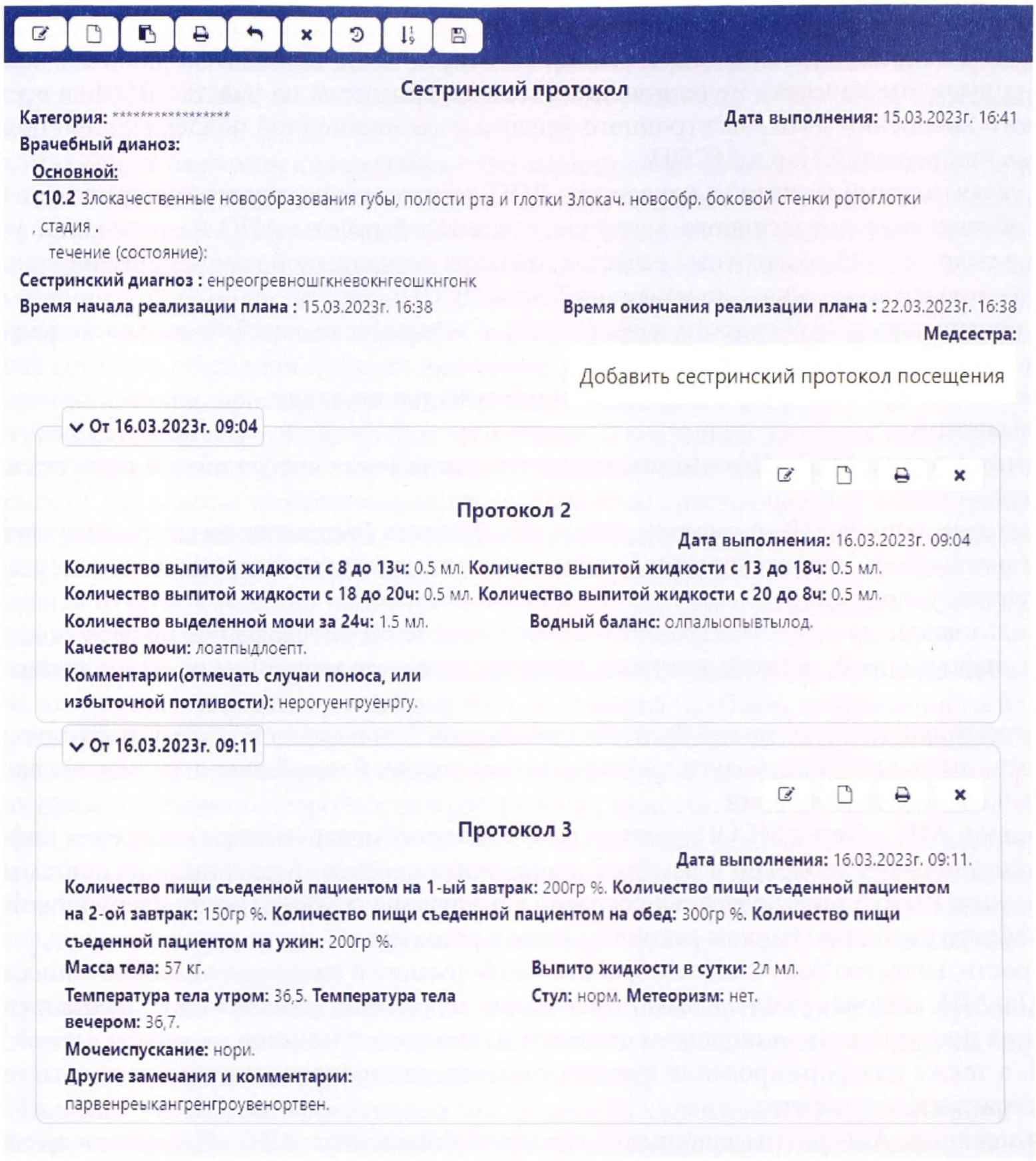


Схема 9. Заполнение необходимой информации по протоколу и ее сохранение

Каждый протокол конкретного случая с проблемами пациента можно редактировать в ЭМК, возможно, мы забыли что-то указать или указали информацию неверную/некорректную.

Также при последующем визите, если нужно создать такой же протокол и данные изменились незначительно, то мы можем создать новый протокол на основании уже существующего документа, изменив необходимые данные.

Распечатать сестринский протокол можно как со всеми протоколами, так и каждый протокол конкретного случая по отдельности.

Возможно, по какой-то причине нам нужно удалить протокол, то есть возможность удалить 1 протокол с конкретным случаем или полностью сестринский протокол, в рамках которого мы создавали протоколы под каждый случай.

Критерии оценки эффективности метода и условия осуществления

- сокращение времени оформления медицинской документации и периодической отчетности Пвр и МСОП;

- переориентация технологии манипуляций при уходе на дополнение технологией психологической поддержки пациента и семьи;
- повышение качества медицинского ухода за пациентом на участке ВОП за счет комплексного внедрения ЭМК, электронного рецепта и дистанционной поддержки при принятии клинических решений Пвр и МСОП;
- развитие тимбилдинга* в коллективе ВОП, влияющего на качество сестринского ухода;
- обеспечение оперативного контроля показателей работы АПО на отдельном участке ВОП и в целом по ОЗ, экспертизы качества оказания медицинской помощи; ограничение трудоемкого процесса ведения документации Пвр и МСОП;
- повышение достоверности информации о показателях лечебно-диагностической работы и финансовой деятельности ОЗ.

Возможные проблемы при заполнении протоколов по уходу

Не выявлено.

Оценка метода АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому»

Внедрение данной АИС позволяет расширить функции специалистов со средним специальным образованием, оптимизировать взаимодействие медицинских работников в реальных клинических условиях.

Использование данного электронного сервиса обеспечит оптимизацию профессионального обмена информацией, а также контроль качества оказания медицинских услуг пациентам в АПО.

Программный продукт может быть востребован не только медицинскими работниками, но и лицами, оказывающими услуги по социальному уходу, ближайшим окружением пациента (членами семьи), волонтерами.

Выводы. АИС «Пвр и МСОП: уход на дому» является инструментом внедрения цифровых организационных технологий в рамках 2 компонента проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь» согласно Соглашения о займе между Республикой Беларусь и Международным банком реконструкции и развития.

Скорость, качество получения и обработки информации о пациенте и своевременность оказания ПалМП, включая уход на дому, стали одним из условий повышения удовлетворенности населения доступностью и порядком оказания медицинской помощи, осуществляемой Пвр и МСОП, а также для формирования имиджа системы здравоохранения как гуманного направления политики государства.

Приложения. Алгоритмы заполнения сведений о пациенте в АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому» можно посмотреть на youtube.com по ссылке: https:/youtu.be/SvlvHQj2qeA

Глоссарий (14)

Врачебный диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья пациента в терминах врачебной компетенции.

Информатизация – организационный, социально-экономический и научно-технический процесс, обеспечивающий условия для формирования и использования информационных ресурсов и реализации информационных отношений.

Кластер – уникальная пространственно-распределенная на некоторой территории экономическая и социальная полифункциональная общественно-производственная структура, взаимно связанная друг с другом, в которой одна или несколько организаций распространяет положительное влияние на ближайшее окружение, обеспечивая потребителям получение наиболее эффективных услуг.

Команда – совокупность людей, ощущающих свою целостность и стремящихся к достижению определенной, осознанной цели, компенсирующих недостаток знаний друг друга, взаимодействующих не только на основе приказов и инструкций, но и на основе ожиданий и запросов.

Паллиативная медицинская помощь – вид медицинской помощи, оказываемой при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи. Она направлена на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента.

Патронаж – (франц. покровительство) – вид обслуживания, который предусматривает постоянный контроль состояния здоровья пациентов, регулярное посещение их жилищ, оказание необходимой помощи, проведение отдельных манипуляций.

Сестринский диагноз – комплексное заключение о состоянии здоровья пациента, принимаемое как единое целое физического, психического и социального благополучия, степень нуждаемости пациента в помощи медсестры и проблемы (настоящее или потенциальные) – физиологические, психологические, социальные, духовные, т.е. выявление отклонений от комфортного состояния пациента и помощь в пределах сестринской компетенции. Это описание внешней ответной реакции пациента на возникший патологический процесс в организме в терминах сестринской компетенции.

Сестринский процесс – метод организации деятельности медсестры, применимый в любой области, это систематическое применение метода решения проблем, направленного на физические, психологические и социальные потребности отдельного человека, семьи или группы людей в отличие от привычного традиционного подхода, основывающегося на профессиональных представлениях о потребности в сестринской помощи. Этот процесс связан с удовлетворением тех здравоохранительных потребностей людей или контингентов населения, которые могут быть удовлетворены наиболее эффективным образом именно посредством сестринской помощи. Представляет собой совокупность 4 действий: обследования, планирования, выполнение и оценка результатов. Это динамичный процесс, ведущий к необходимой адаптации и улучшению здоровья пациента.

Сестринский уход – работа, выполняемая медсестрами в соответствии с их функциональными обязанностями, их ролью. Можно охарактеризовать как поддержание охраны здоровья, уход за больными и оказание реабилитационной помощи.

Тимбилдинг – комплекс эффективных инструментов управления в перспективной модели корпоративного менеджмента, обеспечивающих полноценное развитие компании. Направлен на создание групп равноправных специалистов различной специализации, сообща несущих ответственность за результаты своей деятельности и на равной основе осуществляющих разделение труда в команде.

Уход – научно обоснованный набор медицинских услуг, обеспечивающий гигиеническое очищение полостей, кожи, осуществление отдельно жизненно важных функций (стул, мочеиспускание, дыхание, сон), способствующий положительным изменениям в течении заболевания, повышающий качество жизни не имеющих навыков самообслуживания потребителей. Бывает временным и постоянным. Осуществляется сиделками, обученными членами семьи под контролем или при участии МС.

Хронический болевой синдром – самостоятельное неврологическое заболевание продолжительностью более 3-х месяцев, сопровождаемое симптомокомплексом их постоянных субъективных ощущений, зависящих от характера заболевания, психологического состояния, жизненного опыта, индивидуального болевого порога больного человека. Не выполняет защитного действия, ведет к нарушению функций всех систем и психоэмоциональным расстройствам (утомляемости, нарушению аппетита и сна, тревоге и депрессии) с проявлениями дискомфортом, иррадиацией боли, местным повышением температуры.

Цифровизация – новый формат медицинской отрасли, совокупность компьютерных программ для управления системой здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи, цифровых диагностических систем, программ поддержки клинических решений и сервисов, гаджетов для дистанционного взаимодействия средних медицинских работников с врачом, для удаленного мониторинга жизненных показателей пациента. Цель: совершенствование качества медицинской помощи посредством прямого обмена информацией между всеми уровнями ее оказания и внедрение информационной поддержки организаторов здравоохранения, врачей и пациентов посредством информационно-коммуникационных технологий, обеспечивающих полноту и достоверность медицинской информации.

Электронная медицинская карта пациента – структурированная совокупность медицинских документов, записей о состоянии здоровья пациента, фактах его обращения за медицинской помощью и иной информации о пациенте в централизованной информационной системе здравоохранения.

Авторы-исполнители:
Матвейчик Т.В. _____
Солдатенко И.Г. _____
Левчук С.А. _____

Домашнее задание.

Апробировать собственные навыки по алгоритму осуществления паллиативного ухода согласно Инструкции по применению (Удостоверение №343 от 09.11.2023 г. на рационализаторское предложение об использовании в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова).

Глава 8. Команда врача общей практики в обеспечения качества медицинской помощи: условия, факторы, правила успешности

Реализация Государственной программы [77], Национальной стратегии «Активное долголетие – 2030» [43], рекомендаций ВОЗ по оптимизации первичной медико-санитарной помощи [100,108], Департамента ВОЗ по проблемам старения [11,15], Организации Объединенных Наций по стратегии обеспечения полнокровной жизни для лиц преклонного возраста [22,103], а также учет тенденций развития сестринского дела в Республике Беларусь в целом способствуют применению новых технологий на участке ВОП, Пвр (МСОП) [39,46,55,58,63,129]. Одной из них является тимбилдинг*.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ВОЗ и международные институты последовательно продвигают систему здравоохранения к пониманию нового места, совершенствованию функций МСОП, Пвр в команде ВОП в меняющейся системе оказания медицинской помощи через вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров [128,129].

Лидерство и менеджмент – это взаимосвязанные виды деятельности по совершенствованию оказания медицинских услуг. Как пишет Mintzberg, «вместо героических лидеров, которые не управляют, здравоохранению нужны управленцы, которые ведут людей вперед» (Mintzberg,2017). Сестринское дело будущего должно становиться символом милосердия, для чего необходимы особые специалисты – лидеры [32,45,55,63,140,141].

Для эффективного управления в области безопасности медицинской помощи пациентам полезен совет (ВОЗ, 2018): «…ключевыми ингредиентами успешного политического предпринимательства являются следующие принципы: испытывай рано, испытывай часто, не расти слишком быстро и слишком рано, сотрудничай с единомышленниками из разных секторов. Разработай убедительное обоснование своих намерений, и объясни, зачем они нужны».

Определенное значение имеют три основные способности лидера (Senge, Hamilton и Kania, 2015):

- способность видеть всю систему;
- содействие глубокому и совместному переосмыслению и критическому анализу для изучения допущений, которые принимаются как должное;
- перевод коллективного внимания от реактивного решения проблемы к совместному созданию будущего [45,140].

В то же время, «…глубокие изменения, необходимые для ускорения прогресса в решении наиболее непреодолимых проблем, связанных с неинфекционными заболеваниями, требуют уникального типа лидера – «системного лидера, человека-катализатора коллективного лидерства».

Здесь имеются в виду не героические лидеры традиционного типа, руководящие по принципу «сверху–вниз» посредством команд и контроля, обособленно от выполняемой работы, а скорее те, кто играют роль лидера более гибко и не явно, и применяют плюралистический и системный подход» (Senge, Hamilton и Kania, 2015).

Для специалистов, работающих в многопрофильной команде ВОП, потребуются новые особые компетенции, не обусловленные профессиональной специализацией:

✓ Достигать взаимопонимания с пациентом и его семьей благодаря эмоциям сопереживания, уважения и чуткости к культуре человека;

✓ Содействовать реализации права пациента на ПМП наилучшего качества, а также расширению прав и возможностей для активного участия пациента в ведении собственного заболевания (партисипативность*);

✓ Совместно с пациентом и членами его семьи эффективно действовать в области достижения показателей здоровья, обусловленных конкретной болезнью;

✓ Использовать вовлечение пациентов и граждан в ответственный диалог, хотя это и очень сложный процесс [3,5-9,16,21,25,27,30,33,47,48,72,82,84,87,111,115].

Как отмечал о системах здравоохранения автор (Braitwaite и др.,2017), они «двуличны, обманчивы и непредсказуемы…Всегда возникают непредвиденные обстоятельства, лучший урок – это плыть по течению сложности, рассматривать как формальную, так и неформальную динамику, быть готовым к непредсказуемым результатам, играть долгую игру и пользоваться появляющимися возможностями».

ВОЗ советует две стратегии по кадровому вопросу: обучения работников необходимым компетенциям в борьбе с НИЗ и более эффективного использования существующих медицинских работников [128,129].

Применение цифровых элементов на основе ЭМК пациента и модели скоординированной помощи человеку потребует сотрудничества ведомств и учреждений. Как писал М. Мид: «Первичная задача любого общества – сохранить сотрудничество людей в кооперативных формах труда, и любое положение вещей, делающих всех членов общества врагами друг друга, для него фатально».

Рост коэффициента иждивенчества, как следствие снижения адаптационных возможностей организма стареющего человека, приводит к тому, что уровень потребности бенефициаров во всех видах медико-социальной помощи превышает уровень ее обеспечения. Этот коэффициент составлял в 2013 г. 1487,8±15,2 на 100 респондентов и продолжает возрастать.

Давление на общественно-государственные расходы, обусловленные старением населения, возрастает во всех развитых странах: Швеции, Бельгии, США, составляя 20-40% всех расходов национального здравоохранения [65,106], что стимулирует поиск наиболее эффективных внебольничных форм обслуживания с учетом экономических возможностей страны.

Будущая модель оказания услуг здравоохранения происходит через трансформацию перехода от патологоцентристской парадигмы: «врач – больной» (неотложное биомедицинское лечение) к здравоцентристской идее: «врач – здоровый индивидуум – здоровое общество» (ориентация на достижение цели здоровья для всех с учетом комплексной потребности пациентов). Это позволяет определять тенденции в области здоровья на ранних этапах жизни, являясь стратегией для смягчения заболеваний и последующего их ведения (Grady и Gough, 2014) и возлагая особую ответственность на педиатрическую службу.

Тенденция к обучению и мотивации людей приверженности к сохранению и укреплению здоровья базируется на исследовании (Sorensen и др., 2015), выявившее «До 47% населения Европейского региона ВОЗ имеет низкий или недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья, что оказывает отрицательное влияние на здоровье и благополучие на всех этапах жизни». Осуществлять стратегии ВОЗ по удовлетворению спроса на борьбу с НИЗ возможно посредством обучения новых работников с необходимыми здравоохранительными компетенциями, или более эффективное использование имеющихся работников (Пвр, МСОП, МС образовательных учреждений).

Понятна обоснованность обучения медицинских работников системы ПМП партисипативному подходу, позволяющему вовлекать людей в совместное принятие решений о здоровье, уважать личные целей пациентов, но и наделять ответственностью за исполнение. Становится ясной необходимость развития уникальных компетенций многопрофильной команды ВОП, обеспечения успешного меж профессионального взаимодействия на уровне МСОП и социального работника [54,57,66,104,106].

Качественный труд специалистов команды ВОП при диспансерном наблюдении и оказании медицинской помощи обеспечивается присутствием 4 факторов труда:

- человеческого фактора – квалифицированный сотрудник желает работать в своей должности Пвр (МСОП или патронажной), обучен технологиям и стандартам, выполняет должностные инструкции, активно устраняет возникшие проблемы, принимает лидерство ВОП;

- организационного фактора – на рабочем месте МС имеются описание технологий, стандарты, должностные инструкции, регламент взаимодействия данной должности с работниками команды ВОП и подразделениями всей ОЗ;
- технического фактора – рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника;
- фактора времени – работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на уровне, соответствующем стандартам [101].

Для решения задач оказания медицинской помощи на участке ВОП важным становится умение и навык врача по объединению коллектива в компетентную и работоспособную команду [45,47,56,88,97]. У людей, объединенных общей целью, наблюдают несколько отличий:

- будущее, как удел отважных, не боящихся риска, страстных руководителей;
- вера в людей: «Каждый сотрудник – это личность огромной ценности и достоинства», – считает Билл Поллард;
- порядок в делах – критический взгляд на общую деятельность, оценка цели, задач, компетентность, силы и возможности.

Для специалистов, работающих в многопрофильной команде ВОП, потребуются новые особые компетенции, не обусловленные спецификой профессии:

✓ Достигать взаимопонимания с пациентом и его семьей благодаря эмоциям сопереживания, уважения и чуткости к культуре человека [5,8,16,27,44,55,60,84];

✓ Содействовать реализации права пациента на ПМП наилучшего качества, а также расширению прав и возможностей для активного участия пациента в ведении собственного заболевания (партисипативность*) [30,33,42-46];

✓ Совместно с пациентом и членами его семьи эффективно действовать в области достижения показателей здоровья, обусловленных конкретной болезнью.

Как отмечал о системах здравоохранения автор (Braitwaite и др.,2017), они «двуличны, обманчивы и непредсказуемы…Всегда возникают непредвиденные обстоятельства, лучший урок - это плыть по течению сложности, рассматривать как формальную, так и неформальную динамику, быть готовым к непредсказуемым результатам, играть долгую игру и пользоваться появляющимися возможностями».

ВОЗ советует две стратегии по кадровому вопросу: обучения работников необходимым компетенциям в борьбе с НИЗ и более эффективного использования существующих медицинских работников.

На правила и нормы в команде существенно оказывают влияние

- Критические события в истории команды, очень часто впоследствии действия рассматриваются как образец.
- Первенство – первое поведение служит как основа для будущих ожиданий.
- Явное выражение – лидеры или другие члены команды могут заявить о нормах.
- Перенос поведения – принесение командных норм извне.

Согласно известному правилу Парето, ВОП надо делать 20% всего необходимого, чтобы получить 80% результата. Существует ряд необходимых условий, без которых продуктивную команду не построить.

Условия, необходимые для этого обеспечения эффективной и компетентной работы команды ВОП

1. Требования к ВОП как организатору тактического уровня:

ВОП должен:

✓ обладать организаторскими способностями, ориентироваться на конкретный результат деятельности на участке;

✓ иметь навыки планирования работы своей и подчиненных;

✓ владеть навыками умения создать команду, руководить ею, привлечения тех, кто поддерживает требования к общей работе;

Наличие команды означает постоянный персонал, чёткое распределение ролей, высокую информационную и профессиональную компетентность участников, объединенных общей целью. Исследования показали, что *высокоэффективные команды характеризуются* следующим:

✓ имеют хотя бы одного человека, являющегося ядром команды (лидера);

✓ 'члены команды с удовольствием сотрудничают друг с другом;

✓ состав команды сбалансирован в зависимости от ролей, выполняемых членами команды;

✓ отличаются высоким качеством конечных результатов профессиональной деятельности;

✓ руководитель команды (ВОП) пользуются уважением благодаря примеру, который подают своим коллегам;

✓ члены команды ВОП имеют высокую степень автономности, предоставленную законодательными нормативными актами;

✓ способность быстро учиться на собственных ошибках;

✓ в действиях специалисты ориентированы на потребности пациента;

✓ имеют навыки оптимального решения ситуативных проблем и контролируют их своевременное разрешение (эффективная коммуникация);

✓ участники высокоэффективных команд мотивированы на достижение результата.

2. Управленческая команда легко собирается вместе. Дисциплина является обязательной для всех, никто не опаздывает, что отражает энергетическую согласованность общих действий как тест на слаженность команды.

3. Единое представление об общекомандных целях (достижимая, измеримая моделью конечных результатов деятельности организации, конкретная), задачах, одинаково понимаемых всеми и перспективах развития у всех членов команды. Основная ориентация – на результат всей команды, а не на выполнение отдельных операций. В случае, когда участники команды думают только о функциональных обязанностях, но не ориентируются на общую цель, возрастает опасность «перетягивания одеяла». Акцентируется внимание на сильных и слабых сторонах участников, а не команды в целом. Иногда ВОП целесообразно анкетировать коллег относительно основных направлений работы, поскольку внешние и внутренние кризисы команды зачастую связаны с потерей целевых ориентиров и переориентацией сознания коллег на управленческую борьбу с отдельными людьми или системами.

4. Личная заинтересованность о достижении командных целей каждым членом. При этом похвалы или материального вознаграждения за результат иногда бывает недостаточно. Наивысшие показатели производительности достигаются те сотрудники, у которых присутствует внутренняя мотивация, когда цели и способы их достижения (основанные на системе базовых ценностей) в полной мере разделяются всеми членами команды. Наблюдательный ВОП знает, кто и как в его команде относится к целям. Если мотивация кого-то из сотрудников неожиданно падает, на это обязательно отреагировать, возможно, поговорить с человеком об этом. Эффективность мотивации отражает эмоциональную и духовную вовлеченность во взаимодействие внутри команды, а также ответственность каждого за выполнение обязательств.

5. Информация внутри команды передается без затруднений и искажений. Этот отражает доверие членов команды друг к другу. В ситуации управленческой борьбы давать информацию о своей сфере ответственности опасно, так как может произойти «перехват» управления. ВОП целесообразно предложить каждому в коллективе высказаться на тему «Кому я доверяю меньше всех, кому больше всех и почему», а затем установить новый порядок обмена необходимой информацией.

6. Единая система ценностей и единство правил внутри команды, продиктованная видением проекта, стратегическими целями, интегрированными ценностями всех членов, что является непременным условием совместного выживания.

7. Существует единый лидер, признанный командой. Формальное и неформальное лидерство должно принадлежать только одному лицу, управляющему активностью остальных.

8. Четко определенная сфера ответственности каждого члена команды.

Команда нужна тогда и для того, чтобы решать сложные задачи по обеспечению доступности и качества помощи на участке ВОП, достигать поставленных целей, сохраняя единство и сплоченность членов коллектива.

Гармоничным взаимодействиям в команде ВОП друг с другом и с пациентом является ненасильственная коммуникация согласно определенным правилам (табл. 8.1).

Опираясь на культуру создаваемой ВОП команды, правила эффективной коммуникации ВОП, Пвр и МСОП с пациентом и его родными могут быть представлены следующим образом:

1. Поддерживать активный зрительный контакт с пациентом. Это позволяет медицинскому работнику быть максимально внимательным, а также сообщает пациенту, что все внимание направлено на него, и, следовательно, вызывает у пациента большее доверие.

2. Не рекомендуется делать два дела одновременно: например, слушать пациента и заполнять медицинские документы. Если пациент обращается в момент, когда невозможно оторваться от другой деятельности, то эффективная коммуникация предполагает, что диалог следует отложить: «Я обязательно вернусь к этому вопросу, чтобы более детально его обсудить. К сожалению, я не могу уделить вам все свое внимание прямо сейчас, но через четверть часа, завершив… (называется дело, активность), мы к этому вернемся». Большинство пациентов абсолютно нормально отреагируют на такое предложение.

3. Следить за языком телодвижений. Нахмуренные брови, напряженный лоб, недоброжелательный взгляд могут настроить пациента на негативный лад. В этом случае, корректные вербальные формулировки могут быть восприняты иначе.

4. Не перебивать пациента, давать возможность детально описать свое состояние.

5. Использовать язык позитивных конструктивных высказываний, доброжелательную манеру, приятный тон рекомендаций.

6. Учиться воспринимать агрессивные высказывания пациента (раздраженный тон, повышение голоса, использование конфликтогенов) как сообщение о его неблагополучном физическом и эмоциональном состоянии, осваивать мягкое конструктивное реагирование на это, опираясь на древнюю мудрость: «Мягкий ответ отворачивает гнев». Позволять пациенту высказывать боль, пытаться ставить себя на его место, видеть ситуацию с его точки зрения, выражая эмпатию и сочувствие (табл. 8.1).

Таблица 8.1

Правила эффективной коммуникации в деловом общении: МОЖНО и НЕЛЬЗЯ (Матвейчик Т.В., Гатальская Г.В., 2022)

Можно	Нельзя
Определять свою цель в коммуникации Уметь представлять себя (правило самопрезентации) Смотреть в глаза Улыбаться Обращаться по имени Быть позитивным Определять правильно момент в коммуникации Вовлекать в коммуникацию	Поворачиваться к человеку спиной, не попрощавшись и не завершив разговор Обращаться только к одному из присутствующих, игнорируя всех остальных Делиться своими проблемами или рассказывать о своих успехах Приводить самого себя и свои успехи в качестве примера для подражания Перебивать собеседника

Задавать вопросы Искать метафоры Держать паузу Говорить грамотно Шутить чаще Удивлять фактами Спорить только с собой Формулировать кратко Говорить «понимаю» вместо «нет» Делать комплименты Быть вежливым Ставить себя на место собеседника Признавать свои ошибки Сохранять достоинство Стараться завершать разговор первым Благодарить Менять и меняться	Разговаривать по мобильному телефону в присутствии других Критиковать кого-то в присутствии других Раздражаться и нервничать в присутствии других Отвечать на вопросы собеседника без энтузиазма и понимания Обращаться к людям на «ты» (если это не происходит по обоюдной договоренности) Негативно и резко реагировать на безобидные высказывания собеседника Нарушать правила вежливости и этикета Считать себя правым – во всем и всегда Нарушать формат общения, который сами установили Смеяться над собственными шутками громче всех

ВОП должен иметь примеры того, насколько успешно работает команда под его руководством (табл. 8.2).

Таблица 8.2

Признаки эффективной и неэффективной работы команды как результат работы ВОП

Эффективная	**Неэффективная**
1. Низкий уровень текучести кадров в команде	1. Высокий уровень текучести кадров
2. Высокое качество работы	2. Низкое качество работы
3. Достигнуты личные цели участников	3. Личные цели не достигнуты
4. Существует ясное понимание работы команды	4. Много времени теряется из-за нарушений процесса работы
5. Существует ясное понимание роли каждого в команде	5. Много времени тратится на противоречия между руководителем и подчиненными
6. Свободное, открытое общение и доверие среди членов команды	6. Нет понимания целей организации и роли команды
7. Команда часто генерирует общие идеи	7. Роль каждого члена команды неопределенна и неконкретна
8. Члены команды помогают друг другу, используя конструктивную критику и реальные предложения	8. Недоверие среди членов команды и со стороны руководителя
9. Если возникают проблемы, то исследуют причину породившую ее	9. Идея не является общей для всех
10. Члены команды стремятся к единому мнению	10. Команда не генерирует новых идей
11.Члены команды достаточно мотивированы, чтобы продолжать работу в отсутствии руководителей	11. Члены команды враждебно и негативно критикуют работу друг друга

	12. Проблему в работе решают поверхностно, обращая внимание на симптомы, а не на причины
	13. Решения по работе принимаются пассивно
	14. Члены команды считают работу скучной и делают ее неохотно
	15. Для успешной работы в команде нужно непосредственное присутствие руководителя

Как определить эффективность действующей команды ВОП

Прежде всего, по двум четким результатам: *производительности* (количество и качество результатов командного труда, их соответствие заранее установленным нормам и удовлетворению потребностей ее членов) и *по удовлетворению (*способность команды к насыщению индивидуальных потребностей ее членов к поддержанию стремление к командному труду, приверженность ее интересам). На этот элемент эффективности влияет знание определенных норм, действующих в команде.

Критерии успешности работы команды ВОП

1. **Продуктивность** является наиболее важным показателем успеха команды ВОП.
2. **Сплоченность** как понимание всеми членами коллектива удовлетворенности и совместной работой, и перспективой продолжить работу вместе.
3. **Обучение** как возможность профессионального роста и самореализации.
4. **Интеграция**, понимаемая как возможность выполнения сообща задач всей организации здравоохранения.

Особое место в успешном сотрудничестве занимают медицинские работники со средним и высшим сестринским образованием. Именно они смогут «…оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению…и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность» (ВОЗ).

Для достижения успеха в деятельности команды ВОП необходимо учитывать определённые факторы. «Единственное, что развивается в организации само по себе, – непорядок, разногласия и бездействие», – писал П. Друкер [101].

К факторам эффективности руководства работой команды ВОП относят:

- управление, которое должно соответствовать возможностям составляющих КМП людей и сложности цели;
- обратную связь между руководителем и подчиненными как необходимый компонент успешности общения;
- необходимость резерва, обеспечивающего коррекцию управления с целью достижения больших успехов;
- объективные и достижимые критерии оценки работы в команде, учет особенностей конкретных людей, ее составляющих [47,56,85,88,96].

Выделяют *две группы факторов, снижающих успешность* работы. Одна группа зависит от руководителя, другая – от исполнителей. К факторам, *снижающим эффективность* работы команды, зависящим от руководителя, относят отсутствие плана собственной деятельности, выполнение знакомой работы без учета элементов управления временем, отсутствие доверия к коллегам, недостаточное делегирование полномочий. Неумение ставить цели и задачи перед подчиненными и слабое использование навыков самоуправления впоследствии ослабляют успешность команды. Организатор, не знающий планов на жизнь коллег и не владеющий

навыками взаимодействия, не сможет успешно мотивировать их деятельность, не будет иметь инструменты для поощрения и наказания.

Многопрофильная команда в системе ПМП потребует уникальных компетенций от Пвр и МСОП (Halter и др., 2013) (прил. 20). Они включают достижение взаимопонимания с пациентами и членами их семей [2,3,9,27,44]; реализацию права больных людей на помощь наивысшего качества в системе ПМП [6,8,12,38,60]; расширять возможности пациента для максимально возможного участия в самоуходе [41,43,53,106]; выполнение новых ролей Пвр и МСОП по координации или консультированию [45,47,49,56]. При этом необходим механизм привлекательности подобного труда по вознаграждению, условиям труда и безопасности для жизни исполнителей.

Выводы. Команда ВОП становится связующим звеном участия общества в обеспечении качества медицинской помощи, чему будут способствовать организационно-психологические методики в их труде. Кредо, отражающее основные ценности организации здравоохранения и всех задействованных сторон, усиливает сплоченность и порождает согласованность действий участников, а культура в команде ВОП – это то, что долго достигается, но высоко ценится.

Сотрудничество медицинских работников носит комплексный междисциплинарный характер и основывается на современных достижениях медицинской науки с использованием методологии программно-целевого планирования, системного подхода, принципах доказательной медицины и знании эффективной коммуникации.

Вопросы для самообразования

1. Каковы условия для создания команды ВОП?
2. В чем суть лидерства современной МСОП (Пвр)?
3. Каковы факторы успешности работы команды ВОП?
4. В чем состоят преимущества для эффективности труда ВОП и МСОП (Пвр)?

Домашнее задание

Просмотр мультивидео-презентации «Медицинские сестры – важнейший ресурс сохранения здоровья нации», «Состояние цифровизации в профессиональной деятельности помощников врача и медицинских сестер при оказании медицинской помощи в уходе на дому: особенности».

Самостоятельно ознакомиться с инструкциями [80,82,88,93,97] и приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь [80,88].

Глава 9. Особенности консультирования семей по вопросам паллиативного ухода

Консультирование семей по вопросам ухода за онкологическим больным относят к самым сложным нравственно-этическим проблемам жизни и смерти [43,53,61,63,66,72,81,84,85,87, 102-104,111,120,135,143].

Пациенты, получающие ПалМП, их семьи и родственники интересуются прогнозами развития состояния и даже сроками продолжительности оставшейся жизни, что требует особых личностных нравственных этических качеств, осознания уровня ответственности за прогноз, но, главное, эмпатии, конгруэнтности*, особых знаний.

Философия сестринского дела предполагает конкретные обязательства перед пациентом, нуждающимся в ПалМП, т.е. профессиональную поддержку на принципах морали и нравственности.

МСОП, разделяющая философию сестринского дела, принимает на себя обязанности говорить правду, творить добро в меру возможностей, не причинять вреда, держать данное слово, быть преданной делу, которому посвящена ее деятельность, уважать право пациента на самостоятельность и обязательства других членов команды ухаживающего и поддерживающего пациента персонала.

Сущность труда врача и МСОП в помощи неизлечимому пациенту можно описать словами Владыки Филарета, Почетного Патриаршего Экзарха всея Беларуси: «Совесть нельзя разделить на ту ее часть, которая связана с профессией, и на ту, что связана с личной жизнью. Медицинский работник, как любой другой человек, призван поступать нравственно во всех ситуациях и при всех искушениях, чтобы достойно выдерживать испытания совести». Особого внимания требует изучение борьбы с ХБС при оказании ПалМП и сестринского ухода на дому или в хосписах. Например, в одном из отделений английского госпиталя в г. Лидс 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 это возможно. Давать возможность пациенту раскрыть весь его потенциал. Выявлять все физиологические, социальные и духовные потребности пациента.
- Планировать помощь и обсуждать план ухода с пациентом и или всей его семьёй.
- 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 мы совместно оцениваем и планируем уход для удовлетворения ваших потребностей».

МСОП, оказывающим паллиативный уход, для его совершенствования необходимы простейшие знания по психологии делового общения с пациентами, страдающими неизлечимым заболеванием в терминальной фазе, пониманию которых способствует философия сестринского дела.

Разнообразные потрясения в жизни общества (революции, локальные военные действия, экономический кризис) оказывают влияние на такие человеческие качества как сочувствие, деятельную помощь людям, попавшим в тяжелую ситуацию.

Опасности нарушений этики взаимодействия с пациентами в системе оказания ПалМП

- Девальвация таких критериев как гуманность, доброта, сострадание, милосердие в работе врачей и МС, в определенной степени, обусловленные избыточной нагрузкой, профессиональным нерегулируемым стрессом и низкой оценкой общества их вклада в здоровье общества в целом [7-9,16,63,64,72,84,85].
- Здоровье больного человека стало источником материального благополучия врача (МС) в западных странах, что подтверждено статистикой выписанных без медицинских показаний лекарственных средств около 25% пациентов в США (2010) [43,45].
- Комитеты по медицинской этике стали включать юриста и священнослужителя, что позволило более полно удовлетворять юридически обусловленные и не материальные потребности пациента вблизи смерти.
- Информатизация здравоохранения (электронные карты пациента, электронный рецепт) должна обеспечивать право на врачебную тайну. Между тем, настоящее состояние защиты права пациента на сохранение конфиденциальности медицинской информации, без надлежащего технического сопровождения, может стать источником преступных действий для безнравственных людей [1,37,38,43,48,66].

Остановимся на понятии врачебной тайны подробнее, поскольку часть пациентов с неизлечимым состоянием не намерена сообщать об этом работодателю из разных соображений (нежелание сочувствия от чужих людей, боязнь остракизма, эйджизма*, дискриминации и стигмирования за наличие, например, ВИЧ + статуса, опасение возможности лишения работать и др.). Взаимодействуя с разными людьми, МСОП будет полезным понимание того, что представляет собой пациент и что его волнует.

Общение с умирающим человеком относится к наиболее напряженным и тягостным компонентам врачебной и сестринской деятельности [72,74,81, 85,104,111,132].

Современная обиходная культура отказывается принимать смерть как нормальное явление. В ней видится враг, с которым следует сражаться, не ограничивая себя ни средствами, ни временем. О ней можно говорить, лишь, отвлекаясь от конкретного человека, собеседника, как о чем-то, что имеет отношение лишь к предмету наблюдения. В результате тотального оптимизма, возведенного в ранг государственной идеологии, все внимание, все усилия общества должны были быть сконцентрированы на жизни, а смерть не должна была омрачать общество, занятое построением рая на земле.

Не случайно Европейское совещание по правам пациента (Амстердам, 1994) приняло «Декларацию», которая в числе других определила право пациентов на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты относительно своего состояния, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых альтернативных методов лечения.

Пациент имеет право на представление сведений о возможных последствиях отказа от лечения, информации о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий. Знание важности такого поведения еще не означает легкости его реализации. Большая часть с врачей предпочитает не говорить о смерти с умирающими. В одном из исследований было показано, что они предпочитают говорить о фатальном исходе скорее с женщинами (22%), чем с мужчинами (15%), чаще с людьми более высокого социального положения (24% и 5% – среди мужчин и 30% и 26% – среди женщин). Многие из врачей, которые заявляют, что они теоретически уверены в необходимости обсуждать с больным человеком подобные вопросы, на практике часто используют всяческие уловки для умолчания.

Стереотипы пациентов

- ОЗ вызывает не самые приятно-оптимистичные ассоциации пациента, поскольку их память может быть связана с воспоминаниями о боли, болезни, смерти других. Недоверие к одному врачу (МС) пациент начинает переносить на все медицинское сообщество, поэтому

нужны последовательные шаги медицинских работников системы ПалМП по преодолению негативизма по отношению к системе ее оказания. Для борьбы со страхами пациента медицинский работник (врач) должен давать информацию, полезную для начальной организации контактов больного человека. Страх смерти может настигать людей в разное время жизни, от него существуют разнообразные механизмы защиты. На восприятие смерти оказывают влияние различные факторы: опыт, как личный, так и семейный, традиции, возраст, вера, успешность в жизни, социальные факторы.

Позиция страуса содержит отрицание смерти, при этом пациент может избегать разговоров о ней, заменяя словами «переход», «уход», «забвение», «мир иной». Такой человек не будет принимать участия в похоронах близких, не напишет завещания, будет откладывать посещение врача даже при наличии серьезных проблем со здоровьем. Вопросы близких людей на эту тему будут им игнорироваться.

Иные будут пытаться противостоять смерти, пренебрегать опасностью, не соблюдать предписания врача, рассказывать анекдоты о смерти. Отрицание смерти основывается на противопоставлении смерти и жизни. Смерть рассматривается как нечто страшное, ассоциируется с концов всего. Теме смерти нет места в повседневной жизни, отсутствуют ритуалы, призванные помочь человеку выразить свои чувства. Такой человек на начальных стадиях болезни может утверждать себя хозяином судьбы, пытаться контролировать ситуацию, считает, что в случае тяжелой болезни сам выберет способ смерти. В случае усугубления течения заболевания станет использовать все возможные методы лечения: «Бог не только разрешает, но и требует от человека, чтобы он возрастал в познании» – прп. Нектарий Оптинский.

Какая-то часть людей, исповедующих Веру, могут относиться к смерти как к неотделимой части жизни и обязательной составляющей перехода к жизни вечной, что свидетельство христианского восприятия смерти. Смерть рассматривается как закономерная, завершающая часть жизненного цикла. Тему смерти не избегают, она не является трагедией, включена в повседневную жизнь. 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 подготовится, и недостаточно 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.

О достоинстве пациента, находящегося в состоянии конца жизни

Во Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека в ст.3 (человеческое достоинство и права человека) с 2005 г. ЮНЕСКО прописаны права на достоинство пациента, включая состояние перед лицом смерти.

Вникая в детали ухода за умирающим пациентом, МС может встретиться с его специфическими вкусами, которые необходимо удовлетворить, какой бы странный характер они не носили. Одни хотели бы прикосновения бархата к своему лицу или рукам, другие – запаха си-

рени, третьи – музыки Баха. Все вышеперечисленные элементы создания психотерапевтической среды, осуществляемые психотерапевтическим содружеством – врачами, МС, санитарками и родственниками – приводят к понятию легкости и простоты [72,84,85,111,132].

В медицине различают несколько типов смерти: социальную, психологическую, клиническую и биологическую, а также виды смерти. Одним видом смерти считают естественную, тихую (например, по старости), либо скоропостижную смерть (внезапную), или преждевременную, стрессовую смерть. Бывает мучительно долгая, насильственная смерть, или смерть – облегчение; смерть – освобождение; случайная смерть.

Смерть – это процесс, который условно можно разделить на стадии (этапы умирания, этапы смерти). Наступлению смерти всегда предшествуют терминальные состояния (предагональное состояние, терминальная пауза, агония). Известно два этапа смерти: клинический этап и биологический, предполагающие разное поведение МС, осуществляющих уход на дому, работающих в хосписе.

Классификация смерти, принятая в Республике Беларусь, и стадии наступления смерти

- 1 стадия – предагония. Сознание угнетено, пульс не прощупывается, при прослушивании тоны сердца резко ослаблены, частота сердечных сокращений вначале увеличена, а затем уменьшена, артериальное давление снижается, дыхание частое и поверхностное, реакция на различные раздражители резко снижена.
- 2 стадия – терминальная пауза. Временная задержка дыхания, сознание, пульс, рефлексы отсутствуют, частота сердечных сокращений резко уменьшена, артериальное давление близко к нулю.
- 3 стадия – агония. Отсутствуют сознание и болевая чувствительность, зрачки расширены, дыхательные движения либо слабые редкие, либо короткие максимальные быстрые вдох и выдох. Эффективность сердечных сокращений после терминальной паузы несколько возрастает, что приводит к небольшому повышению артериального давления, возможно восстановление сознания. Эти признаки не свидетельствуют об улучшении состояния пациента. К концу агонии ритм сердечных сокращения замедляется, снижается артериальное давление, часто наблюдаются тонические судороги (мышцы тела резко напряжены), непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Проявление и продолжительность агонии зависит от вызвавших ее причин.
- 4 стадия – клиническая смерть – это отсутствие дыхания, сердечной деятельности, всех рефлексов, длится не более 8 минут при нормальной температуре окружающей среды, при пониженной температуре она более продолжительная. Изменения, происходящие в организме в это время, особенно в головном мозге, в коре больших полушарий, обратимы за счет имеющихся запасов молекулярных энергетических источников в клетках. На этом этапе реанимационные мероприятия могут быть эффективными. Клиническая смерть является обратимым этапом умирания, протекающим в течение нескольких минут с момента прекращения кровообращения и дыхания. Продолжительность пребывания человека в состоянии клинической смерти при нормальной температуре тела не превышает 6 минут, в условиях гипотермии она может быть удлинена. В результате реанимационных мероприятий пациента можно вывести из состояния клинической смерти.
- 5 стадия – биологическая смерть. Необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях организма, при котором реанимационные мероприятия остаются безуспешными. Признаки наступления биологической смерти: отсутствие пульса и дыхания, отсутствие реакции на внешние раздражители, снижение температуры тела ниже 20 С, наличие на теле трупных пятен и окоченение и т.д. Все эти процессы появляются в разные сроки – от нескольких десятков минут до 24 – 36 часов. Биологическая смерть – необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях, при которых реанимационные мероприятия остаются безуспешными.

Пациент, пребывающий в состоянии умирания, может испытывать страх смерти, а МС, понимающие это, обязаны оказывать поддержку такому человеку, смягчая отрицательные факторы и обеспечивая положительное воздействие совместно с членами семьи, близкими пациенту людьми.

Факторы, влияющие на оценку человеком страха смерти

1. **Отрицательные факторы**

- ✓ Одиночество в момент смерти
- ✓ Затянувшееся умирание
- ✓ Боль и страдания
- ✓ Незавершенные дела
- ✓ Психологическая неготовность к смерти
- ✓ Ложь окружающих
- ✓ Борьба за жизнь до последнего вздоха
- ✓ Недоверие, что последняя воля будет выполнена
- ✓ Отказ от исповеди и причастия.

2. **Положительные факторы**

- ✓ Присутствие и забота близких людей
- ✓ Непродолжительное время умирания
- ✓ Отсутствие боли, страданий
- ✓ Ощущение завершенности, законченности
- ✓ Прощание с близкими людьми и получение прощения
- ✓ Возможность обсудить тему смерти
- ✓ Принятие собственного умирания
- ✓ Уверенность, что последняя воля будет исполнена
- ✓ Исповедь, принятие Святых Даров.

Каким должно быть поведение человека, сопровождающего умирание больного, дает совет Свт. Иоанн Златоуст: «Не должно непременно высказывать все, что мы имеем в уме; но должно стараться удалять из своего ума порочные пожелания и всякую постыдную мысль. Если же когда незаметным образом мы допустим у себя нечистые помыслы, то не будем никогда выводить их наружу языком, но будем подавлять их молчанием. У тебя постыдные мысли? Пусть же будут чисты твои уста; не выноси вон этой грязи, чтобы не сделать вреда другому и самому себе, потому что не только говорящим, но и слушающим других, когда говорят постыдное, передается много нечистоты».

Создание психотерапевтической среды при оказании ПалМП требует определенных усилий, они должны быть направлены на высказанные или невысказанные желания пациента. Учитывая это, надо проявить крайнее внимание к деталям, которые помогли бы создать максимальную комфортность пациенту. Принимая во внимание особенности больного, МС необходимо, например, предвидеть стеснительность при физиологических отправлениях в присутствии других лиц.

Известны и другие механизмы защиты от страха смерти*:* замораживание тела с надеждой о будущем оживлении, рождение детей, создание произведений искусства, нового направления науки, полезного для людей дела, перевоплощении. Встречается комбинирование различных механизмов. Медикам проще быть готовыми к встрече со смертью, поскольку их труд во многом определяет христианский путь к спасению от смерти духовной через завет прп. Нектария, старца Оптинского: «Творите добро ближнему, делайте внешнее, а когда оно будет в исправности, то и внутреннее образуется. Но, сделав добро, не гордитесь, а благодарите Господа: «Твоим благословением, Господи, совершил я это. Помните завет из Библии: «Без Меня не можете творить ничесоже».

Выделяют разнообразные установки в отношении происхождения заболеваний: болезнь, как кара, как испытание, как назидание другим, как расплата за грехи предков. Другая группа

мировоззренческих установок – болезнь, как неизбежность, стечение обстоятельств, собственная ошибка.

Авторитет врача (МС) благоприятен для взаимодействия, поддерживает уверенность пациента в том, что чем больше званий и должностей у врача, тем лучше результат лечения. Обратной стороной такого отношения к медицинским работникам со стороны пациента может стать то, что врач со временем начинает верить в свое всесилие, психологически «возвышаться» над не медиками. Чем меньше врач (МС), общаясь с пациентом, пытается предлагать какие-то действия, лекарственные средства, услуги за дополнительную плату, тем большее доверие он получат, тем более к его советам и помощи прислушаются. Особенно это касается этики общения с уходящим из жизни пациентом и его родными.

Отношение человека к смерти, естественному состоянию, наступающему у каждого из живущих на Земле людей, в индивидуально обусловленное время, случайно или закономерно, вряд ли может считаться адекватным.

Особый подход к умирающим больным накладывает иные требования к любому медику, подходящему к пациенту. Одним из основных принципов психотерапевтического отношения является: «Не навредить». Для этого с самого начала необходимо внимание к нуждам и желаниям пациента, МС должны предполагать или знать, чего хочет пациент. Ее попытка навязать свою поддержку, собственные представления может быть не принята пациентом, потому в работе с умирающим больным необходимо, прежде всего, уметь слушать и слышать его. Каждый из нас обладает системой психологической защиты, она индивидуальна и в основном столь совершенна, что реакция адаптации происходит самопроизвольно, неумелыми или нежелательными действиями опасно ее разрушить [27]. При ведении терминального больного в центре внимания должен быть пациент, не сама болезнь (ее нозологические особенности, клиника, специфические методы лечения), а личность, которая нередко игнорируется.

Известно о существовании, помимо вербальной (словесной), транс ситуационной коммуникации, когда сведения передаются через язык тела, звук голоса, взгляд, как например, при общении с детьми и домашними животными. В силу этого подходящий к больному врач (МС) должен быть полностью сосредоточен на восприятии пациента и его проблем. Подсознательная мысль об обреченности, прогнозирование жизни пациента и иные представления должны быть полностью отброшены. Принцип настоящего момента «здесь и сейчас» должен превалировать над всем остальным.

Когда становится известно о неизлечимом заболевании, практически все больные люди не сомневаются в своей обречённости. Все, кто оказывает помощь и психологическую поддержку таким пациентам, должны помнить о возникновении у них суицидальных мыслей и намерений. Успех проводимого лечения может существенно снизить актуальность суицида для пациента. Дело не только в избавлении пациента от страха перед болью и запретами, но в возникновении у него ощущения защищённости. Проводимое лечение – это ещё и средство, противостоящее чувствам одиночества, отчуждения от мира, которые испытывают все умирающие.

Митрополит Антоний Сурожский, знаменитый в годы Великой Отечественной войны хирург, писал: «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».

Пациент должен ощущать, что медицинский работник понимает и разделяет его чувства. Доверие позволяет пациенту переложить на него объяснение ситуации близким человеком в семье. Пациент ожидает, что медицинский работник наилучшим вариантом спланирует его будущее. Проблема «пуда соли», который необходимо съесть, чтобы стать близким, выступает

особенно ярко. Горечь информации, трагический итог, порой раскрывающий близость и неизбежность смерти, является той солью, совместно съеденной с пациентом. После этого он ожидает, что врач (МС) не покинет его до самого конца.

Понятно, что достижение доброжелательности в подобном взаимодействии во многом зависит от личностных качеств МС, ее способности к состраданию, опирающемуся на развитое самообладание (выдержку, спокойствие, хладнокровие). Врач (МС) должен оставаться деятельным и внимательным к больному человеку, не сокращая время контакта с умирающим. Медицинский работник не должен говорить пациенту: «Не беспокойтесь!», потому что больной человек переводит эту фразу как: «Не надоедайте мне!». Только в таких условиях страдающий человек может найти в себе силы для самой важной для себя беседы.

Как Пвр (МСОП) определить время такого разговора? Проблема заключается не в том, говорить или нет пациенту о терминальной фазе болезни, а в том, как разделить эту информацию с ним, поскольку большинство пациентов предполагают или знают природу своего заболевания. Врач и МС знают своих пациентов, они должны быть способны оценить их желание услышать правду и их способность противостоять шоку открытия. «Быть внимательным к мыслям больного человека – искусство нелегкое, ему нельзя научиться, если не упражняться с ранних лет» – считал знаменитый Н.И. Пирогов.

В случае готовности пациента к обсуждению вопросов, связанных с надвигающейся смертью, все участники (врач, МС, пациент), возможно, уже прошли наиболее трудную стадию общения, и медицинскому работнику остается только слушать, принимать и разделять чувства больного человека и честно отвечать на его вопросы.

Подтверждением может быть небольшое психологическое наблюдение. Когда больной человек лежит на постели, а врач стоит и возвышается над ним, их разговор ведется в аспекте маленького пациента и большого врача. Каждый может попробовать вести диалог, лежа, с сидящим собеседником и понять его особенности.

Наряду с негативными явлениями, такими, как беспомощность, ощущение малой ценности и т.д., детство хранит для нас неисчислимые возможности компенсации, которыми можно пользоваться для блага пациента. Прежде всего, это терапия присутствием, чувство одиночества больного сродни депривации матери, потому самое большое, что мы можем дать пациенту – это наше общество и наше время. Вспомним, как рука матери, приложенная к больному месту, утешала наши боли, хотя бы чисто психологически. Держание пациента за руку, прикосновение к нему дают тот же эффект. Позиция врача (МС) – быть на одном уровне с пациентом требует, чтобы он садился на постель и максимально сокращал дистанцию между собой и пациентом. Присутствие домашних животных, способных к бескорыстному эмоциональному контакту и привязанности, существенно помогает пациенту.

Нередко использование фотографий родителей или близких помогало пациентам включить систему психологической защиты. Воспоминания детства и счастливых дней, использование фотографий самого пациента в молодости способствует не только самоутверждению пациента, но также помогает персоналу воспринимать его как более полную личность. Прошлое всегда способно скрашивать настоящее. Наличие любимых вещей пациента, присутствие икон, если пациент верующий, горящая лампада, окружение элементами природы, будь то живые цветы, звуки моря или пение птиц, записанные на пленку, обращенность пациента лицом к окну также дают хороший психотерапевтический эффект.

Известен случай, когда больной человек просил включить кран в палате, и звуки льющейся воды успокаивали его. Конечно, нужно помнить, что воздействие на больного человека самых лучших психотерапевтов не может заменить ему общения с близкими и родными. Задачей является дать ориентировку родственникам, приходящим к пациенту в последние его дни или часы. Как часто мы бывали свидетелями, когда родственники сидели рядом с пациентом, едва сдерживая слезы или пытаясь подбодрить его ложной надеждой. Любой, приходящий к паци-

енту, обуреваем желанием что-то сделать для него. В этом случае работа с семьей должна сводиться к убеждению, что лучшее для больного – просто сидеть рядом. Нет необходимости вести надуманные разговоры, достаточно взять человека за руку, и все остальное уже не имеет значения.

Встреча с родственниками

Болезнь оказывает влияние на всю семью, таким образом, медицинский работник может невольно стать причиной проблем общения в семье в том случае, если он сообщает информацию только родственникам, а пациенту нет, или наоборот. Именно поэтому встреча одновременно с пациентом и его родственниками, как правило, предпочтительнее. Во-первых, она несёт в себе больший терапевтический эффект, а, во-вторых, позволяет сэкономить ваше время. Для того, чтобы организовать такую встречу, можно спросить пациента: «Вы не возражаете, если Ваши родственники также примут участие в разговоре?». Как правило, МСОП не требуется прикладывать много усилий, чтобы организовать встречу с семьёй пациента. Сам факт подобной встречи иногда может пугать врача, так как в этом случае придётся сообщать травмирующую информацию всей семье и, следовательно, принимать на себя реакцию всех членов семьи. В такой ситуации контролировать происходящие события может быть гораздо сложнее, поэтому чрезвычайно полезно для врача иметь рядом с собой коллегу (врача или МСОП), если это возможно.

Психологически врачу, Пвр, МС нелегко выдержать постоянные условия боли, страданий, и горечи от утраты. Следует использовать рекомендации по деонтологии в паллиативной помощи, позволяющие облегчить ситуацию, стараясь с минимальным вредом для собственной психики медицинских работников создать максимальный комфорт для больного человека, принимая помощь волонтеров, подключая родственников и друзей пациентов [36,72,75,106].

При удовлетворении потребностей умирающих лиц необходимо ориентироваться на облегчение – нелегкого, отягощающего умирания. Забота о таких пациентах включает не только простой физический уход, но и удовлетворение эмоциональных, социальных и духовных потребностей с целью обеспечения максимального комфорта для человека до последней минуты его жизни [43,104,111,132].

Персонал по паллиативному уходу, сталкиваясь со смертью, не всегда знает, как себя вести и что сказать родным при уходе из жизни подопечного.

Уместные выражения соболезнования близким для пациента людям

- «Мне очень жаль», «Я не знаю, что Вы чувствуете, но я буду с Вами»
- «Не стесняйтесь, плачьте, это нормально, я здесь, чтобы быть с Вами»
- Говоря об умершем человеке, произносите его имя
- Рассказывайте об умершем человеке
- Используйте открытые вопросы, не подразумевающие ответ «да» или «нет»
- Используйте прилагательные в превосходной степени, например, «Что больше всего помогло Вам?» или «Что было самым трудным?»
- Используйте третье лицо для начала беседы: «Некоторые люди говорили мне, что самое тяжелое – это одиночество. Что Вы думаете об этом?» или «Многие отмечают, что крайне трудно сконцентрироваться. Какой Ваш опыт?».

Сложность беседы с пациентами или их родными обусловливает частота нарушений этики общения в системе обеспечения ПалМП, заставляющая обращаться в различные инстанции в поисках справедливости, а, зачастую, обусловленных переживаемым горем.

Касаясь индивидуальной психотерапии, следует указать несколько ступеней, через которые проходит сознание умирающего человека, а также его близких.

Оказавшись перед лицом смерти, неизлечимо больной человек переживает ряд этапов. Э. Кюблер-Росс проследила *путь умирающих через ряд стадий* с того момента, когда они узнали о близости часа расставания с жизнью, до их последних мгновений.

Первая из них – состояние близкое к *шоку*. Оно возникает при осознании ими своей обреченности и близкого конца, является наиболее ответственным и острым для всех пациентов. В связи с этим целесообразно давать информацию пациентам крайне осторожно, перекладывая инициативу в их руки. Трагизм информации уменьшается, если она подается дозировано, предоставляя возможность постепенной адаптации к ней. После получения информации лучше не оставлять пациента одного, не убедившись в том, что он пережил острую стадию вместе с врачом. Важным условием является способность врача (МС) сопереживать пациенту, а не проявлять формальное участие. Прорыв сознания через темноту шоковой дезорганизации ведет к стадии отрицания. Слова: «Нет, не я!» – самая обычная и нормальная реакция на объявление ему смертельного диагноза.

Стадия *отрицания*, вытеснения информации, страх неизвестности, представление о смерти как о разрушении и уничтожении порождает у пациента негативный подход к смерти. Наличие заболевания, предположение прихода страданий в связи со смертью также заставляет задаваться вопросом: «А больно ли умирать?». Соответственно, многие атеистически настроенные люди воспринимают информацию о смерти с ужасом и пытаются всячески вытеснить ее. Позиция врача (МС) в этом случае должна быть крайне гибкой. Необходимо помнить, что стадия отрицания или вытеснения временна, ее нельзя ломать навязыванием религиозных представлений.

Вслед за стадией отрицания нередко приходит стадия *агрессии*, гневного неприятия. Протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, кто, возможно, явился причиной болезни, – все это выплескивается или должно быть выплеснуто наружу. Позиция врача или МС – принять этот выплеск на себя из милосердия к пациенту. Медицинские работники должны помнить, что агрессия, не находящая объекта вовне, обращается на себя и может иметь разрушительные последствия в виде самоубийства. Больной человек не должен оставаться один, пока не выплеснет свои эмоции [9,21,66].

Вслед за агрессией начинается стадия *«торга»*. Пациент вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, стать послушным пациентом или примерным верующим.

Следующая стадия *депрессии* также нуждается в разделении ее с врачом (МСОП). Ее причиной является беспомощность перед лицом судьбы, ощущение зависимости от окружающих, наличие пролонгированного страха, не проходящие боли, изоляция [21].

Душевная боль, также как и физическая, требует анестезии. Если присоединить к ним проблемы завещания, вызова нотариуса, обеспечение оставляемой семьи и детей, то мы получим картину кризиса, который переживает пациент. Разрешение этих проблем невозможно для какой-либо отдельной благотворительной организации, взявшей на себя миссию помощи умирающим людям.

В настоящее время происходит переориентация философии и биомедицинской этики для того, чтобы появились добровольцы (волонтеры), желающих помочь тем, кто уходит. Примером является волонтерское движение, образовавшееся и развивающееся по инициативе Белорусского Красного Креста в Республике Беларусь [46,81,84,106]. В этом случае принципы ПалМП могут быть ориентиром поведения для МСОП в уходе за пациентом в стадии умирания. [16,61,102,120,124,143].

Противопоставление жестоким идеям эвтаназии, физически призывающим к самоубийству, альтернативных идей создания качественной жизни до конца у каждого уходящего пациента является милосердие и правило: «Не убей надежду!».

Принцип бесплатной помощи умирающим, также, как и приходящим в этот мир детям, свидетельствует о гуманности общества к этой проблеме.

Ценность жизни возникает при осознании смерти, с этих позиций возможно разрешение социальных проблем. Трудно разграничить медицинские проблемы уходящего из жизни пациента от психологических трудностей, отделить их от духовных и социальных. Перестройка

общественного сознания происходит постепенно, не всем обществом, а каждым, кто приближается к постели уходящего пациента, позволяет быть гуманным и сострадательным к этим людям.

Проблема агрессии в обществе, связанная с утилитарным подходом к устройству жизни, а также с основополагающими идеями, что человек, приходящий в этот мир, должен быть непременно счастлив, может быть разрешена с позиций признания приоритета духовного начала. Культура общения, возрождение утраченных традиций гуманности и милосердия также способствуют нормальному положению в обществе.

У постели умирающего человека ВОП должен решить и чрезвычайно болезненный вопрос о продолжении направленной на основной патологический процесс терапии, которая, несмотря на проблематичность в подобных случаях, возможно, способна продлить существование больного. Успехи медицины велики, и сколь возможно продление существования тканей при персистирующем вегетативном состоянии, столь же, вероятно, возможно некоторое продление жизни при терминальных состояниях различного происхождения. Это подтвердил опыт пандемии COVID-19. В 1989 г. в США была создана специальная комиссия (LORAN), исследовавшая эту проблему и пришедшая к выводу о необходимости преодолевать «одержимость» в увеличении количества дней прожитой жизни, если при этом нет возможности улучшить качество такого существования. Достойная милосердная смерть (естественная, никак не связанная с извращениями эвтаназии) признана предпочтительнее продленному мучению. Продление процесса мучительного умирания в страданиях было определено как современная эпидемия. Технические пособия (респираторы, диализаторы, капельное введение поддерживающих жизнь средств) должны быть, по мнению комиссии, замещены заботой, лаской, вниманием, стать свидетельством, которое должно быть на равных правах включено в историю болезни пациента. В настоящее время все 50 штатов США имеют законы, признающие право больных на так называемое «Жизненное завещание» (завещание о воле к жизни – «Living will»). Ниже приведен текст одного из вариантов такого завещания (они имеют отличия в различных штатах).

«Я полон желания жить долгой и полной жизнью, но – не всякой ценой. Если моя смерть близка, и ее невозможно избежать, и, если возможно, что я лишусь способности созидательно взаимодействовать с другими, и не буду иметь разумно предполагаемого шанса возвращения этой способности, или мои страдания станут интенсивными и неотвратимыми, я не хочу искусственного продления моей жизни. Я хотел бы просить не подвергать меня хирургическим вмешательствам или реанимации. Я не хотел бы, чтобы моя жизнь поддерживалась средствами механической вентиляции легких, интенсивной терапии или другими продляющими жизнь процедурами. Я хотел бы иметь возможность ухода и заботы обо мне, которая давала бы мне комфорт и поддержку, облегчающие мое взаимодействие с другими в течение той продолжительности времени, пока это будет возможно, и пусть это принесет им и мне мир и спокойствие».

Большинство пациентов не способно осознать более двух или трёх фактов одновременно, поэтому МС необходимо объяснять информацию постепенно, постоянно контролируя понимание. Избегайте медицинских терминов, даже самых простых, таких как «катетер» и пр. При объяснении могут помочь рисунки или диаграммы. Дайте пациенту возможность повторить информацию, чтобы проверить понимание.

В отличие от пациента, родственников часто интересует прогноз развития заболевания, поэтому вопрос: «Доктор, сколько ему (ей) осталось?» не один раз слышали врачи, работающие в онкологических клиниках.

Задачи Пвр (МС) при поддержке родственников пациента в переживании этапов горя

- Установить контакт с человеком, перенесшим утрату.
- Дать разрешение на выражение горя в форме, которая наиболее эффективно помогает человеку перенести утрату.
- Дать понять, что проявления горя не являются особой, а нормальной реакцией.
- Помочь в озвучивании испытываемых человеком чувств.
- Рассказать, в чем заключается переживание горя, чего следует ожидать, особенно в течение первого года.
- Способствовать развитию самопомощи.
- Дать, если требуется, соответствующие объяснения по изменению лечения.
- Помочь родным умершего понять, что они переживают утрату не только человека, но и несбывшихся надежд.
- Оказать помощь в использовании ритуалов и в практических делах.
- Содействовать механизму сотрудничества с другими службами в использовании поддержки.
- Поддержать стремление оставшихся людей к прежним занятиям.
- Помощь в осознании возможностей для личностного роста.

Начинающим путь в профессии паллиативной медицины МС может помочь в общении с больным человеком определенная схема разговора.

Лист самоконтроля МС при сообщении информации пациенту

- Говорите просто и ясно
- Уточните, что уже известно пациенту
- Избегайте медицинских терминов
- Систематизируйте сообщение («во-первых, во-вторых...»)
- Повторяйте сказанное несколько раз различными словами
- Используйте рисунки или диаграммы
- Проверяйте уровень понимания («Объясните, как Вы поняли...»)
- Напишите наиболее важную для пациента информацию на бумаге
- Дайте пациенту информационный буклет.

Помните, что не следует спешить с сообщением пациенту травмирующей информации в процессе разговора. Дождитесь удобного момента, когда пациент будет готов к восприятию такой информации, а уже после сообщения не забудьте проверить уровень понимания.

Эмоциональное принятие травмирующей информации

Принятие неизлечимо больным человеком травмирующей информации отнимает время и напоминает процесс переживания горя. Для облегчения этого, побуждайте пациента к открытому выражению эмоций, этим вы поможете ему справиться с ситуацией. Например, спросите: «Как вы себя сейчас чувствуете?». Для более ясного представления эмоционального принятия пациентом известия о фатальности состояния, опишем в общем виде эмоциональные реакции, связанные с ним [16,111,120,143].

Страх, который испытывает пациент, периодически блокирует поступление новой информации, способной травмировать личность. По мере адаптации человека, всё новые и новые факты становятся доступными сознанию. Длительное время полностью отрицать реальность невозможно, так как это требует постоянного напряжения психической энергии, соответственно, остаётся меньше сил на всё остальное. С другой стороны, принятие реальности и осознание своих страхов возвращает пациенту уверенность в себе и позволяет постепенно взять сложившуюся ситуацию под контроль.

Злость является нормальной реакцией на травмирующую ситуацию и может быть негативной или позитивной. Негативная злость может быть направлена на себя, в результате чего стать причиной чувства вины или депрессии: «Я чувствую себя такой бесполезной», или же

на других. Например, на тех, кто заботится о пациенте, на МС. Тем не менее, энергия злости также может быть использована и позитивно, например, для борьбы с болезнью.

Грусть обычно появляется в результате утраты пациентом чего-либо значимого для него (работы, привлекательности, способности к самостоятельному передвижению). Если пациент отказывается признать потерю, то это может стать причиной страданий и иногда депрессии. Открытое выражение эмоций включает болезненный процесс признания больным человеком произошедших изменений, за признанием потери следует обсуждение чувств и, наконец, принятие.

Зависимость от других людей и ситуации является нормальным переживанием. В конце концов, мы все во многом зависим от других. Во время кризиса чувство беспомощности и зависимости иногда необходимо как способ избежать излишней перегрузки трудностями. В такой ситуации человек склонен обращаться к другим за поддержкой, и эта помощь должна быть ему оказана. Как только человек восстановит энергию, он снова будет способен двигаться по направлению к открытому выражению чувств, сможет самостоятельно принимать решения и снова примет на себя ответственность за свою жизнь.

Беспомощность является типичной реакцией организма на эмоциональную перегрузку, что часто встречается в кризисной ситуации. Неспособность найти смысла в происходящих событиях может вести к отчаянию. Тем не менее, сильные переживания могут также стать причиной изменений жизненных приоритетов и нахождения нового смысла в жизни.

Важно. МС должна помнить, что самые сильные и динамично меняющиеся эмоции человек испытывает именно в критической ситуации.

Неверные выражения соболезнования родным и близким умершего человека

- «Я знаю, что Вы сейчас ощущаете»
- «Со временем Вы привыкнете»
- «Не плачь»
- «На это была воля Божья»
- «Вы найдете другого человека» или «У Вас еще будут другие дети»; «К счастью, Вы не одиноки, у Вас есть муж»
- «Если Вам понадобится что-либо – позвоните мне»
- «Вы должны радоваться: он/она не страдал долго»

Правила для Пвр (МС) в поддержке людей, перенесших потерю родных, близких

- Мы не можем избавить человека от испытываемой боли утраты.
- Можно столкнуть с агрессивной реакцией, выраженным проявлением чувств.
- Не следует удивляться, если человек повторяет одни и те же истории. Это необходимо для осознания нужд, чувств, ожиданий.
- Степень важности утраты способен оценить только сам человек.
- Нельзя отказаться от попытки установить контакт с человеком, перенесшим утрату.
- Нужно осознавать важность не делания чего-либо, а присутствия.
- Необходимо развивать в себе умение слушать и безоценочно воспринимать человека.
- В период переживания горя и утраты люди нуждаются в такте окружающих.

Эти простые понятия МС помогут нести добро, любовь и сострадание пациентам и их окружению. Пациенты, согласно мнению Ж. Лакана, включают в понятие «идеального врача» лицо одного с ним пола, сексуальной ориентации, национальности, вероисповедания, более старшего по возрасту и привлекательной внешности. Помимо этого, от врача (МС) ждут уважения, доброты, профессионализма, любви к профессии и долга, серьезного отношения к делу, чувства юмора. Ожидания медицинских работников более приземленные: пациент немногословен, опрятен, спокоен, четко и добровольно исполняет медицинские предписания.

Этически и нравственно оправданное поведение МС у постели уходящего их жизни пациента является составляющей качества ПалМП. Прощание при умирании можно использоваться для примирения с близкими людьми и благодарности за совместно прожитые

годы, вследствие чего страх и ужас смерти могут не только уменьшиться, но и исчезнуть. Мнение Аристотеля: «Страдания – важнейший фактор испытания мужества» устарело. Общаясь с тяжелобольным, МС следует помнить о главной цели ухода при смерти – избавлении пациента от неопределенности, придании нового значения его отношениям с окружающими, помощи ему и его семье. Принцип «Не убей надежду» иногда используется как повод, чтобы не сообщать пациенту всей серьезности положения. Откровенный разговор с больным человеком без ненужных подробностей помогает избежать недоверия, открывает новые возможности для общения, соответствует настоящим гуманистическим принципам жизни. Установка вместе с пациентом реальных целей (разделив конечную, нереальную цель на серию нескольких более реалистичных «мини-целей») является одним из способов и неотъемлемой частью восстановления и поддержания надежды при паллиативном уходе. Для пациентов, близких к смерти, надежда в большей степени концентрируется не на «деятельности», а на «бытии», отношениях с окружающими и с Богом. Для умирающего пациента важно, если МС чаще поправляет подушки, меняет воду в графине, проводит гигиенический туалет, проветривание. С приближением смерти надежда сохраняется, если забота и комфорт находятся на достаточном уровне.

Проблема комфортного умирания («смерти с достоинством») в настоящее время переведена в область клинической практики для улучшения качества жизни на терминальном этапе болезни. Пациент воспринимает жизнь как имеющую необходимое качество, если полагаемое им самим идеальное представление о собственном образе жизни приближено к реальности, факту жизни здесь и сейчас. Чем меньше разрыв между ожиданиями, амбициями и реальными возможностями человека, фактами реального бытия, тем выше качество жизни.

Эвтаназия – обеспечение умирания без преднамеренного сокращения жизни. Различают несколько ее видов: активную (прямую), пассивную (непрямую), добровольную, недобровольную и насильственную. Осознанной целью *активной* эвтаназии, так или иначе, связанной с действиями медицинского работника или самого пациента, является прекращение жизни посредством несущего смерть вмешательства или отказа от применения активных средств поддержания жизни («смертельной инъекции»). Целью таких действий является быстрая смерть пациента (по его настоятельной просьбе), т.е. умерщвление. Активная эвтаназия в Республике Беларусь запрещена Законом и осуждается Церковью.

Пассивная эвтаназия – облегчение умирания посредством отказа от проведения или прекращения мероприятий, продлевающих страдания. Это не целенаправленное доведение до смерти путем бездействия: отказ от болезненного продления умирания (умышленное отключение пациента от аппаратов поддержания жизнеобеспечения, например, от ИВЛ). Мероприятия направлены на то, чтобы предоставить тяжелобольному, умирающему пациенту возможность умереть от своей болезни, т.е. просто дать ему умереть.

Сознательный отказ от медицинского вмешательства, который мог бы способствовать «кратковременному» продлению жизни при одновременном удлинении страданий, также запрещен. Запрет эвтаназии в Республике Беларусь представляет собой важный фактор свободы и достоинства человека.

Еще одним видом является добровольная эвтаназия, когда решение принимается здравомыслящим пациентом на основе полученной информации. МС следует помнить, что пациент, узнав о наличии фатального заболевания, может переживать тяжелую депрессию, вплоть до суицидальных мыслей и намерений. Недобровольная эвтаназия может иметь место в случае с новорожденными детьми, которые неизлечимо больны или имеют явно выраженные уродства. Насильственная эвтаназия не имеет ничего общего с желанием самого пациента, как это имело место в военное время в фашистской Германии и других диктаторских государствах.

Медицинская общественность современности уделяет эвтаназии особое внимание, что обусловлено основными причинами:

1. Развитие медицинской практики дает возможность длительное время поддерживать жизнеобеспечение безнадежно больного пациента, имеющего необратимые нарушения функций организма. В результате, умирание такого человека может затянуться на долгие годы.

2. Признание прав человека подразумевает, что у него должно быть не только «право на жизнь», но и «право на достойную смерть». В качестве примера сторонников эвтаназии приводится американская организация «Hemlock Society», насчитывающая более 30 тыс. активных членов, положения их позиции сводятся к легализации добровольного самоубийства и эвтаназии руками медицинских работников. С 1984 г. в Голландии (Нидерланды в настоящее время) эвтаназия не преследуется законодательством, к 1990-м гг. ежегодной добровольной эвтаназии подверглось около 1900 человек, при этом, обязательно должны соблюдаться 5 основных принципов:

- Пациент болен неизлечимо и надежд на улучшение состояния нет.
- Пациент хорошо проинформирован и знаком с последствиями.
- Пациент не раз и недвусмысленно добровольно просил об эвтаназии.
- Все альтернативные и нетрадиционные методы лечения испробованы, а улучшения не наступило.
- Врач, проводящий эвтаназию, обязательно проконсультировался с коллегой.

Противников данного метода ухода из жизни больше, чем сторонников. В 1987 г. Военно-медицинская академия принимает «Декларацию об эвтаназии», соответствующие пункты дают однозначное определение того, что любая эвтаназия, независимо от желаний пациента, является «не этичной» и противоречит образу врача. Понятие жизни и помощь в умирании тесно переплетаются с другими проблемами философии: врачебной тайной и врачебными ошибками. В определенной мере на состояние защиты информации о пациенте могут влиять электронные средства связи. Некоторые государства (Латвия, например) ранее Беларуси перешли на иной уровень информатизации здравоохранения: электронные карты пациента, электронный рецепт. По их опыту система электронного здравоохранения обеспечивает право на врачебную тайну и надежно защищено от посягательств на подобную информацию безнравственных людей.

Определение понятия «тайны» дается в «Словаре русского языка» С.И. Ожегова, а понятие об «информации» – в Законе Республики Беларусь «Об информации, информатизации и защите информации» от 10 ноября 2008 г. № 455-З, которое позволяет относить к информации сведения о лицах, предметах, фактах, событиях, явлениях и процессах независимо от формы их представления.

В настоящее время различают много видов тайны: врачебную тайну, банковскую, коммерческую, тайну совещательной комнаты, тайну нотариальной деятельности, телефонных сообщений, тайну завещания, тайну усыновления и т.д.

Понятие врачебной тайны включает информацию о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством. Также содержит сведения о возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования. Важной для соблюдения прав пациента на тайну является статья 20. В ней отмечено, что информация о факте обращения пациента за оказанием психиатрической помощи и состоянии его психического здоровья, сведения о наличии психического расстройства (заболевания), диагнозе, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту психиатрической помощи, составляют врачебную тайну. Семьи, которые воспользовались новыми репродуктивными технологиями, также законодательно защищены статьей 8: «…врачебную тайну составляют сведения о применении вспомогательных репродуктивных технологий, а также о личности пациента,

донора» Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 № 341-З «О вспомогательных репродуктивных технологиях».

В настоящее время в Закон «Об изменении законов по вопросам здравоохранения» от 25.10.2023 г. №308-З внесены правки, которые вступят в силу со 2 февраля 2024 г.

Они касаются оптимизации лечения онкологических больных и лиц с орфанными заболеваниями, качеству и эффективности медицинских изделий, определения порядка медицинской и социальной реабилитации лицам с синдромом зависимости от НС и ПВ, права на получение информации, составляющей врачебную тайну, органам опеки и попечительства в интересах больного человека и др.

Существование проблем сохранения врачебной тайны трудно отрицать, хотя в Гражданском кодексе Республики Беларусь от 7 декабря 1998 г. № 218-З, принятом Палатой представителей 28 окт. 1998 г. и одобренном Советом Республики. 19 ноября 1998 г. в статье 128 четко определены виды объектов гражданских прав.

К объектам гражданских прав относятся: вещи, включая деньги и ценные бумаги, иное имущество, в том числе имущественные права; работы и услуги; нераскрытая информация; исключительные права на результаты интеллектуальной деятельности и средства индивидуализации участников гражданского оборота, товаров, работ или услуг; нематериальные блага.

К проблемам сохранения врачебной тайны следует относить:

✓ Медицинского работника как первичного производителя информации;

✓ Соотношения объема информации у «производителя медицинской услуги» и «получателя» медицинской помощи;

✓ Определения соотношения прав правообладателей. Электронное здравоохранение породило необходимость решения проблемы обмена информацией: «Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту или лицам, указанным в части второй статьи 18 настоящего Закона. Совершеннолетний пациент вправе определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам».

Выводы. МС обязаны использовать правило этики древних: прежде всего – не навреди, базируясь на философии сестринского дела. Основываясь на рекомендациях Международного совета МС «Медицинские сестры – движущая сила перемен: укрепление устойчивости системы здравоохранения» (2017) авторы включились в разработку и улучшение информационной системы по оказанию ПалМП в условиях АПО на основе созданной системы сбора данных и ее последующего организационно-методического развития.

Исследование, связанное совершенствованием механизмов оказания ПалМП в АПО на основе принципов и разработанной АСМ-модели сестринского ухода за пациентом с онкологической патологией будет благоприятно для комплексного решения вопроса качества этого вида помощи, исключающего неравенство и несправедливость.

Нагрузка, которая ложится на плечи медицинских работников, оказывающих паллиативный уход, не только физическая, но и нравственная, высока. Психологически МС тяжело выдержать постоянные условия боли, страданий, и горечи от смерти пациента.

Для облегчения эмоционально-физических перегрузок тех, кто обеспечивает наблюдение и уход за тяжелыми пациентами, целесообразно использование предложенных здесь и ниже советов МСОП, работающим в системе ПалМП (разд.III гл.10) и [16,64].

Создать максимальный комфорт для состояния больного человека, с минимальным вредом для собственной психики ухаживающих, принимая помощь волонтеров, подключая родственников и друзей пациентов, медицинские работники понимают смысл врачевания: прежде всего – не навреди. Специалисты в области ПалМП подчёркивают, что умирающих людей в определённом смысле можно возродить: «Надежда – это ожидание чуть большего,

чем ничего в достижении цели», как считал свт. А. Сурожский.

Вопросы для саморазвития

В чем вы видите опасность нарушений биомедицинской этики?

Знакомы ли вы со стереотипами пациентов перед лицом смерти?

Каким образом МС (Пвр) помогут соблюсти достоинство пациента перед лицом смерти?

Известны ли вам уместные выражения соболезнования родным в период потери близкого человека?

Как МС следует реагировать на поведение пациента при известии о фатальном диагнозе?

Назовите основные задачи МС (Пвр) в поддержке семьи при переживании горя.

Домашнее задание

Просмотр мультимедиа-презентаций «Клинические аспекты паллиативного ухода», «Правила использования ТТС (на примере дюрогезика)», «Способы общения медицинской сестры с пациентами разного типа», «Общение медицинской сестры с родными и близкими умирающего больного».

Ознакомиться с литературой: Р. Моуди «Жизнь после смерти», Венедикт (Стукач) «Путь спасения длиною в жизнь» [113], а также прил. 14 [43].

Глава 10. Школа медицинских сестер по психологическому сопровождению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями «Спасем и окажем помощь раненому лимону»

Программа школы

Цель программы: обучение средних медицинских работников навыкам психологического сопровождения пациентов с НИЗ.

Задачи программы:

- расширение представлений средних медицинских работников о психоэмоциональном состоянии пациентов с НИЗ;
- познакомить и обучить медицинских сестер работе в семье пациентов с НИЗ методикам психологического ведения пациентов с НИЗ;
- расширить представления о способах саморегуляции при проявлении риска синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у медицинских сестер (МС).

Целевая группа: средний медицинский персонал.

Продолжительность программы – 9-11 занятий.

Форма проведения: групповые занятия.

Срок реализации программы: 1,5 месяца обучение, 2 месяца – применение полученных навыков на практике (работа непосредственно с пациентами).

Продолжительность каждого занятия: 1 академический час.

Привлечение в качестве организатора школ менеджера сестринского дела (психолога поликлиники), использование подготовленной менеджером медицинской сестры, которая может взять на себя функции педагога, позволяет рациональнее использовать сестер для повышения качества и доступности медицинской помощи, повысить роль и значимость специалиста. Привлечение в качестве организатора и педагога для медсестер в школе здоровья менеджера сестринского дела заменяет работу многих смежных специалистов и сохраняет многофункциональный подход к реабилитации больных и профилактике осложнений заболевания. Любой человек может быть успешным в своем деле, может быть первым, если он нашел правильное занятие.

Мы способны меняться. Даже больше – человек должен меняться. Советы людей, которые смогли добиться того, чего ты желаешь, и их опыт поможет, вдохновит. Знания не занимают много места.

Главная идея достижения эффекта зависит от предпринимаемых пациентом действий в борьбе с болезнью. Оказание самопомощи означает применение нужных навыков, знаний, наличие энергии, умение понимать собственное тело, правильно истолковывать физические изменения, принимать верные действия. Эти знания и навыки необходимы также медицинским сестрам, которые работают в сложной обстановке. Они могут быть получены в результате обучения в «Школе медицинских сестер».

В государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2020-2025 годы сделан четкий акцент на профилактические, образовательные, научные мероприятия. Чтобы взять под контроль неинфекционные заболевания, сформировать приверженность к здоровому образу жизни, ответственность у людей за свое самочувствие и жизненный тонус.

Актуальность школы обусловлена постоянным возрастанием количества пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями и отсутствием практики организации системы работы по психологической реабилитации их на амбулаторно-поликлиническом этапе. Роль МС не ограничивается соблюдением установленных алгоритмов и процедур. Часто именно МС, помощник врача становится первым помощником в излечении больного, и здесь очень важны не только ее высокие профессиональные навыки, но и умение построить доверительные взаимоотношения с больным. Как сделать это правильно? Как не довести себя

до эмоционального выгорания и стагнации? Сегодня на эти вопросы МС чаще приходится отвечать самостоятельно, тогда, как вопросам развития психологических компетенций должно уделяться значительное внимание в программах повышения квалификации или на специализированных тренингах, семинарах, конференциях для среднего медицинского персонала.

Цель школы

1. Обучение и применение в деятельности средних медицинских работников методик психологического ведения пациентов с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), как компонента медицинской реабилитации.

2. Психологическая реабилитация (ПР) пациентов с НИЗ будет проходить успешнее при использовании программы обучения МС методам психологического сопровождения данной категории больных людей.

3. Эффективность реабилитационных программ во многом зависит от реакции человека на заболевание, от преморбидного состояния, защитных механизмов. Высокий уровень реабилитационной помощи обеспечит значительный процент возвращения к нормальной жизни, а также более низкий процент выхода на инвалидность.

4. Изучить риск развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) и его коррекцию при необходимости среди МС.

5.Делиться своими знаниями, опытом, быть открытыми и постоянно учиться.

Практическая значимость работы школы

1. Теоретические материалы исследования могут быть использованы для разработки цикла лекций для медицинского персонала по проблеме психологического сопровождения пациентов с НИЗ, коррекции их психоэмоционального состояния.

2. Данные исследования могут быть использованы для практического обучения МС проведению ПР пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи

3. Предложенная программа обучения среднего медицинского персонала может быть применения в условиях поликлиники.

4. Расширены представления о методах психологической реабилитации и психологического сопровождения пациентов с ХНИЗ силами МС на амбулаторно-поликлиническом этапе, в разработке и обосновании программы обучения среднего медицинского персонала методикам психологического ведения пациентов с ХНИЗ как компонента медицинской реабилитации. Среди пополняющегося с каждым годом огромного количества научных публикаций, посвященных стрессу (в основном по физиологической и медицинской тематике), в последние годы все больше становится работ, касающихся психологических проблем стресса.

Теоретический блок

Понятие «Психическая реабилитация». Применение в работе

В основе ПР лежит представление о болезни как о разрушительном процессе в организме человека, характеризующемся не только плохим физическим самочувствием больного, но и изменением его личности, сдвигами в эмоциональной сфере. Она не заменяет традиционное лечение, а позволяет расширить диапазон лечебных воздействий уже на ранних этапах заболевания с целью предотвращения рецидивов и прогрессирования болезни, социального и трудового приспособления и обеспечения самостоятельного существования человека в обществе. ПР следует рассматривать как неотъемлемую составную часть системы охраны здоровья населения.

Психическая реабилитация (от лат. re – вновь, habilis – удобный, приспособленный) – система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных и инвалидов. Это относят к лицам, перенесшим заболевание, получившим психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни.

В ПР нуждается каждый пациент, который хочет и не может самостоятельно улучшить качество своей жизни, в силу частичной или полной утраты тех или иных психофизиологических функций организма. Поддержку пациенту в ПР начинают предоставлять на этапе проведения лечения, дополняя его. Она должна быть направлена на достижение пациентом максимального эффекта при минимальных затратах времени на его выполнение.

Психологическая реабилитация имеет широкое понятие. Она является завершающим этапом в общем лечении, прежде всего в плане восстановления социального и личностного статуса человека. Осуществляется она при помощи психологических способов, которые направлены на устранение разных дефектов, полученных при болезни или в какой-то ситуации (не обязательно физической). Она включает в себя лечение, профилактику, приспособление к жизни и труду после болезни [111,120,143].

Этапы медицинской и психологической реабилитации

1. Этап экстренной реабилитации – поддержание или восстановление работоспособности специальных контингентов в зоне или очаге чрезвычайной ситуации;
2. Стационарный (госпитальный) этап – восстановительная терапия в больнице, госпитале или другом стационарном лечебном учреждении;
3. Санаторный этап – реадаптация в соответствующих санаторно-курортных организациях с продолжением необходимых мероприятий, начатых на стационарном этапе реабилитации;
4. Амбулаторно-поликлинический этап – продолжение и (или) завершение всего комплекса реабилитационных мероприятий в поликлинике (диспансере) по месту жительства.

Психологическая реабилитация включает: выработку мотивации на реабилитацию, преодоление нервно-психических нарушений, коррекцию личностных особенностей. ПР включает мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, по формированию у пациентов сознательного и активного участия в реабилитационном процессе. Эффективность реабилитационных программ во многом зависит от реакции человека на заболевание, преморбидного состояния, защитных механизмов.

На этапе медицинской реабилитации большую роль играет психологическое сопровождение (ПС) пациента. ПС в первую очередь выстраивается на просветительской работе медицинских работников. На разных этапах предлагаются следующие методы психологической реабилитации:

- Педагогическая психотерапия.
- Рациональная психотерапия.
- Метод самоконтроля и самооценки через ведение дневника наблюдений пациента.
- Метод самовнушения.
- Методы арт-терапии.
- Музыкотерапия.

Методом работы с пациентами, страдающими НИЗ, является «Школа здоровья».

Психологический компонент медицинской реабилитации заключается в корректировке эмоциональных состояний пациентов, семейной психологии и терапии, расширении информационного пространства, что сократит время выздоровления и адаптации.

Задача медицинской реабилитации заключается в принятии пациентом нового себя, в осознании утраченных функций, в адаптации к внешнему миру. Восстановление личностного и социального статуса человека.

Теоретический блок материала о восприятии болезни пациентами с НИЗ

Большинство пациентов с хронически протекающей болезнью пересматривают структуру жизненных ценностей в течение развития и прогрессирования своего заболевания, наиболее адекватная модель, объясняющая поведение хронического больного – это модель убеждений в отношении здоровья.

Социальная модель самоконтроля НИЗ с активной ролью пациента и его семьи может быть постепенно внедрена в общую врачебную практику, где большое место будут занимать образовательный компонент, регулярные консультации врачей-специалистов и постоянный мониторинг состояния здоровья пациента с участием среднего медицинского персонала. Несомненно, в формировании убеждений ключевую роль играет лечащий персонал больного человека. Именно профессионалы формируют определенные убеждения относительно самого заболевания, его последствий для здоровья, возможностей их преодоления.

В развитии болезни обычно различают 4 стадии (по классификации Б.Н. Чумакова, 2000 г):

- латентный период (скрытый);
- период продромальных явлений (от появления симптомов болезни);
- период разгара болезни (полное развитие характерной для данной болезни клинической картины);
- период окончания болезни (исходы болезни: выздоровление, рецидив, переход острой формы в хроническую, смерть).

В период увеличения стрессовых нагрузок на личность возрастает количество людей, страдающих НИЗ. Любая болезнь, особенно хронически текущая, оказывает существенное влияние на многие стороны жизни пациента, нарушая его жизнедеятельность, делая невозможным достижение целей, нарушая внутрисемейные отношения.

Мировоззренческие установки в отношении происхождения заболеваний: болезнь как кара; болезнь как испытание, болезнь как назидание другим; болезнь как расплата за грехи предков.

Мировоззренческие установки о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами: болезнь как неизбежность; болезнь как стечение обстоятельств; болезнь как собственная ошибка.

М.И. Баженова видит взаимосвязь отношения к болезни и интегральной индивидуальности (ИИ) хронических соматических больных. Пол соматических пациентов с хроническими заболеваниями: детерминирует выраженность и структура взаимосвязей, разно уровневых свойств ИИ и отношения к болезни у женщин. Отношение к болезни у мужчин в большей мере связано с нейродинамическими и социально-психологическими свойствами; у женщин – с эмоциональными характеристиками и способностью жить настоящим. Возрастной фактор оказывает влияние на выраженность и структуру взаимосвязей разно уровневых свойств ИИ и отношения к болезни. «Молодой» возраст связан с более позитивными характеристиками свойств ИИ и отношения к болезни. По мере взросления отношение к болезни становится менее связанным с личностными особенностями, более обусловленным свойствами нижележащих уровней ИИ. С возрастом в структуре ИИ усиливают свою значимость характеристики личностной зрелости.

Особенность патогенного воздействия болезни на личность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов. М.И. Баженова видит взаимосвязь отношения к болезни и интегральной индивидуальности (ИИ) хронических соматических больных.

Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов пациента по типу их переподчинения новому главному смысловому мотиву – восстановлению здоровья и сохранению жизни.

Для больных людей сахарным диабетом чаще характерен эгоцентризм, раздражительность, капризность и несдержанность. На уровне синдромов, как правило, выделяют астенический, астено-ипохондрический, астено-депрессивный, обсессивный и истероформный синдромы [60].

Лицам, страдающим остеохондрозом позвоночника, присущи нетерпение, суетливость, несобранность, нарушение координации движений. В структуре личности у такого человека преобладают застенчивость, скромность, робость, зависимость от авторитетов, внешне проявляемые в формировании осанки [63].

У пациентов с хронической почечной недостаточностью развивается астения.

При болезнях системы кровообращения отмечается инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, сужение круга интересов, эгоцентризм, а также обидчивость, несдержанность [57].

Любая болезнь, особенно хронически текущая, оказывает существенное влияние на многие стороны жизни пациента, нарушая его жизнедеятельность, делая невозможным достижение целей, нарушая внутрисемейные отношения.

Главная идея достижения эффекта зависит от предпринимаемых пациентом действий в борьбе с болезнью. Оказание самопомощи означает применение нужных навыков, знаний, наличие энергии, умение понимать собственное тело, правильно истолковывать физические изменения, принимать верные действия. Эти знания и навыки необходимы также медицинским сестрам, которые работают в сложной обстановке. Они могут быть получены в результате обучения в «Школе медицинских сестер».

НИЗ характеризуются длительно протекающими процессами без четко очерченных временных границ. Пациент никогда не становится полностью здоровым, он постоянно, то есть хронически болен. Больной человек должен быть готов к дальнейшему ухудшению самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как до болезни. При предоставлении материала о восприятии болезни пациентами с НИЗ на занятие приглашаются МС эндокринологического, неврологического кабинета, районного кардиологического отделения, валеолог АПО.

С целью выявления психологического и эмоционального состояния сотрудников, пациентов применены разработанные различными авторами следующие методики [16,21,111,120,143].

Шкала оценки уровня ситуативной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин) (прил.24 – А).

Цель: выявить особенности личностной и ситуативной тревожности.

Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни (Н.Е. Водопьянова) (прил.24 –А).

Цель: оценить степень общей удовлетворенности качеством индивидуальной жизни и выявить сферы жизнедеятельности, вызывающие наибольший дискомфорт или неудовлетворенность.

Методика исследования самооценки (И.Я. Киселева) (прил.24 – А).

Цель: выявить особенности самооценки.

Процесс обучения пациента должен быть мотивирован, поскольку стимулируется его отношение к обучению с целью сохранения, укрепления и восстановления своего здоровья. Мотивы – побудительные эффекты делятся на три группы:

- социальные мотивы (пациент и общество);
- мотивы, связанные с самой учебной деятельностью, то есть познавательный интерес;
- мотивы, связанные с творчеством (например, пациент левша, как бы его не пытались обучить действовать по алгоритму, он будет делать по-своему).

Занятия имеют единую структуру и состоят из трех частей: вводное занятие, основная и заключительная части. Вводная часть включала в себя приветствие пациентов, знакомство их с темой и целью занятия. Основная часть посвящена объяснению учебного материала, отработке практических навыков, контролю усвоенного материала. При подведении итогов каждого занятия медицинская сестра подчеркивает ключевые понятия темы занятия, отмечает

обязательные успехи пациентов в освоении практических навыков и дает задания по закреплению приобретенных практических умений, задает вопросы по усвоению материала. Для закрепления полученных знаний им выдаются памятки (брошюра прил.29 – Д).

Темы занятий в «Школе медицинской сестры» (прил.25 – Б)

Занятие 1	Профессиональные качества, необходимые для работы медицинской сестры
Занятие 2	Организаторские и коммуникативные навыки медицинской сестры и их развитие
Занятие 3	Формы и методы работы с пациентами.
Занятие 4	Методы работы с пациентами: гендерный аспект
Занятие 5	Активное слушание как правильно трактовать жесты и телодвижения пациента
Занятие 6	Развитие умения убеждать
Занятие 7	Методики психологического ведения пациентов с НИЗ
Занятие 8	Способы мотивация на здоровый образ жизни пациентов с НИЗ
Занятие 9	Как помочь пациенту снизить его тревожность и депрессивность: обучение методам самоконтроля
Занятие 10	Работа с семьями пациента
Занятие 11	Синдром эмоционального выгорания у медицинской сестры: как предупредить

Цель обучения - помощь пациенту в формировании адекватного заболеванию медицинского поведения (регулярный прием медикаментов, модификация питания, проведение контрольных мероприятий и т.д.), улучшение его качества жизни.

Выделяют 3 группы качеств обучающего лица: индивидуальные (чувство юмора, деликатность, интуиция); определяющие взаимодействие с обучаемым лицом (эмпатия, рефлексия, идентификация). Также сюда относят качества, формирующие рефлексивный уровень педагогических способностей (чувство такта, меры, причастности, ориентации, объекта, ситуации). Предлагают также ориентироваться на иные свойства: социальную готовность, общекультурную и специально-предметную готовность педагога.

План практического занятия

- **Введение, работа с ожиданиями, выработка правил группы**
- **Управление стрессом**
- **Упражнения на осознание и принятие своих чувств** (прил.26 – В)
- **Информационный блок**

- **Освоение способов саморегуляции эмоционального состояния**
- **Заключение (рекомендации)**

Обеспечение обучения – это активный процесс, предполагающий участие пациента. Пациент должен хорошо понимать взаимосвязь между своим поведением и здоровьем. Чтобы определить степень понимания, нужно хорошо расспросить пациента, что он знает о взаимосвязи между факторами риска и здоровьем. Если не учитывать психологических особенностей больного и индивидуальных обстоятельств его жизни, эффективность обучения может быть сведена к нулю.

Пациент, несмотря на формально полученное «обучение» (пройдя «школу»), может по-прежнему быть лишь пассивным участником лечения своего заболевания. Для получения положительных результатов обучение должно быть четко организованным процессом, основывающимся не только на медицинской, но также на психологической и педагогической основе [39,40,41,46,55,60,64,138,139].

Материал для практического занятия

Слайд 1

Время 30 мин.

Вопросно-ответная и игровая формы работы

- **1 блок. Вводный.**
- **Цель:** включение в работу, снятие накопившегося напряжения; сплочение, создание группового доверия и принятия.
- ✓ **Упражнение «Наши ожидания» Цель:** выявление ожиданий участников. Корректировка запроса.
- **Инструкция:** Каждый из нас чего-то ожидает от нового дела. Что Вы ждете от этого тренинга? (Каждый участник записывает свои ожидания в правой колонке на листке)
- ✓ Что Вы готовы вложить в тренинг? (Каждый участник записывает в правой части листа свой вклад в тренинг)
- ✓ Участники по кругу зачитывают свои ожидания от тренинга и вклад.
- ✓ То, что мы с Вами записали, безусловно, может изменяться на протяжении всего тренинга. Возможно, вы получите то, чего не ожидали. Многое также будет зависеть от вашей активности. В конце тренинга у нас с Вами будет возможность проанализировать свои ожидания.
- ✓ Стратегической целью развития сестринского дела является усиление роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи населению, постепенное формирование профилактической направленности своей деятельности.

Вводная часть программы включала в себя приветствие пациентов, знакомство их с темой и целью занятия.

Упражнение «Заключение контракта» Цель: выработка правил группы.

- Выработка правил группы производится с помощью мозгового штурма, следует записать все выработанные правила на доске или листе ватмана.
- Основные правила:
- ✓ Закон «ноль-ноль» (о пунктуальности).
- ✓ Правило поднятой руки: высказываются по очереди, когда один говорит, остальные слушают молча, и, прежде чем взять слово, поднимают руку.
- ✓ Без оценок: принимаются различные точки зрения, никто друг друга не оценивает, обсуждаем только действия: критика должна быть конструктивной.
- ✓ Конфиденциальность: то, что происходит на занятии, остается между участниками.
- ✓ Активность: чаще всего, те, кто проявляют активность на занятиях, приобретают по окончании курса больше, чем те, кто был пассивен на занятиях и др. правила.
- **Упражнение «Промежуточная рефлексия» Цель:** снятие напряжения

✓ Представьте себя каким–то предметом в зависимости от того настроения, в котором вы находитесь в данный момент. Закрасьте его в любой цвет. Опишите, настроение этого предмета.

✓ Участники по кругу описывают свои предметы.

1. Упражнения на осознание и принятие своих чувств (Игровая форма работы).

⦿ **Упражнение «Ассоциации» Цель:** выяснить эмоциональное отношение к работе.

⦿ Какие ассоциации вызывает у Вас слово «работа»

2. Информационный блок

✓ Работа со слайдами

Стресс – общее напряжение организма, возникающее под воздействием чрезвычайного раздражителя (стрессора). Стресс получил название болезни XX – XXI века. Современная медицина утверждает, что основная причина всех заболеваний – именно стресс. Он чрезвычайно вреден для здоровья, постоянное пребывание в стрессовом состоянии может вызвать такие тяжелые заболевания, как рак, гипертония и различные сердечно – сосудистые заболевания.

✓ Чтобы защитить себя от подобных последствий, надо научиться управлять стрессом, расслабляться, снимать напряжение. Необходимо научиться распознавать в себе признаки стресса и его симптомы. И тогда, действуя правильно, можно предупредить возникновение заболевания (прил.26 – В).

✓ Время – 15 мин.

✓ Слайд 2-3

✓ Рассказ педагога, сопровождающийся конспектированием материалов со слайдов

Информация о способах борьбы со стрессом

⦿ Релаксация – расслабление организма (аутотренинг). Снятие мышечного напряжения, а затем и психологического (с помощью мелодий для релаксации и т.д.).

⦿ Правильное питание. На фоне нервных и физических перегрузок недостаток некоторых жизненно важных пищевых компонентов порой становится той самой причиной, которая усугубляет стрессовое состояние, а в некоторых случаях даже является прямым толчком к его возникновению.

⦿ Разрядка по восточным методикам (методика правильного дыхания, некоторые упражнения йоги, массаж и пр.).

⦿ Плеск воды и благоухание масел (ванны, бани, контрастный душ, закаливание, аромотерапия – травяные средства для ванн, использование эфирных масел и т.д.).

⦿ Лекарственные настои.

⦿ Окружающая природа как источник положительной и отрицательной энергии (использование биоэнергетики окружающего мира – планет, растений, животных).

⦿ Цветотерапия (цветовая гамма интерьера может не гармонировать с нашим эмоционально – психическим состоянием).

⦿ Переключение на другие виды деятельности (хобби и т.д.)

3. Освоение способов саморегуляции эмоционального состояния

Информационный блок

⦿ **Психическая саморегуляция** – самостоятельное целенаправленное и сознательное изменение субъектом регуляторных механизмов своей психики на основе использования ресурсов бессознательного уровня.

⦿ Время 15 мин.

Слайд 4

⦿ Игровая форма организации

Наиболее важное место в технике психической саморегуляции занимают специальные упражнения, с помощью которых психика становится восприимчивой к воздействиям – это

упражнения на расслабления мышц, упражнения на дыхание, которые в свою очередь способствуют расслаблению контроля сознания и введения установок в подсознание, различные медитативные упражнения, аутогенная тренировка.

Дыхательная гимнастика

- 1. Дыхательные упражнения с успокаивающим эффектом
- Упражнение 1. «Отдых»

Цель: успокоение, расслабление

- Исходное положение – стоя, выпрямиться, поставить ноги на ширину плеч. Вдох. На выдохе наклониться, расслабив шею и плечи так, чтобы голова и руки свободно свисали к полу. Дышать глубоко, следить за своим дыханием. Находиться в таком положении в течение 1–2 минут. Затем медленно выпрямиться. Воспользоваться материалом мультимедиа – презентации «Аутогомокибернетика для тех, кто мало движется».

- **Упражнение 2. «Передышка»**

Цель: успокоение, расслабление

- Обычно, когда мы бываем чем-то расстроены, мы начинаем сдерживать дыхание. Высвобождение дыхания – один из способов расслабления. В течение трех минут дышите медленно, спокойно и глубоко. Можете даже закрыть глаза. Наслаждайтесь этим глубоким неторопливым дыханием, представьте, что все ваши неприятности улетучиваются.

Релаксационные упражнения (техника напряжения и расслабления) (прил.27-Г и прил.28)

- **Упражнение 1. «Мышечная энергия»**
- ✓ Цель: выработка навыков мышечного контроля
- **Упражнение 2. «Напряжение – расслабление»**
- ✓ Цель: выработка навыков мышечного контроля
- **Упражнение 3. «Растем»**
- ✓ Цель: упражнение позволяют прочувствовать свое тело, осознать степень его напряжения, гармонизируют психофизические функции.
- **Упражнение 4. «Потянулись – сломались»**
- ✓ Цель: упражнение позволяют прочувствовать свое тело, осознать степень его напряжения, гармонизируют психофизические функции.
- **Упражнение 5. Медитативная техника «Радужное настроение»**
- ✓ Цель: снятие эмоционального напряжения, умение останавливать поток мыслей.

При проведении психогигиенических мероприятий обязательно разъяснение пациенту причин и механизмов его заболевания. Понимание пациентом его собственного состояния ведет к максимальному сотрудничеству больного с врачом, согласию на необходимые процедуры и методы исследования. В случае хирургических вмешательств, тяжелых заболеваний при необходимости должна быть в полной мере оказана психологическая поддержка специалистов (психологов, психотерапевтов). Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов пациента по типу их переподчинения новому главному смысловому мотиву - сохранению жизни и восстановлению здоровья

Заключительная часть

- **Рефлексия “Мне сегодня...”**
- ✓ Каждый участник группы должен завершить фразу: “Мне сегодня...”, оправдались ли ваши ожидания?
- ✓ Подведение итогов занятия.

Раздача листков с рекомендациями (брошюра прил.29 – Д).

Качество медицинской помощи, оказываемой медицинскими сестрами, зависит от решения следующих задач:

- совершенствование качества подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела;
- совершенствование модели взаимодействия врач – сестра – пациент – партнеры;
- внедрение новых сестринских технологий и формирование благоприятной среды для работы среднего медицинского персонала.

NB! Школа МС по психологическому сопровождению пациентов с НИЗ «Спасем и окажем помощь раненому лимону» (автор Русак С.М.) апробирована в УЗ «31-я городская поликлиника» (г. Минск, ул. Бурдейного,4). Акт о внедрении в практику от 20.11.2017 г. протокол №6.

Выводы. Достоинством программы Школы МС по психологическому сопровождению пациентов с НИЗ «Спасем и окажем помощь раненому лимону» является включение психологической и социальной информации о пациенте для полноты профилирования его рисков, более точных клинических значений и расширения применения среди Пвр и МСОП.

Домашнее задание. Ознакомиться с программой Школы МС по психологическому сопровождению пациентов с НИЗ «Спасем и окажем помощь раненому лимону» и решить возможность самостоятельного применения положений программы или организовать приглашение специалиста (автора) для обучения специалистов вашей ОЗ.

Просмотр видео-презентации «Предупреждение СЭВ в работе медицинских сестер»

Заключение

Состояние развития здравоохранения в настоящее время предоставляет дополнительные возможности для продолжения совершенствования мер по укреплению системы здравоохранения Республики Беларусь путем видения стратегии, программно-целевого планирования, интегрированного предоставления услуг в общественном здравоохранении, ПМП, ориентированности на пациента, обучения кадров, финансирования и цифровых технологий.

В содержании электронного мультимедийного пособия «Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности» осуществлен ориентир на непрерывное профессиональное развитие согласно концепции life-long learning (обучение на протяжении всей жизни), комплексно поданы методические, учебно-практические и электронные материалы презентаций, программа профилактики СЭВ у МС. Материалы пособия продолжают развитие идея знаменитой теории «Обучение через действие» (Джон Дьюи, США), доказавшей высокий уровень медицинской эффективности в Республике Беларусь в форме «Школы сахарного диабета» (1992).

В представленной работе отражены основные направления, необходимые для перехода от теории к практике в деятельности средних медицинских работников. По содержанию материалы разделены на три основных направления:

Раздел I. Состояние и потребность в паллиативной помощи: современные достижения онкологии в Республике Беларусь предлагает анализ системы и структуры ПалМП на основе имеющихся достижений и перспектив совершенствования.

Раздел II. Медицинские сестры и помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи в осуществлении адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентом на дому: профилактика ошибок предлагает новый методологический подход с элементами цифровизации (ЭМК пациента) на основе классических понятий по сестринскому процессу*, сестринскому диагнозу* в уходе на дому.

Раздел III. Технологии медико-социального взаимодействия в Инструкции «АИС «Пвр и МСОП: уход на дому» при паллиативном уходе является инструментом внедрения цифровых организационных технологий в рамках 2 компонента проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь». Инструкция может быть использована в учебных программах для студентов и учащихся медицинских вузов и колледжей на этапах базового и дополнительного образования, а также в работе МСОП, Пвр.

В деятельности МСОП и Пвр ранее был недостаточно методически разработан раздел «Паллиативная медицина», что оправдало расширенные понятия о психологическом компоненте взаимодействия с умирающим пациентом, развитии синергетических обучающих отношений в системе «врач-сестра-пациент», применимые для обучения студентов медицинских вузов и колледжей.

Внедрение технологий с основами психологии делового взаимодействия в практическую деятельность средних медицинских работников станет ступенькой в последующие достижения качества жизни пациентов с прогностически неблагоприятными заболеваниями.

Сложное этически и нравственно оправданное возвращение к теме врачебной тайны недостаточно освещено в учебно-методической литературе. Авторский поход к данной теме позволяет осмыслить проблемы сохранения и обмена информацией, составляющей врачебную тайну на основе холистического подхода и философских взглядов на понятие справедливости в системе здравоохранения в целом (разд. II, гл.5).

Согласно «волновой теории Э. Тоффлера (2002), происходит «столкновение развивающейся культуры Третьей волны (как символа вступления человечества на путь информационного развития) с крепко засевшими, окопавшимися идеями и высокомерными постулатами индустриального общества». Идеи автора Э. Тоффлера отражены в монографии НАН Бела-

руси и Института философии «Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма» под ред. О.А. Павловской. – Минск : Беларуская навука, 2015. – 429 с.

Конфликт между производством и потреблением, породивший «самую жалкую, думающую только о деньгах, коммерциализированную и расчетливую цивилизацию, какой не знала история» способствует раздвоению личности. «Один и тот же человек, который в качестве производителя воспитывался семьей, школой и начальством на работе так, чтобы ограничивать свои желания, быть дисциплинированным, контролируемым, ограниченным, послушным, т.е. быть игроком своей команды, в то же время, будучи потребителем, приурочен к тому, чтобы добиваться немедленного удовлетворения своих желаний. Быть скорее жизнелюбом, чем расчетливым, избегать дисциплины, стремиться к личному удовольствию. Коротко говоря, быть совершенно другим человеком», – провозглашает автор теории Третьей волны.

Далее следует совет Э. Тоффлера: «Если нам удастся сгладить переход от старой, умирающей цивилизации к новой, обретающей форму, если мы сохраним собственную личность, то сможем в обстановке усиливающихся кризисов управлять своей жизнью. Мы будем в состоянии обнаружить и способствовать нововведению Третьей волны. Если мы посмотрим вокруг себя, мы найдем под покровом несостоятельности и разрушений первые признаки роста и новые возможности».

Исходя из этого, у авторов биомедицинской этики Т. Бичампа, Д. Чилдреса, с их принципами автономии личности, справедливости и уязвимости человека, не навреди, делай добро, информированного согласия – было полное основание для принятия правил неприкосновенности частной жизни, конфиденциальности и правдивости. Творческий поход к разработке и поддержке более эффективной медицинской практики с помощью инновационных технологий образования студентов и для средних медицинских работников является действенной заботой о будущем.

Предложение рабочего план в форме Инструкции (разд. III, гл.7) и методической разработки «Школа медицинских сестер по психологическому сопровождению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (разд. III, гл.10) является ответным действием на вызовы современности в системе ПМП. С помощью цифровых технологий в деятельности Пвр и МСОП на основе ориентированности на пациента оптимизировано практическое оказание ПалМП без ущерба для здоровья медицинских работников (16 «Аутогомокибернетика для тех, кто мало движется» картотеки).

Своевременность предложения Инструкции (разд. III, гл.7) учитывает складывающийся переход к многопрофильной команде ВОП, включающей ПМП, сообщества (Общество Красного Креста), социальную помощь и волонтерское движение.

Учтены рекомендации ВОЗ «Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций» (2018) по совершенствованию медицинского образования ВОП, Пвр, МСОП в части акцента на био-психосоциальном уходе в системе ПМП (многопрофильная коллективная практика) и руководство ВОП командами ПМП с акцентом на гериатрию и интеграцию.

Предложена практическая смена парадигмы патерналистского подхода к традиционному принятию решения врачом за пациента к партисипативной, включающей автономию пациента и его СО-участие в выборе совместно с врачом решения и разделение ответственности за него.

Это содействует развитию ориентированных на человека услуг здравоохранения через координацию медико-социальной, психологической и общественной помощи, преемственности отношений МСОП на базе доказательной медицины (ЭМК пациента, порталы пациентов для интегрирования в лабораторные и аптечные информационные системы) ввиду низкой доступности доказательных клинических руководств (Tuckson, Edmunds и Hodgkins,2017).

Учтены рекомендации ВОЗ (2018) том, что 47% пациентов удовлетворены уровнем своего контроля в отношении принимаемых медицинских решений.

Сделана попытка к ознакомлению с механизмом *пропорционального универсализма* (действия общественного здравоохранения должны быть универсальными, но при этом обладать масштабом и интенсивностью, пропорциональным уровню уязвимости), что повлияет на снижение несправедливости в здравоохранении (концентрация лишь на наиболее уязвимых гражданах).

Приближено выполнение одной из задач повышения грамотности населения в вопросах здоровья, как шаге к возможности делать выбор в пользу здоровья (Dyakova и др., 2017) [17]. Это происходит за счет возможности для пациента вступать в партнерские отношения с медицинским работником в ходе совместного оказания ему медицинских услуг (онлайн механизм принятия решений через электронный личный кабинет пациента) за счет создания благоприятной среды посредством подхода: ПЛАНИРУЙ – ДЕЛАЙ – ИЗУЧАЙ – ДЕЙСТВУЙ (PDSA) (ВОЗ,2018).

Улучшена коммуникация в системе врач: сестра: пациент – партнеры посредством более широкого применения цифровых систем, позволяющих обеспечить лучшее координирование доступности услуг здравоохранения и качества медицинской помощи пациенту.

Л. Пастер писал: «Я непоколебимо верю, что наука и мир торжествуют над невежеством и войной, что народы сойдутся друг с другом не для разрушения, а для созидания, и что будущее принадлежит тем, кто сделает более для страждущего человечества».

Глоссарий

Абилитация медицинская – комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено.

Автономность – независимость пациента от постоянной помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентами на дому – модель решения сиюминутных проблем пациента, воздействие на факторы риска возникновения обострения (декомпенсации) заболевания новыми технологиями ухода и обучением. Учитывает цели как долгосрочные, краткосрочные, восстановление, мотивацию, сохранение самообслуживания пациентом. Предлагает способы сестринского вмешательства, направленные на удовлетворение потребности по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс-гимнастику, контроль поведения пациента, обучение навыкам самообслуживания. По способу сестринского вмешательства использует полностью компенсирующую помощь, частично компенсирующую и консультативную (обучающую) или дополнительную специализированную помощь при необходимости приобретения пациентом (родственниками) навыков ухода.

Алгоритм – последовательность действий, приводящая к определенному результату.

Адаптивная физическая культура – комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию, адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями, преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценности жизни, осознанию необходимости личного вклада в социальное развитие общества.

Барьеры общения – препятствия для взаимодействия людей, факторы, служащие причиной неэффективного взаимодействия, конфликтов или способствующие им.

Благодеяние – этический принцип приносить добро; действие, направленное на благо другого человека или общества; доброжелательность, бескорыстие, щедрость.

Взаимодействие – способ организации совместной деятельности, осуществляемой на основании социального восприятия и с помощью общения. В «Словаре русского языка» С. Ожегова значение слова «взаимодействие» объясняется как взаимная связь двух явлений; взаимная поддержка.

Взаимодействие конфликтное – процесс взаимных негативных воздействий индивидов, групп, движений, партий, этносов, стран друг на друга, в процессе которых сталкиваются между собой интересы, цели, устремления, ценностные ориентации соперничающих субъектов конфликта.

Витаукт – процесс, стабилизирующий жизнеспособность организма, повышающий продолжительность жизни человека, замедляющий процессы старения.

Врачебный диагноз – медицинское заключение о состоянии здоровья пациента в терминах врачебной компетенции.

Долговременный уход – комплекс мероприятий, включающих уход, сопровождение, реабилитацию, социализацию, психологическую поддержку и другие виды помощи, позволяющие компенсировать ограничения и сохранить качество жизни человека. Подобная система делает уход гарантированным и доступным на дому, в больничных организациях (БО) и стационарах дневного пребывания для пациентов всех возрастов, имеющих стойкие ограничения и зависимых от посторонней помощи в связи с болезнями, возрастом, травмами. Данная форма (адаптационно-ситуативная модель ухода на дому) поможет заменить стационары для пожилых людей или инвалидов, а для родственников, ухаживающих за близкими людьми или за пациентами с инвалидностью, будут организовываться специальные курсы по индивидуальным программам.

Интегрированная помощь, известная как интегрированное здравоохранение (синонимы: скоординированная помощь, комплексная помощь, непрерывная помощь или трансмуральная помощь) – мировая тенденция в реформировании здравоохранения и новых организационных механизмов, ориентированных на более скоординированные и интегрированные формы оказания помощи. Ее можно рассматривать как ответ на фрагментированное предоставление медицинских и социальных услуг, которое является признанной проблемой во многих системах здравоохранения.

Интегрированная электронная медицинская карта пациента – главное условие для создания единого информационного пространства системы здравоохранения Республики Беларусь (ЕИП БЕЛЗДРАВ, 2016), обеспечивающее взаимодействие внутри организаций и в системе здравоохранения в целом в рамках единого информационного пространства, в перспективе с учреждениями образования.

Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи – любое клиническое выраженное заболевание микробного происхождения, поражающее пациентов в результате обращения за медицинской помощью, а также медицинских работников в связи с реализацией служебных обязанностей.

Информатизация – организационный, социально-экономический и научно-технический процесс, обеспечивающий условия для формирования и использования информационных ресурсов и реализации информационных отношений (из Закона Республики Беларусь «Об информации, информатизации и защите информации» от 10 ноября 2008 г. № 455-З).

Качество жизни – степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента, своевременность оказания медицинской помощи, степень ее соответствия клиническим протоколам и иным нормативным правовым актам в области здравоохранения, а также степень достижения запланированного результата оказания медицинской помощи.

Качество сестринской деятельности – характеристика, отражающая степень адекватности сестринских технологий профессиональным стандартам и определяемая по критериям профессионализма, доступности, результативности, коммуникабельности, эффективности, безопасности, удовлетворенности.

Кинестетикс – запатентованная Белорусским Красным Крестом (БКК) новая методика о восприятии движения и уходе за людьми с ограниченными возможностями, позволяющая пациенту научиться управлять своим телом, движением, что позитивно сказывается на его развитии. Методы кинестетикс помогают людям ухаживать за детьми и взрослыми с инвалидностью, восстанавливать и реабилитировать больных людей, сохранять подвижность и самостоятельность независимо от возраста. Узнать больше о кинестетикс и обучении можно в организации БКК по месту жительства.

Кластер – уникальная пространственно-распределенная на некоторой территории экономическая и социальная полифункциональная общественно-производственная структура, взаимно связанная друг с другом, в которой одна или несколько организаций распространяет положительное влияние на ближайшее окружение, обеспечивая потребителям получение наиболее эффективных услуг.

Кластеризация в медицине – задача группировки множества объектов на подмножества (кластеры) таким образом, чтобы объекты из одного кластера были более похожи друг на друга, чем на объекты из других кластеров по какому-либо критерию. Например, подбор рекомендаций при уходе на дому для пациента с применением автоматизированной информационной системы на основе предпочтений другого пользователя в данном кластере.

Компромисс – соглашение на основе взаимных уступок.

Коммуникация – обмен информацией между двумя и более лицами в устной, письменной форме или при помощи жестов, интонации и др.

Команда – совокупность людей, ощущающих свою целостность и стремящихся к достижению определенной, осознанной цели, компенсирующих недостаток знаний друг друга, взаимодействующих не только на основе приказов и инструкций, но и на основе ожиданий и запросов.

Коморби́дность (от лат. – «со» – вместе и «morbus» – болезнь) – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, осложняющим диагностику, прогноз и лечение пациента.

Компетентность – способность выполнить поставленную задачу и наиболее эффективно справиться с особыми трудовыми функциями; круг вопросов, в которых кто-то хорошо осведомлен, или чьих-нибудь полномочий, прав, авторитетный в какой-либо области (Глоссарий терминов Европейского фонда образования; С.И. Ожегов «Словарь русского языка»).

Комплаенс – (англ. compliance - согласие, соответствие; от глагола to comply – исполнять) – означает действие в соответствии с запросом или указанием; достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент - МС - врач» за счет рационального ведения пациента. Предполагает обязательное выполнение больным человеком врачебных рекомендаций, соответствующих каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам пациента, возраст которого не служит причиной недостаточного взаимодействия. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Конгруэнтность – полное соответствие внутреннего состояния человека, связанного с переживанием тех или иных потребностей, мыслей и чувств, внешним проявлениям в коммуникации, т.е. тому, что он говорит и как говорит.

Конфликт – (лат. conflictus – столкнувшийся) – наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии его участников и обычно сопровождающийся негативными эмоциями, выходящий за рамки правил и норм.

Конфликтогены – слова, жесты, оценки, суждения, действия или бездействия одной или обеих взаимодействующих сторон, способные привести к возникновению конфликтной ситуации и к ее перерастанию в реальный конфликт.

Медицинская абилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено.

Медицинское наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование пациента в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, изменение и поддержание эстетического вида пациента, включающий медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую абилитацию, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками.

Медико-социальная помощь – вид медицинской помощи, оказываемой при наличии у пациента хронических заболеваний, требующих медицинского наблюдения и ухода и не требующих интенсивного оказания медицинской помощи.

Медицинская технология – определенный систематизированный порядок действий, единых требований и правил, определяющих последовательность, структуру, требования и

оценку результатов применения протоколов, направленных на решение проблем документирования ухода на дому.

Ошибка сестринская:

1. Действие или бездействие МС, совершенное под влиянием добросовестного заблуждения, вызванного несовершенством современной медицинской науки и ее методов исследования, особым течением заболевания у определенного больного, извинительным недостатком знаний, малым опытом МС или иными объективными трудностями в работе (извинительная сестринская ошибка).
2. Действие или бездействие МС, повлекшее причинение вреда пациенту по неосторожности (вследствие легкомыслия или небрежности), влекущее юридическую ответственность (неизвинительная сестринская ошибка).
3. Неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей, повлекшее ущерб здоровью граждан или смерть.

Паллиативная медицинская помощь – вид медицинской помощи, оказываемой при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи. Она направлена на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента.

Патронаж – (франц. покровительство) – вид обслуживания, который предусматривает постоянный контроль состояния здоровья пациентов, регулярное посещение их жилищ, оказание необходимой помощи, проведение отдельных манипуляций.

Пациент-ориентированная медицинская помощь – это инновационный подход к планированию, предоставлению и оценке медицинской помощи, основанный на выгодном партнёрстве между представителями здравоохранения, пациентами и их семьями.

Резилиенс-гимнастика – (resilience – возрастная жизнеспособность) физическая активность с акцентом не на борьбу с заболеванием, а на формирование самостоятельной профилактики с целью улучшения психологического состояния и эстетического здоровья человека, улучшения памяти, ассоциативного мышления и профилактики падений. Базируется на «Глобальных рекомендациях по физической активности для здоровья» (ВОЗ).

Салютогенное поведение семьи основано на салютогенной теории – стимулирование «борцовских качеств» семьи по самостоятельному изменению неблагоприятных обстоятельств жизни посредством поддержания социальной компетентности, самостоятельности, уверенности, хобби, внутреннего локуса контроля, деятельности с оптимизмом. Поддерживающие факторы: помощь другим, кто в ней нуждается, доверительные отношения, четко определенные правила поведения в семье, позитивные взаимоотношения детей и родителей и общность ценностей.

Сестринский диагноз – комплексное заключение о состоянии здоровья пациента, принимаемое как единое целое физического, психического и социального благополучия, степень нуждаемости пациента в помощи медсестры и проблемы (настоящее или потенциальные) – физиологические, психологические, социальные, духовные, т.е. выявление отклонений от комфортного состояния пациента и помощь в пределах сестринской компетенции. Это описание внешней ответной реакции пациента на возникший патологический процесс в организме в терминах сестринской компетенции.

Сестринский процесс – метод организации деятельности медсестры, применимый в любой области, это систематическое применение метода решения проблем, направленного на физические, психологические и социальные потребности отдельного человека, семьи или группы людей в отличие от привычного традиционного подхода, основывающегося на профессиональных представлениях о потребности в сестринской помощи. Этот процесс связан с удовлетворением тех здравоохранительных потребностей людей или контингентов населения, кото-

рые могут быть удовлетворены наиболее эффективным образом именно посредством сестринской помощи. Представляет собой совокупность 4 действий: обследования, планирования, выполнения и оценки результатов. Это динамичный процесс, ведущий к необходимой адаптации и улучшению здоровья пациента.

Сестринский уход – работа, выполняемая медсестрами в соответствии с их функциональными обязанностями, их ролью. Можно охарактеризовать как поддержание охраны здоровья, уход за больными и оказание реабилитационной помощи.

Уход – научно обоснованный набор медицинских услуг, обеспечивающий гигиеническое очищение полостей, кожи, осуществление отдельно жизненно важных функций (стул, мочеиспускание, дыхание, сон), способствующий положительным изменениям в течении заболевания, повышающий качество жизни не имеющих навыков самообслуживания потребителей. Бывает временным и постоянным. Осуществляется сиделками, обученными членами семьи под контролем или при участии МС.

Холистический подход в оказании паллиативного ухода (холизм – цельный, греч.) – метод комплексной заботы о человеке на основе философского гуманистического мышления, культуры межличностного взаимодействия и деятельной профессиональной сострадательной сестринской помощи пациенту и его семье. Цель: управление болью в междисциплинарной команде и достижение благополучия пациентом до конца жизни.

Хронический болевой синдром – самостоятельное неврологическое заболевание продолжительностью более 3-х месяцев, сопровождаемое симптомокомплексом их постоянных субъективных ощущений, зависящих от характера заболевания, психологического состояния, жизненного опыта, индивидуального болевого порога больного человека. Не выполняет защитного действия, ведет к нарушению функций всех систем и психоэмоциональным расстройствам (утомляемости, нарушению аппетита и сна, тревоге и депрессии) с проявлениями дискомфортом, иррадиацией боли, местным повышением температуры. Распространенность 34,3 на 100 человек (РФ).

Цифровизация – новый формат медицинской отрасли, совокупность компьютерных программ для управления системой здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи, цифровых диагностических систем, программ поддержки клинических решений и сервисов, гаджетов для дистанционного взаимодействия средних медицинских работников с врачом, для удаленного мониторинга жизненных показателей пациента. Цель: совершенствование качества медицинской помощи посредством прямого обмена информацией между всеми уровнями ее оказания и внедрение информационной поддержки организаторов здравоохранения, врачей и пациентов посредством информационно-коммуникационных технологий, обеспечивающих полноту и достоверность медицинской информации.

Фактор риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Эвтаназия – удовлетворение просьбы пациента о прекращении жизнедеятельности его организма и наступлении смерти посредством каких-либо действий (бездействия) с целью избавления от мучительных страданий, вызванных неизлечимым заболеванием (Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г.№2435-XII «О здравоохранении»).

Эмпаурмент – расширение прав и возможностей, общее настроение деятельности, определяемое проводимой руководством политикой.

Эргономика – (от греч. ergon – работа и nomos – закон) наука о приспособлении должностных обязанностей, рабочих мест, предметов и объектов труда, а также компьютерных программ для наиболее безопасного и эффективного труда работника. Комплексное изучение

функциональных возможностей индивида (или группы людей) в конкретных условиях деятельности, связанной с использованием технических средств, в целях создания условий на рабочем месте.

Эффективная коммуникация – свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

Эффективность медицинской помощи – величина (размер) при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели – улучшения состояния пациента.

Эйджизм – дискриминация человека по возрастному критерию, негативно-пренебрежительное отношение, неготовность сотрудничать на равных началах с теми, кто не соответствует некоему возрасту. Опасен для развития чувства иждивенчества и инфантилизма у лиц преклонного возраста.

Эмпатия – постижение эмоционального состояния, сочувствия, сопереживания, сострадания.

Ятрогенное поражение – неумышленное или неизбежное повреждение функций или структуры организма, вызванное медицинскими действиями (А.П. Зильбер, 2008).

Литература

1. Аксенова, Е. И. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2020. – 44 с.
2. Бабушкин, И. Е. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: практ. рук. / И. Е. Бабушкин, В. К. Карманов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 496 с.
3. Баркер, А. Как улучшить коммуникативные навыки / А. Баркер. – М.: Претекст, 2018. – 251 с.
4. Белялов, Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 544 с.
5. Берестова, О. Успешный врач. Как сделать пациента здоровым, а доктора счастливым / О. Берестова. – СПб.: Питер, 2022. – 208 с.
6. Борьба с инфодемией на фоне пандемии COVID-19: поощрение ответственного поведения и уменьшение пагубного воздействия ложных сведений и дезинформации. Совместное заявление ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС, МСЭ, инициативы ООН «Глобальный пульс» и МФКК, 23 сентября 2020 г. [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation. – Дата доступа: 03.01.2022.
7. Особенности проявления агрессивного поведения врачей и медсестер в условиях современной медицины / Р. Н. Башилов [и др.] // Мед. сестра. – 2019. – № 2. – С. 3–5.
8. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник): науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО за 2001–2013 г. / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32 с.
9. Ван Эдвардс, В. Наука общения. Как читать эмоции, понимать намерения и находить общий язык с людьми / В. Ван Эдвардс. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2023. – 384 с.
10. Василевский, И. В. Фармацевтическая опека лиц пожилого возраста / И. В. Василевский // Мед. знания. – 2022. – № 2. – С. 3–11.
11. Всемирный доклад о старении и здоровье / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2016. – 301 с.
12. Выговская, О. Н. Алгоритмы ухода за больными: учеб. пособие / О. Н. Выговская. – М. : Перо, 2016. – 28 с.
13. Гарднер, Д. Базисная и клиническая эндокринология: в 2 кн. / Д. Гарднер, Д. Шобек. – М.: Бином, 2010. – Кн. 1. – 463 с.
14. Глушанко, В. С. Методика расчета и анализа индикаторов качества медицинской помощи населению: учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко, А. П. Тимофеева, А. А. Герберг ; под ред. В. С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2021. – 349 с.
15. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/. – Дата доступа: 22.10.2019.
16. Горчакова, А. Г. Как «выжить», работая с горем: (о синдроме профессионального выгорания для специалистов, работающих в сфере здравоохранения) / А. Г. Горчакова. – Минск: Обществ. благотвор. орг. «Белорусский детский хоспис», 2021. – 16 с.
17. Гузик, Е. О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих / Е. О. Гузик. – Минск: БелМАПО, 2020. – 334 с.
18. Демографический ежегодник Республики Беларусь: стат. сб. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь; редкол.: И. В. Медведева [и др.]. – Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2019. – 429 с.

19. Дети и молодежь Республики Беларусь: стат. сб. / редкол.: И. В. Медведева [и др.]. – Минск : Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2018. – 133 с.

20. Европейская министерская конференция Всемирной организации здравоохранения. «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье-2020». Минская декларация // Семейн. доктор. – 2015. – № 4. – С. 5–7.

21. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для всех / Р. А. Евсегнеев. – Минск: Беларусь, 2006. – 479 с.

22. Здоровье 2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века [Электронный ресурс] / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327884/9789289000376-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y. – Дата доступа: 01.03.2017.

23. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. стат. сб. за 2019 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск: РНПЦ МТ, 2019. – 257 с. – Режим доступа: http://m.med.by/content/stat/stat2019/2019-1.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.

24. Здрок, О. Н. Медиация / О. Н. Здрок. – Минск: Четыре четверти, 2018. – 540 с.

25. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 840 с.

26. Змачинская, И. М. Медсестринская производственная практика: сб. ситуац. задач / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать, Т. В. Матвейчик. – Минск: БГМУ, 2015. – 20 с.

27. Зотова, А. А. Обучение сестринского персонала конструктивным способам психологической защиты в работе с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями / А. А. Зотова, Д. С. Фомичев // Медсестра. – 2021. – № 4. – С. 34–40.

28. Об утверждении Инструкции о порядке осуществления организациями переливания крови заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов на территории Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 19 мая 2011, № 38 : с изм. и доп. от 19 мая 2023 г. № 87 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

29. Об утверждении Инструкции о порядке предоперационной заготовки аутологичной крови и ее компонентов [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 3 сент. 2012 г., № 981 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

30. Иванюшкин, А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты / А. Я. Иванюшкин. – М.: Авт. акад., 2010. – 112 с.

31. Клиническая фармакология : учеб. / В. Г. Кукес [и др.]; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. – 6-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1024 с.

32. Коно, Э. 1% лидеров обладают качествами, которых нет у 99% людей / Э. Коно. – М.: Альпина Паблишер, 2018. – 112 с.

33. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 т. / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2019. – Т. 1. – 154 с.; Т. 2. – 147 с.

34. Кралько, А. А. Сборник ситуационных задач по основам права и медицинской этике: учеб-метод. пособие / А. А. Кралько, Т. В. Матвейчик, В. И. Петров. – Минск: БелМАПО, 2014. – 68 с.

35. Лаптиева, Л. Н. Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 8–13.

36. Латышева, В. Я. Медицинская реабилитация в педиатрии: учеб. пособие / В. Я. Латышева, А. А. Козловский, Д. А. Козловский. – Минск: Новое знание, 2021. – 280 с.

37. Лечение и уход за больным в домашних условиях / В. М. Чернышев [и др.]; под ред. В. М. Чернышева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 368 с.

38. Лычев, В. Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учеб. / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 538 с.

39. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело: вчера, сегодня, завтра (1999–2025) / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2023. – 73 с.

40. Матвейчик, Т. В. Элементы цифровизации при уходе за пациентами на дому в деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики / Т. В. Матвейчик, И. Г. Солдатенко, С. А. Левчук. – Минск: Ковчег, 2023. – 147 с.

41. Матвейчик, Т. В. Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2023. – 128 с.

42. Матвейчик, Т. В. Правовые и нравственные аспекты предупреждения социального сиротства в деятельности медицинских работников / Т. В. Матвейчик // Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание: сб. материалов III Всерос. медико-правовых чтений, Новосибирск, 21 апр. 2023 г. / Новосиб. гос. мед. ун-т [и др.]; редкол.: Ю. И. Бравве [и др.]. – Новосибирск, 2023. – С. 93–97.

43. Обеспечение сестринского процесса в оказании медицинской помощи пациентам на дому / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Ковчег, 2022. – 163с.

44. Матвейчик, Т. В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Г. В. Гатальская. – Минск: БелМАПО, 2022. – 153 с.

45. Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.

46. Матвейчик, Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2020. – 223 с.

47. Матвейчик, Т. В. Факторы успешности работы команды врача общей практики / Т. В. Матвейчик // Семейн. доктор. – 2020. – № 1. – С. 4–8.

48. Матвейчик, Т. В. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции / Т. В. Матвейчик // Вестн. мед. ин-та им. Меграбяна. – 2020. – Т. 9. – С. 31–40.

49. Матвейчик, Т. В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик. – Минск: БелМАПО, 2020. – 201 с.

50. Матвейчик, Т. В. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении / Т. В. Матвейчик // Семейн. доктор. – 2020. – № 2. – С. 54–58.

51. Матвейчик, Т. В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2019. – 120 с.

52. Матвейчик, Т. В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2. – С. 36–41.

53. Матвейчик, Т. В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Вискуб, С. М. Русак. – Минск: Ковчег, 2018. – 288 с.

54. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 339 с.

55. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск: Выш. шк., 2016. – 366 с.

56. Матвейчик, Т. В. Непрерывное медицинское образование: команда как путь повышения эффективности здравоохранения / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2015. – № 1. – С. 61–66.

57. Матвейчик, Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2015. – 192 с.

58. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. – 302 с.

59. Матвейчик, Т. В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с.

60. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.

61. Матвейчик, Т. В. Управление сестринским процессом в стационаре / Т. В. Матвейчик, Э. Э. Вальчук. – Минск: БелМАПО, 2009. – 216 с.

62. Матвейчик, Т. В. Игры самораскрытия как инструмент общения в медико-социальной работе (сборник ситуационных задач и тестов) / Т. В. Матвейчик, Л. М. Губарь, Л. Л. Самойло. – Минск: БелМАПО, 2008. – 44 с.

63. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: Выш. шк., 2006. – 301 с.

64. Матвейчик, Т. В. Самодиагностика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости (МКБ-10 F-43): учебно-практ. пособие по тренинг-семинару / Т. В. Матвейчик, В. Ф. Волченок. – Минск: БелМАПО, 2002. – 24 с.

65. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации; под ред. В. Б. Смычка. – Минск : Колоград, 2021. – Вып. 23. – 438 с.

66. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Ковчег, 2013. – 223 с.

67. Метод профилактического консультирования пациентов трудоспособного возраста с факторами риска болезней системы кровообращения в амбулаторных условиях: инструкция по применению № 129-1114: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27.10.2014 / УО «Гомельский государственный медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» ; Я. И. Будник, Т. М. Шаршакова, И. А. Чешик, А. П. Романова, А. Л. Лопатина. – Гомель, 2014. – 14 с.

68. Методическое пособие по обеспечению устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2018. – 105 с.

69. Милашевич, Е. А. Экспорт медицинских услуг Беларуси: тенденции развития и направления стимулирования / Е. А. Милашевич. – Минск: Беларус. навука, 2017. – 195 с.

70. Михалевич, П. Н. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций: в 2 ч. / П. Н. Михалевич, П. А. Савчук, Н. С. Сердюченко. – Минск: Адукацыя и выхаванне, 2014. – Ч. 1. – 720 с.

71. Михалевич, П. Н. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций: в 2 ч. / П. Н. Михалевич, П. А. Савчук, Н. С. Сердюченко. – Минск: Адукацыя и выхаванне, 2014. – Ч. 2. – 688 с.

72. Мороз, В. П. Принцип принесения пользы и не причинения вреда как гарантия защиты достоинства пациента, находящегося в состоянии конца жизни / В. П. Мороз // Здравоохранение. – 2023. – № 5. – С. 54–63.

73. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 г. [Электронный ресурс] / М-во экономики Респ. Беларусь, Науч.-исслед. эконом. ин-т. – Минск: ГНУ НИЭИ, 2015. – 141 с. – Режим доступа: http://www.economy.gov.by/uploads/files/NSUR.pdf. – Дата доступа: 01.03.2020.

74. Наглядные клинические навыки сестринского дела / под ред. С. Карр, К. Фордхэм-Клар ; пер с англ. под ред. М. А. Шарочевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 256 с.

75. Наркевич, Н. Г. Современная модель оказания паллиативной помощи взрослому населению / Н. Г. Наркевич // Глав. мед. сестра. – 2022. – № 10. – С. 4–9.

76. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // Онлайн-сервис готовых правовых решений ilex / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

77. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 : с изм. и доп. от 28 дек. 2022 г. № 926 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028. – Дата доступа: 03.04.2020.

78. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII: в ред. от 21 окт. 2016 г. № 433-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

79. О концепции информационной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Совета Безопасности Респ. Беларусь, 18 марта 2019 г., № 1 // Консультант Плюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

80. О наставничестве в отрасли здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения, 26 дек. 2022 г., № 1864 // Онлайн-сервис готовых правовых решений ilex / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

81. О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 24 дек. 2014 г., № 107 : в ред. от 16 февр. 2016 г. № 28 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

82. О правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 авг. 2018 г., № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

83. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 авг. 2022 г., № 83 // Онлайн-сервис готовых правовых решений ilex / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

84. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 11 дек. 2020 г., № 94-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094&p1=1. – Дата доступа: 02.04.2021.

85. Об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 5 июня 2020 г., № 615 : в ред. от 11 нояб. 2020 г. № 1195: в ред. От 22 июня 2022 г.№841 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

86. Об основах государственной молодежной политики [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 7 дек. 2009 г., № 65-З: в ред. от 21 окт. 2016 г. № 434-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

87. Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 4 нояб. 2019 г., № 1314 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

88. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 февр. 2018 г., № 177 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

89. Об утверждении Инструкций по выполнению инъекций и внутривенных инфузий [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 нояб. 2017 г., № 1355 // Онлайн-сервис готовых правовых решений ilex / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

90. Об утверждении выпуска 25 Единого квалификационного справочника должностей служащих и об отмене некоторых постановлений Министерства труда Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и их структурных элементов [Электронный ресурс]: постановление М-ва труда и социальной защиты Респ. Беларусь, 18 июля 2012 г., № 80 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

91. Об утверждении Инструкции о порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2015 г., № 48 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21529895&p1=1. – Дата доступа: 23.10.2023.

92. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

93. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

94. Об утверждении Инструкций по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14 мая 2020 г., № 530 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

95. Об утверждении клинического протокола [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 сент. 2022 г., № 96 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

96. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438// ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

97. Об утверждении положения о работе команды врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1185 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

98. Об утверждении примерного табеля оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических и больничных организаций здравоохранения [Электронный ресурс] приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1180 : с изм. и доп. от 5 мая 2020 г. № 512 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

99. Об утверждении штатных нормативов медицинских работников амбулаторий общей практики и амбулаторий [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 марта 2005 г., № 95 : в ред. от 20 янв. 2018 г. № 40 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

100. Обеспечение сотрудничества между услугами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2018. – 48 с.

101. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.]; под ред. Н. Н. Пилипцевича. – Минск: Новое знание, 2015. – 782 с.

102. Организация специализированного сестринского ухода. Практикум / Н. В. Широкова [и др.]; под ред. И. В. Островской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 544 с.

103. Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPE). Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи: метод. пособие / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2019. – 94 с.

104. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому. Руководство для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

105. Организация медицинской помощи в условиях детской поликлиники: пособие для студентов: в 2 ч. / Н. С. Парамонова [и др.]; под ред. Н. С. Парамоновой. – Гродно: ГрГМУ, 2021. – Ч. 1. – 304 с.

106. Основы ухода на дому: пособие для волонтеров Службы сестер милосердия / Белорус. о-во Красного Креста, Проект «Укрепление Службы сестер милосердия БОКК»; [сост.: С. Н. Анацко [и др.]. – Минск: Белсэнс, 2011. – 126 с.

107. Островская, И. В. Профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата у медицинских сестер / И. В. Островская, Н. Р. Ерова // Мед. сестра. – 2022. – Т. 24, № 1. – С. 49–56.

108. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего: предвар. докл. от Европ. региона ВОЗ / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2018. – 79 с.

109. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы: дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.

110. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2021 г. и среднегодовая численность населения за 2020 г.: стат. бюл. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь. – Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2021. – 181 с.

111. Практика терапии, сфокусированной на сострадании: взгляд изнутри. Рабочая тетрадь для терапевтов с заданиями для самостоятельной работы и саморефлексии : пер. с англ. / Р. Л. Кольц [и др.]. – М.: Диалектика, 2022. – 400 с.

112. Прощаев, К. И. Основные гериатрические синдромы / К. И. Прощаев, А. Н. Ильницкий, Н. И. Жернакова. – [Белгород: Белгор. обл. тип., 2012]. – 227 с.

113. Путь спасения длиною в жизнь: сб. монастырских проповедей: в 3 кн. /иеромонах Венедикт (Стукач). – Минск: Белорусская Православная Церковь,2023. – 359 с.

114. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010–2019 гг. / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. С. Л. Полякова. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2020. – 298 с.

115. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Минск: Страновой офис ВОЗ, 2017. – 247 с.

116. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: моногр. / И. А. Бондаренко [и др.]; под ред. И. А. Бондаренко, О. А. Подкопаева. – Самара: Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.

117. Романова, А. П. Информационно-аналитическое обеспечение мер по снижению смертности населения Республики Беларусь в условиях демографического старения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / А. П. Романова; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2022. – 44 с.

118. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько. – Минск: БелМАПО, 2020. – 660 с.

119. Руководство по психологии здоровья / А. Ш. Тхостов [и др.]; под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 2019. – 840 с.

120. Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни / Совет Европы. – Страсбург: Совет Европы, 2014. – 30 с.

121. Русина, Н. А. Сравнительное исследование синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала, работающего в онкологической, наркологической и соматической клиниках / Н. А. Русина, В. Ю. Чернецов // Мед. сестра. – 2023. – Т. 25, № 2 – С. 41–43.

122. Сачек, М. М. Пациентоориентированное здравоохранение / М. М. Сачек, А. В. Маймур // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 33–44.

123. Свентуховская, Н. Специфические санитарно-эпидемиологические требования: изменения и дополнения (часть 1) / Н. Свентуховская // Глав. мед. сестра. – 2021. – № 1. – С. 6–10.

124. Симуляционное обучение в медицине / сост. М. Д. Горшков; под ред. А. А. Свистунова. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. – 288 с.

125. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: моногр. / В. Б. Смычек, Г. Н. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск: Юнипак, 2005. – 420 с.

126. Об утверждении специфических санитарно-эпидемиологических требований [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 марта 2020, № 130 : с изм. и доп. от 2 февр. 2022 г. № 63 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

127. Современные вызовы образования и психология формирования личности: моногр. / редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары: Среда, 2020. – 232 с.

128. Современные проблемы педагогики и психологии: теоретико-методологические подходы и практические результаты исследований: моногр. / Д. В. Арганчиева [и др.] ; под ред. Э. Р. Саитбаевой, О. А. Подкопаева. – Самара : ООО НИЦ «ПНК», 2021. – 185 с.

129. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: моногр. / В. С. Глушанко [и др.]; под ред. В. В. Колбанова. – Минск: Белорус. гос. ун-т, 2008. – 185 с.

130. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: РИПО, 2011. – 276 с.

131. Представление доклада «Состояние акушерского дела в мире, 2021 г.» и диалог по вопросам политики [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/launch-and-policy-dialogue-of-the-state-of-the-world-s-midwifery-2021-report. – Дата доступа: 23.10.2023.

132. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2020. – 116 с.

133. Сурожский, А. О современной медицинской этике / А. Сурожский. – СПб.: Возрождение, 2009. – 63 с.

134. Теоретические и практические аспекты педагогики и психологии: моногр. / И. Е. Емельянова [и др.]; гл. ред. Ж. В. Мурзина. – Чебоксары: Среда, 2023. – 236 с.

135. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск: [б. и.], 2017. – 119 с.

136. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2017. – 297 с.

137. Об утверждении Типовых отраслевых норм бесплатной выдачи средств индивидуальной защиты работникам, занятым в организациях здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление М-ва труда и соц. защиты Респ. Беларусь, 1 сент. 2008 г., № 129 : с изм. и доп. от 28 сент. 2012 г. № 108 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

138. Фетискин, Н. П. Психология воспитания стрессосовладающего поведения : учеб. пособие / Н. П. Фетискин. – М.: Форум: ИНФА-М, 2021. – 240 с.

139. Древаль, А. В. Цифровая медицина: рук. для врачей / А. В. Древаль, О. А. Древаль. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 265 с.

140. Серрато, П. Цифровая трансформация здравоохранения. Переход от традиционной к виртуальной медицинской помощи / П. Серрато, Дж. Халамка ; под ред. Г. Э. Улумбекова, А. В. Гусева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 192 с.

141. Шармер, О. Теория U. Лидерство из будущего: пер. с англ. / О. Шармер. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2019. – 508 с.

142. Эллиот, Дж. Стив Джобс. Уроки лидерства: пер. с англ. / Дж. Эллиот, У. Саймон. – М.: Эксмо, 2012. – 334 с.

143. Эргономика при перемещении пациентов. Сборник манипуляций: учеб. пособие / Т. В. Шереметова [и др.]. – 5-е изд., стереотип. – СПб.; М.; Краснодар: Лань, 2023. – 128 с.

144. Выраженность психосоматических расстройств у медсестер хосписа. Способы профилактики и коррекции / Л. С. Эверт [и др.] // Мед. сестра. – 2023. – Т. 25, № 2 – С. 33–38.

145. Fischer, A. Мюнхенская декларация: медицинские сестры и акушерки – важный ресурс здоровья / A. Fischer, M. Danzon; Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2000. – 2 с.

146. Шабунин, А. В. Симуляционное обучение: рук. / А. В. Шабунин, Ю. И. Логинов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 787 с.

147. Determinants of frailty / R. J. Gobbens [et al.] // J. of the Am. Med. Dir. Assoc. – 2010. – Vol. 11, № 5. – P. 356–364.

148. Fedarko, N. S. The biology of aging and frailty / N. S. Fedarko // Clin. in Geriatr. Med. – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 27–37.

149. Maynard, A. Incentives in health care: the shift in emphasis from the implicit to the explicit / A. Maynard // Human resources for health in Europe / ed.: C. A. Dubois, M. McKee, E. Nolte. – Glasgow, 2006. – Ch. 8. – P. 140–154.

150. Miller, J. F. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness / J. F. Miller. – 2nd ed. – Philadelphia: F. A. Davis Co, 1992. – 442 p.

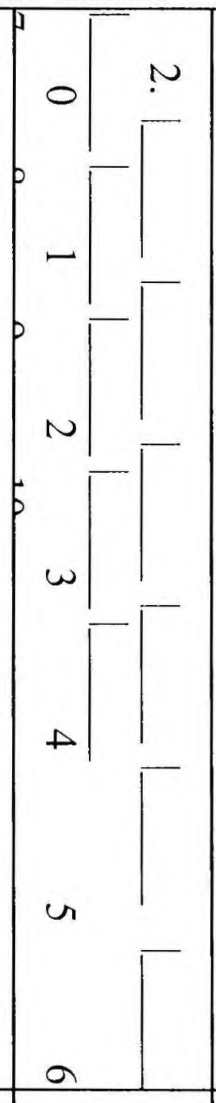
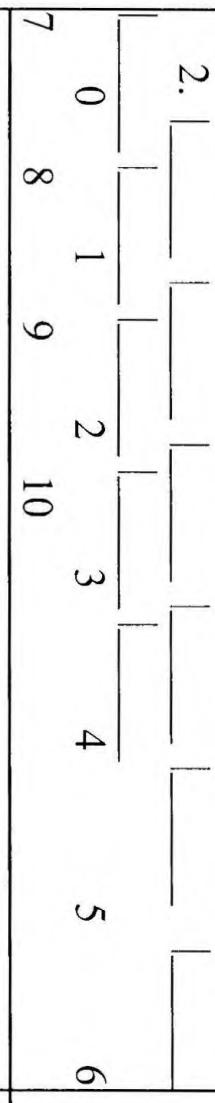
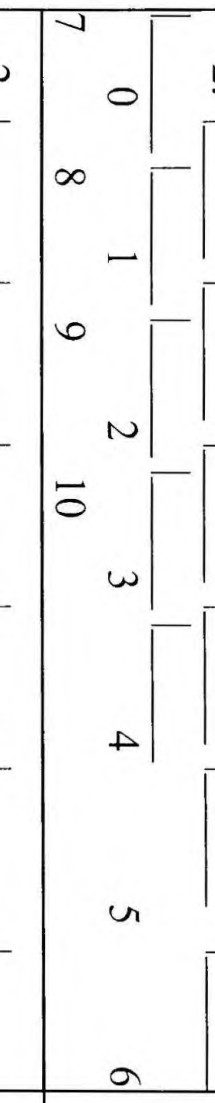
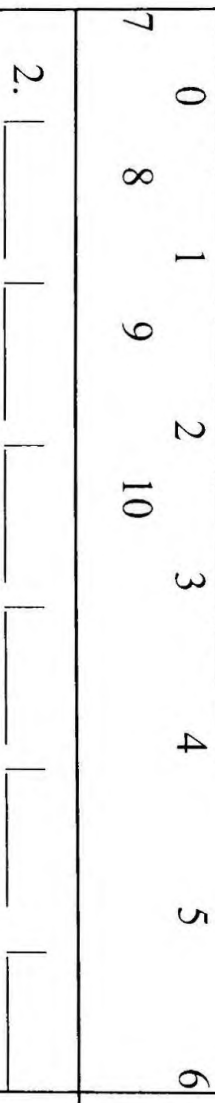
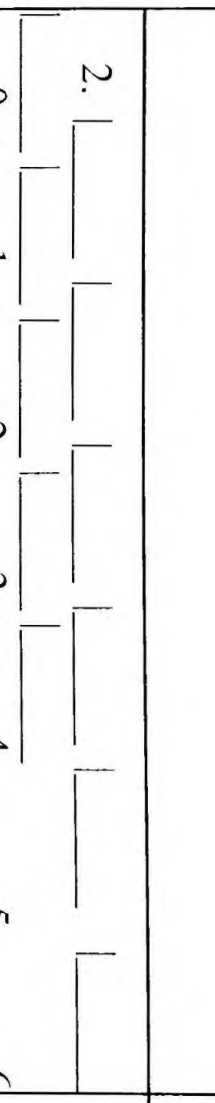
151. Rockwood, K. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty / K. Rockwood, A. Mitnitski // Clin. in Geriatr. Med. – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 17–26.

152. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care / L. P. Fried [et al.] // The J. of Gerontol. Ser. A Biol. Sci. and Med. Sci. – 2004. – Vol. 59, № 3. – P. 255–263.

Приложения

Приложение 1

Лист динамической оценки первичной и текущей боли у взрослого пациента на дому

	Дата время	Дата время	Дата время	Дата время	Дата время	Дата время
Оценка боли по шкале 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10						
Болеутоление/ вмешательство						
Степень облегчения боли						
Комментарии						
Подпись						

Приложение 1

Линейка со шкалой для определения интенсивности боли у взрослого пациента

Цифровая шкала интенсивности боли от 0 до 10

|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Отсутствие боли Средняя боль Сильная боль

при использовании графической шкалы определения боли рекомендуется использовать базовую линию в 10 см.



Приложение 2

Шкалы для вербальной и невербальной оценки ослабления боли у взрослого пациента
(критерии эффективности анальгезии)

1. Шкала оценки боли (вербальная сравнительная шкала рейтинга боли):

0= Боль отсутствует в состоянии покоя и при движении
1= Боль отсутствует в состоянии покоя, легкая боль при движении.
2= Легкая боль в состоянии покоя, умеренная боль при движении
3= Умеренная боль в состоянии покоя, сильная при движении
4= Сильная боль в состоянии покоя и при движении.

2. Шкала для характеристики ослабления боли

Боль полностью исчезла \ (А)
Боль почти исчезла \ (В)
Боль значительно уменьшилась \ (С)
Боль уменьшилась слегка \ (Д)
Нет заметного уменьшения боли \ (Е)

Протокол 2
ухода при риске обезвоживания (альтернативное или избыточное потребление жидкости) у взрослого пациента на дому

(результаты оценки зарегистрировать в листе динамического ухода прил. 4)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Обезвоживание (риск избыточного потребления)	1. Потребление жидкости пациентом - контролируемое, адекватное	1. Поддерживать потребление жидкости через рот в соответствии с количеством выделяемой мочи и рекомендацией врача. 2. Регистрировать количество выпитой жидкости и выделенной мочи согласно прил.4. 3. Обеспечить возможность пациенту прополоскать рот, чтобы у него под рукой были: лоток, полотенце, а также средства для поддержания гигиены полости рта. 4. Позволить осуществлять гигиену рта самостоятельно, но оказать помощь. 5. По возможности взвешивать больного (контроль скрытых отеков) 6. Контролировать тургор кожи и слизистую полости рта (водный баланс).

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____
Риск обезвоживания вследствие _____
Обязательное количество
введенной жидкости через рот л/в день

Приложение 3

Лист динамического ухода при риске обезвоживания у взрослого пациента на дому

Дата	Количество выпитой жидкости (мл)	Количество выделенной мочи за 24 ч *)** (мл)	Качество мочи	Водный баланс (+-)	Комментарии (отмечать случаи поноса, или избыточной потливости)	Подпись
	8-13ч – 13-18ч – 18-20ч – 20-8ч -					
	8-13ч – 13-18ч – 18-20ч – 20-8ч -					

* При необходимости – указать количество мочи по часам.

Итоговая оценка _____

Подпись медсестры _____

** фиксировано медсестрой (либо пациентом)

Протокол 3
ухода при ограничении подвижности (неподвижности)
у взрослого пациента на дому

(результат оценки регистрировать в листе динамического ухода прил. 5)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1 Пролежни и риск развития пролежней	1. Пролежней нет	1.См. профилактику пролежней (прил. 6) 2. См. протокол 4 ухода и лечения пролежней.
2 Риск контрактуры суставов и гипотрофии мышц	1. Контрактуры суставов отсутствуют. 2. Мышечный тонус не снижается	1. Выполнять упражнения в пределах подвижности суставов. 2. Выполнять упражнения на сопротивление. 3. Поощрять (помогать) увеличивать амплитуду движений. 4. Объяснять важность соответствующих упражнений. 5. Использовать упор для ног во избежание провисания стоп. 6. Поддерживать кисти в удобном для дальнейшего функционирования положении. 7. Объяснять причины возникновения тугоподвижности суставов и контрактур, меры профилактики. 8. Поощрять близких при участии в упражнениях и перемещениях пациента.
3. Риск перелома вследствие остеопороза	1. Отсутствие переломов от давления	9. Добиваться максимального выравнивания конечностей при перемещении пациента.
4. Риск тромбообразования в периферических венах	1. Нет признаков тромбоза периферических вен. 2. Нет легочной эмболии	1. Бинтовать нижние конечности эластичными бинтами (надевать эластичные чулки).
5 Изменение работы сердца и сосудов при изменении положения пациента	1. Отсутствует ортостатическая гипотензия. 2. Пациент знает о возможных последствиях постельного режима и придерживается плана. 3. Эффект Вальсальвы выражен меньше	1. Обучить пациента технике активных и пассивных упражнений, связанных с напряжением отдельных групп мышц. 2. Поощрять самоуход. 3. Помогать пациенту чаще менять положение. 4. Менять положение кровати от горизонтального до почти вертикального, поднимая изголовье, усаживая пациента с опущенными ногами в кровать, в кресло. 5. Обучить пациента перемещаться на выдохе и не задерживать дыхания. 6. Предупреждать появление запоров. 7. Избегать переутомления пациента.

6. Ухудшение выделения мокроты, гипоксия, риск пневмонии	1. Секрет отделяется свободно 2.Гипоксии нет 3. Пневмонии нет	8. Поощрять положение пациента на боку (если нет противопоказаний). 9. Проверять живот на наличие метеоризма. 10. Обеспечить регулярное опорожнение кишечника и мочевого пузыря пациента. 11. Поощрять переворачивание и глубокое дыхание каждый час 12. Поощрять обильное употребление жидкости (избегать обезвоживания). 13. Применять постуральный дренаж вместе с вибрационным массажем. 14. Проводить термометрию 2 раза в день (по возможности) 15. Проветривание комнаты (режим – в зависимости от времени года). 16. Наблюдение за цветом кожных покровов, губ, ногтей. 17. Дыхательная гимнастика (по согласованию с врачом).
7.Отсутствие аппетита, запор, метеоризм	1. Пациент получает необходимое количество пищи 2. Рацион содержит не менее 120 г. белка и достаточное количество клетчатки. 3. Стул регулярный 1 раз в день. 4. Вздутия живота нет	18. Обеспечить меню, которое бы нравилось пациенту. 19. Обеспечить диету с высоким содержанием белка, небольшими порциями и частым приемом пищи. 20. По возможности регулярно взвешивать пациента (контроль потери/прибавки массы тела). 21. Обучить пациента упражнениям, связанным с напряжением мышц живота. 22. Добиться регулярного опорожнения кишечника. 23. Обеспечить диету с высоким содержанием клетчатки. 24. Избегать обезвоживания. 25. Проверять живот на наличие метеоризма. 26. Консультация с врачом (при необходимости)
8. Нарушение мочевыделения; образование камней в почках; риск инфекции мочевых путей	1. Отток мочи восстановлен (30 мл/час). 2. Инфекции мочевых путей нет	27. Поощрять частое переворачивание. 28. Поднимать пациента как можно чаще. 29. Увеличить количество употребляемой жидкости до 3 л (если нет противопоказаний). 30. Обеспечить диету с низким содержанием кальция и соками, повышающими кислотность мочи (для предупреждения возникновения кальциевых камней).

		31. Объяснить пациенту и (или) его близким людям причины образования кальциевых камней. 32. При нарушении оттока мочи – консультация врача. 33. Наблюдать за цветом, прозрачностью и запахом мочи. 34. Термометрия – утро, вечер. 35. Измерение почасового диуреза (при наличии введенного катетера Фолея) (прил. 16)

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 4

Лист динамического наблюдения при ограничении подвижности (неподвижности) у взрослого пациента на дому

Потенциальные проблемы	**Дата**							
1. Пролежни • есть • нет								
2. Пролежень в области • без изменений • увеличился • уменьшился • стал глубже • заживает								
3. Предел подвижности в суставе (суставах): • увеличился • без изменений • уменьшился								
4. Эффект Вальсальвы: • уменьшился • без изменений • часто выражен								
5. Признаки гипоксии: • есть • нет								
6. Количество пищи съеденной пациентом в % • 1-й завтрак • 2-й завтрак • обед • ужин								
7. Масса тела								
8. Выпито жидкости в сутки								
9. Температура тела утро/вечер								
10. Стул								
11. Метеоризм								
12. Мочеиспускание:								
кратность /количество за сутки								
13. Признаки инфекции мочевыводящих путей • есть • нет								
14. Ориентация: • сохранена • нарушена								
15. Адаптация: • сохранена								

• нарушена								
16. Другие замечания и комментарии								
Подпись медсестры:								

Итоговая оценка _____
Подпись медсестры _____

Протокол 4
ухода и лечения пролежней (трофических язв) у взрослого пациента на дому
(результаты регистрировать в листе динамического ухода прил. 6)

Проблемы	Цель	Сестринские вмешательства
1. Пролежни в области. 2. Риск развития пролежней 3. Боль в области пролежня, нарушающая сон и настроение. 4. Неприятный запах, вызывающий дискомфорт. 5. Угнетенное настроение.	1. Способствовать заживлению пролежней. 2. Новых пролежней нет. 3. Пациент подтвердит, что он не чувствует боли. 4. Пациент и окружающие не будут ощущать неприятного запаха и связанного с этим дискомфорта.	1.См. профилактику пролежней (прил.6). I степень тяжести - наблюдение, профилактика П степень тяжести: 1. Перед обработкой пролежня: • Дезодирование раны при помощи салфеток с активированным углем • Дезодирование помещения с помощью дезодоранта, содержащего хлорофилл (или – с цветочным запахом) • Промывание пролежня большим объемом физиологического раствора или большим количеством стерильной дистиллированной воды. III и IV степени тяжести: Лечение хирургическое. 1. Вскрытие полости с последующей дезинфекцией и удалением омертвевших тканей. 2. Для удаления отслоившейся некротической массы – ферментные препараты (ируксол). 3. Использовать препараты для улучшения обменных и трофических процессов кожи (солкосерил) по назначению врача в/м или в/в, местно - гель для улучшения обменных процессов и ускорения регенерации тканей. 4. Повязка на рану (для предупреждения инфекции): • в последние слои повязки можно помещать пластины с активированным древесным углем; • использовать готовые повязки, содержащие хлорофилл; • по возможности закреплять повязку бумажной липкой лентой (она не так сильно стягивает, сдвигает слои тканей, легче снимается, позволяет коже дышать). 5. Оценка эффективности обезболивания и (или) боли по шкалам (прил. 2, 3). • при неэффективном обезболивании консультация с врачом. 6. Психологическая поддержка пациента и его близких людей при наличии эмоциональных реакций, связанных с длительным лечением пролежней.

Приложение 5

Лист динамического ухода и лечения пролежней у взрослого пациента на дому

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Начало реализации плана _____
Окончание реализации плана _____

Дата	Оценка (степень)	Комментарии (в чем нуждается, что сделано)	Подпись сестры

Итоговая оценка _____

Приложение 6

Лист динамической оценки тяжести пролежней у взрослого пациента на дому

ФИО пациента _____

Оценка степени пролежней и план ухода	Степень пролежней
1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА: /размер/степень/цвет/ местоположение ДАТА _____ ПОДПИСЬ _____	**Степень 1:** Кожный покров не нарушен. Устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления. **Степень 2**: Поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса. **Степень 3**: Разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения из раны. **Степень 4:** Поражение всех мягких тканей. Наличие полости, в которой появляются нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости). **ЦЕЛЬ УХОДА:** Способствовать оптимальным условиям для заживления. ИНСТРУМЕНТ (МАТЕРИАЛ), СПЕЦИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА: 1. 2.
	Согласовано с лечащим врачом Врач (подпись)

Протокол 5

ухода при неадекватном питании у взрослого пациента на дому
(результаты ухода регистрировать в листе динамического ухода прил. 8)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Пациент нуждается в ограничении питания через рот 2. Пациенту требуется усиленное (или адекватное) питание после перенесенной операции	1. Пациент получает адекватное количество пищи и его масса тела не снижается (будет увеличиваться)	1. Поддерживать ограничения в приеме пищи ограниченное время (по назначению врача). 2. Определять количество съеденной пищи при каждом приеме. 3. Уточнить вкусовые пристрастия пациента и его антипатии в отношении еды. 4. Рекомендовать членам семьи готовить еду и напитки, которые могли бы стимулировать аппетит пациента. 5. Определять массу тела пациента (временные интервалы определяет врач) 6. Предложить пациенту дополнительную диету в соответствии с предварительной сестринской оценкой и врачебным диагнозом. 7. Консультация врача– при необходимости.

ФИО пациента: _____
Врачебный диагноз: _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 7

Лист динамического ухода при неадекватном питании у взрослого пациента на дому

	Дата							
1. Питание: • Парентеральное • через зонд • через рот								
1. Количество съеденной пищи в %: • 1-й завтрак • 2-й завтрак • обед • ужин								
2. Масса тела								
Подпись сестры								

Итоговая оценка _____

Протокол 6

ухода при нарушении функции кишечника у взрослого пациента на дому

(результаты ухода регистрировать в листе динамического ухода прил. 9)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Нарушение стула	1. Стул будет регулярным для пациента (1 раз в 1-3 суток)	1. Ежедневно, вместе с пациентом, вести регистрацию данных о стуле пациента. 2. Следить за перистальтикой кишечника и метеоризмом. 3. Рекомендовать пациенту пить много жидкости и советовать ему больше двигаться, в рамках его возможностей. 4. При запоре рекомендовать диету, содержащую достаточное количество клетчатки. 5. Если у пациента понос, то фиксировать частоту и характер стула. 6. При поносе – диета, исключающая клетчатку. 7. Информировать врача о характере стула пациента и консультация диетолога (при необходимости).

Отделение _____

Палата _____

ФИО пациента _____

Врачебный диагноз _____

Категория _____

Сестринский диагноз _____

Время начала реализации плана _____

Время окончания реализации плана _____

Приложение 8

Лист динамического ухода при неадекватном питании (нарушении функции кишечника) у взрослого пациента на дому

Дата								
Стул (кратность)								
• понос, характер стула								
• запор								
• патологические примеси								
• масса тела (кг)								
Подпись сестры								

Итоговая оценка _____

Протокол 7
ухода при нарушении личной гигиены, надевании одежды
у взрослого пациента на дому

(результаты ухода регистрировать в листе динамического ухода прил. 10)

Проблемы	**Цели**	**Сестринские вмешательства**
1. Пациент не поддерживает самостоятельно гигиену. 2. Пациент не может самостоятельно одеваться	1. Говорит о том, что его гигиенические потребности при одевании осуществляются на приемлемом уровне	1. Оценить способности пациента выполнять самостоятельно гигиенические процедуры, самостоятельно одеваться. 2. Предложить пациенту помощь в проведении гигиенических процедур и при одевании, если требуется. 3. Побуждать пациента быть как можно более независимым в пределах своих возможностей. 4. Запланировать вместе с пациентом цели по выполнению самостоятельно гигиенических процедур, одевании, достигнутые результаты должны регистрироваться в протоколе ежедневно. 5. Создать условия, чтобы пациент смог самостоятельно поддерживать гигиену рта, глаз, волос и гениталий. Оказывать ему помощь в случае необходимости

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 9

Лист динамического ухода при нарушении личной гигиены, надевания одежды у взрослого пациента на дому

Дата	Цели	Оценка и комментарии	Подпись

Итоговая оценка _____

Подпись сестры _____

Протокол 8
ухода при лихорадке у взрослого пациента на дому

(результаты ухода регистрировать в листе динамического ухода прил. 11)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Период повышения температуры тела	1. У пациента нормальная t°	1. Измерение температуры тела. 2. Рекомендовать пациенту удобно лечь, тепло укрыться, дать горячее питье. 3. Консультация врача при необходимости.
2. Температура тела свыше 37,5°С	1. Температура тела будет снижаться. 2. Не будет обезвоживания 3. Не будет снижения массы тела,	4. Измерение температуры тела через (временные интервалы определяются врачом) и регистрация результатов. 5. Рекомендовать х /б постельное белье и одежду. 6. Советовать ограничение режима физической активности (по назначению врача). 7. Рекомендовать (осуществлять) все процедуры, увеличивающие теплоотдачу (пузырь со льдом, холодный компресс, вентилятор и т.п.). 8. Рекомендовать (при необходимости обеспечить) пить до 2л жидкости в день (при отсутствии противопоказаний, определяемых врачом) указать точное количество жидкости по часам в течение дня (прил. 4). 9. Рекомендовать адекватное количество пищи, при необходимости – кормление и определение количества съеденной пищи. 10. Определять массу тела (при длительной лихорадке) (прил.8). 11. При необходимости – осуществлять помощь в личной гигиене (прил.10, 6). 12. Контролировать количество мочи (прил.4). 13. Контролировать режим дефекации (прил.9). 14. Обеспечение лечения, рекомендованного врачом. 15. Консультация врача при любом ухудшении состоянии и самочувствия пациента.
3. Литическое снижение температуры тела	1. Восстановление (расширение) возможностей самостоятельного ухода	16. Рекомендовать пациенту расширение режима физической активности. 17. Поощрять потребность в самостоятельном уходе.
4. Критическое снижение температуры тела.	1. Не будет осложнений, связанных с критическим снижением температуры	18. Измерение температуры тела. 19. Консультация врача. 20. Перемещение пациента в положение на спине. 21. Контролировать пульс, АД. 22. Контролировать состояние кожи (влажность, цвет). 23. Разъяснение необходимость проводимых мероприятий. 24. Дать возможность пациенту задать любые вопросы относительно изменения его состояния.

		25. Выполнить процедуры, обеспечивающие сохранение тепла (укрывание, теплое питье). 26. Введение лекарственных средств, назначенных врачом или по обычной схеме. 27. Помощь в осуществлении личной гигиены, после улучшения самочувствия.

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 10

Лист динамического ухода при лихорадке у взрослого пациента на дому

	Дата							
	время							
1. Температура тела								
2. Количество выпитой жидкости (ml): • Утро • День • Вечер								
3. Стул								
4. Количество мочи в сутки								
5. Количество съеденной пищи (%): • 1-й завтрак • 2-1 завтра • обед • ужин								
6. Режим активности								
7. Масса тела								
8. Требуется помощь в самостоятельном уходе: • да • нет								
Подпись сестры								

Итоговая оценка, подпись сестры _____

Протокол 9
ухода при нарушении сна, тревожности у взрослого пациента на дому
(результаты ухода регистрировать в листе динамического ухода прил. 12)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Нарушение сна, тревога	1. Нормализация засыпания и сна	1. Первичная сестринская оценка качества сна и обычного уровня тревожности. 2. Быть готовой выслушать пациента, дать совет и оказать психологическую поддержку 3. Стараться обеспечить спокойную и комфортную окружающую обстановку с учетом индивидуальных особенностей просьб. 4. По назначению врача давать снотворные и (или) обезболивающие (снотворное – через 15 минут после обезболивающих). Наблюдать за эффективностью этих препаратов. 5. Убедиться, что пациент полностью осознает важность сна для своего скорейшего выздоровления. 6. Давать рекомендации по не медикаментозному улучшению сна.

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 11
Лист динамического ухода при нарушении сна, тревожности у взрослого пациента на дому

Дата	Оценка и комментарии сестры (врача)	Подпись

Итоговая оценка _____
Подпись сестры _____

Протокол 10
ухода при тошноте и рвоте у взрослого пациента на дому
(результаты регистрировать в листе динамического ухода прил. 13)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Тошнота и (или) рвота	1. Пациент подтверждает, что он в комфортном состоянии, ощущение тошноты уменьшилось; рвоты нет	1. Обеспечить наличие у пациента пакетов, лотка, таза для рвоты, полотенца, салфеток и жидкости для полоскания рта. 2. Наблюдать за количеством, цветом и характером рвотных масс. 3. Поддерживать для пациента обстановку уединения и поддержания достоинства.

		4. Обеспечить, чтобы приспособления для отсасывания рвотных масс при случае асфиксии у пациента находились в рабочем состоянии. 5. Избегать обезвоживания организма (см. прот. 2) 6. Давать пациенту противорвотные средства по назначению врача уменьшить свет, шум и температуру воздуха до комфортной для него. 7. Проследить, чтобы прием пищи через рот был уменьшен до установления причины рвоты. 8. Предоставлять пациенту исчерпывающие объяснения по поводу его состояния и оставаться рядом, чтобы оказать поддержку и успокоить. 9. Консультация врача.

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 12

Лист динамического ухода
при тошноте и рвоте у взрослого пациента на дому

Дата	Оценка и комментарии сестры (врача)	Подпись

Протокол 11
обучения взрослого пациента уходу за стомой
(гастро-трахео-илео- цистостомой) на дому
(результаты регистрировать в листе динамического ухода прил. 14)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1. Не обладает достаточными навыками ухода за стомой.	1. Обладает навыками ухода за стомой без посторонней помощи	1. Предоставить необходимые письменные рекомендации (памятки). 2. Обучать необходимым навыкам доступными для пациента темпами. 3. Дать возможность пациенту выразить любое беспокойство, сомнения, страхи. Дать разъяснения по всем вопросам. 4. Рекомендовать пациенту пользоваться помещением ванной комнаты, при необходимости сходить в туалет или заменить емкость (калоприемник, мешок для сбора мочи). 5. Рекомендовать и поощрять участие в уходе членов семьи (при условии согласия пациента).

		6. Записывать количество мочи/кала. 7. Получить из стационара вспомогательные материалы по уходу и использовать предыдущий опыт. 8. Рекомендовать пациенту использовать зеркало при уходе за стомой.

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 13

Лист динамического обучения взрослого пациента уходу за стомой на дому

Дата	Оценка и комментарии	Подпись

Итоговая оценка _____
Подпись сестры _____

Протокол 12
ухода при потере ощущения собственного тела (дезориентации, дезадаптации)
(результаты регистрировать в листе динамического ухода прил. 15)

Проблемы	Цели	Сестринские вмешательства
1.Дезориентация. 2.Дезадаптация. 3.Потеря ощущения собственного тела	1. Сохраняет ориентацию. 2. Психологическая адаптация адекватная. 3. Восстановление ощущения собственного тела	1.Попросить родных и близких чаще навещать пациента. 2.Максимально поощрять самоуход. 3.Высказываться положительно, наблюдая улучшение в состоянии здоровья и уровня самообслуживания. 4.Обеспечить пациента очками, слуховым аппаратом. 5. Ориентировать пациента (при необходимости) во времени и пространстве. 6.Обеспечить безопасную обстановку в комнате. 7.Вовлекать пациента в процесс лечения и ухода. 8.Поощрять общение пациента с семьей, друзьями 9.Обсуждать с пациентом проблемы, требующие психологической адаптации (при необходимости – консультация психолога).

		10.Стимулировать заниматься собственным телом, осуществлять уход тактично и бережно. 11.Стимулировать и активизировать тактильные ощущения (базисное стимулирование).

ФИО пациента _____
Врачебный диагноз _____
Категория _____
Сестринский диагноз _____
Время начала реализации плана _____
Время окончания реализации плана _____

Приложение 14

Лист динамического ухода при потере ощущения собственного тела (дезориентации, дезадаптации) у взрослого пациента на дому

Потенциальные проблемы	**Дата**							
Дезориентация да нет исчезла								
Дезадаптация самоуход есть самоухода нет появилась потребность в самостоятельности нуждается в консультации психолога (психиатра) Потеря ощущения собственного тела да нет исчезла								
Потребность в механических средствах адаптации (да, нет) очки слуховой аппарат костыли коляска								
Потребность в медикаментозных (психотерапевтических, иных) средствах Есть Нет								

Итоговая оценка _____
Подпись сестры _____

Приложение 15

Инструкция по профилактике инфекции мочевых путей у взрослого пациента с постоянным катетером на дому.

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
1. Вводить катетер, строго соблюдая правила асептики, атравматичными методами [38,84,99,100,117]. 2. Надежно закрепить катетер во избежание выпадения из мочеиспускательного канала. 3. По возможности использовать наружный катетер. 4. Держать катетер ровно столько, сколько это необходимо. 5. Мыть руки до и после любой манипуляции с катетером и мочеприемником. 6. Следить, чтобы система катетер-мочеприемник была замкнутой; разъединять систему только в случае необходимости промывания катетера. 7. Промывать катетер только при подозрении на его закупорку. 8. При необходимости промывания катетера соблюдать все правила асептики. 9. При необходимости взять пробу мочи для анализа: продезинфицировать свободный конец катетера или отвод антисептическим средством и аспирировать мочу с помощью стерильной иглы и шприца. 10. Осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки. 11. Поддерживать постоянный отток мочи. 12. Разместить емкость для приема мочи ниже уровня мочевого пузыря. 13. Не пережимать катетер. 14. Осуществлять уход за катетером в соответствии со стандартом процедуры.

Приложение 16

Нормативные правовые акты Республики Беларусь в сфере цифровизации (по состоянию на 2022 г.)

1. Конвенция Международной организации труда № 155 «О безопасности и гигиене труда и производственной среде» (заключена в г. Женеве 22.06.1981) [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
2. Об утверждении Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 28 марта 2011 г., № 384 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
3. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
4. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
5. О приоритетных направлениях научной, научно-технической и инновационной деятельности на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 7 мая

2020 г., № 156 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

6. О концепции информационной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление Совета Безопасности Респ. Беларусь, 18 марта 2019 г., № 1 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

7. О государственной программе «Цифровое развитие Беларуси» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 2 февр. 2021 г., № 66 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

8. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь на период до 2022 года [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 20 марта 2018 г., № 244 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

9. Об утверждении Государственной программы развития цифровой экономики и информационного общества на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 23 марта 2016 г, № 235 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

10. О Стратегии развития информационного общества в Республике Беларусь на период до 2015 года и плане первоочередных мер по реализации Стратегии развития информационного общества в Республике Беларусь на 2010 год [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 9 авг. 2010 г., № 1174 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

11. Об информации, информатизации и защите информации [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 10 нояб. 2008 г., № 455-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

12. О защите персональных данных [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 7 мая 2021 г., № 99-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

13. О мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 9 декабря 2019 г. № 449 [Электронный ресурс] : приказ оператив.-аналит. центра при Президенте Респ. Беларусь, 20 февр. 2020 г. № 66 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

14. О порядке функционирования и использования централизованной информационной системы здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 13 мая 2021 г., № 267 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

15. О государственных секретах [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 19 июля 2010 г., № 170–З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

16. О техническом нормировании и стандартизации [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 5 янв. 2004 г., № 262–З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

17. О сертификации продукции, работ и услуг [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 5 сент. 1995 г., № 3849–XII // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

18. Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе государственного социального страхования [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 6 янв. 1999 г., № 230–З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

19. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

20. Об утверждении методических рекомендаций по записи к врачам-специалистам [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1188 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

21. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года [Электронный ресурс] : одобрено Президиумом Совета Министров Респ. Беларусь, 2 мая 2017 г., № 10. – Режим доступа: https://economy.gov.by/uploads/files/NSUR2030/Natsionalnaja-strategija-ustojchivogo-sotsialno-ekonomicheskogo-razvitija-Respubliki-Belarus-na-period-do-2030-goda.pdf. – Дата доступа: 12.07.2022.

22. Об утверждении Положения о Профиле по разработке, обеспечению функционирования и информационному взаимодействию централизованной информационной системы здравоохранения, медицинских информационных систем организаций здравоохранения и других информационных систем здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 8 октября 2018 г., № 1001. – Режим доступа: http://rnpcmt.belcmt.by/files/Site/Prikaz_MZRB_1001_08.10.2018.pdf. – Дата доступа: 12.07.2022.

23. О формировании и ведении реестра объектных идентификаторов здравоохранения, идентификационных данных пациентов и работников здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 20 нояб. 2018 г., № 1221 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

Критерии отнесения пациента к патронажной группе
(индивидуальная оценка по шкале Лаутона и Бартела)

Критерии отнесения пациента к патронажной группе основаны на индивидуальной оценке по шкалам Лаутона и Бартела

Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл
1 Способность к самообслуживанию	Прием пищи	самостоятельно	5
		частично нуждается в помощи	3
		полностью зависим от окружающих	0
	Одевание	самостоятельно	5
		частично нуждается в помощи	3
		полностью нуждается в посторонней помощи	0
	Посещение туалета	самостоятельно	10
		частично нуждается в помощи	5
		нуждается в использовании судна, утки	3
		отсутствует контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация)	0
2 Способность к самостоятельному передвижению	Передвижение	самостоятельно	10
		может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	5
		может передвигаться с помощью инвалидной коляски, костылей, ходунков	3
		не способен к передвижению	0
	Переход с кровати на стул	самостоятельно	5
		может сидеть, однако нуждается в помощи при переходе	3
		не встает с постели	0
	Подъем по лестнице	самостоятельно	5
		нуждается в поддержке	3
		не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0
3 Способность к ориентации (дезориентация)	Ориентация в окружающей обстановке	полностью ориентирован	10
		частично дезориентирован	5
		дезориентирован	0
4 Способность контролировать свое состояние здоровья, нуждаемость в помощи других лиц	Контроль АД	самостоятельно	5
		с посторонней помощью	0
	Прием лекарственных препаратов	самостоятельно	5
		с незначительной помощью	3
		самостоятельно принимать лекарства не в состоянии	0
5 Способность к общению	Использование телефона	самостоятельно	5
		с небольшой помощью или набирая только хорошо знакомые номера	3
		не может пользоваться телефоном	0
	Использование Интернета	самостоятельно	5
		с незначительной помощью	3
		не может пользоваться интернетом	0

1 + 2 + 3 + 4 + 5

0-55 баллов – рекомендовано отнесение к патронажной группе

56-70 баллов – не рекомендовано отнесение к патронажной группе

На основе данных критериев формируется **«Лист индивидуальной оценки»** для включения в реестр патронажной группы пациентов

Приложение 18

Определение степени нуждаемости пациента преклонного возраста в постороннем уходе (по Кропаниной Л.И., 2018)

Степень нуждаемости в повседневном уходе (индекс активности в повседневной жизни) (ADL)	**Описание потребностей в уходе**
1 – незначительная	*незначительно нуждаются в гигиеническом уходе и самообслуживании, самостоятельный прием пищи и передвижение в пределах пешей ходьбы; *ведение домашнего хозяйства – 1 услуга в неделю; *время потребности в помощи около 90 мин. в неделю
2 – умеренная	*умеренная степень нуждаемости в гигиеническом уходе и самообслуживании, самостоятельные прием пищи и передвижение в пределах пешей ходьбы; *ведение домашнего хозяйства – 3 услуги в неделю; *время потребности в помощи около 270 мин. в неделю
3 – значительная	*значительная степень нуждаемости в гигиеническом уходе и самообслуживании, минимальная помощь 2 услуги 1 раз в сутки; *неоднократно в течение недели ведение домашнего хозяйства; *время потребности в помощи не менее 90 минут в день
4 – тяжелая	*тяжелая степень нуждаемости в гигиеническом уходе, помощи в приеме пищи не менее 3 раза в разное время дня; *дополнительное неоднократное ведение домашнего хозяйства в течение недели; *время потребности в помощи около 3 часов в день
5 – крайне тяжелая	*круглосуточный гигиенический уход или непрерывная готовность в помощи в приеме пищи, гигиеническом уходе; *дополнительное неоднократное ведение домашнего хозяйства – 1 услуга в неделю; *время потребности в помощи не менее 5 часов в день

Индекс инструментальной активности в повседневной жизни (степень пользования бытовыми приборами) LADL

Сумма баллов ADA+LADL	**Степень нуждаемости в постороннем уходе**
Более 100	1
75-99	2
50-74	3
25-49	4
0-24	5

Приложение 19

Характеристики ориентированности на пациента в работе Пвр и МСОП

Основные направления деятельности	**Характеристика основных направлений деятельности**
Посещения пациентов (визиты), актив скорой медицинской помощи	Физикальный осмотр, измерение АД, ЧСС,ЧД; оценить результаты проведенных спец. методов исследования; выписка рецептов для продолжения лечения, ранее назначенного врачом; учет в ф.№031/у, ф.№0125-3/у
Патронажи лиц льготной категории	Физикальный осмотр, измерение АД, ЧСС,ЧД; оценить результаты проведенных спец. методов исследования; выписка рецептов для продолжения лечения, ранее назначенного врачом; динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразными больными и реконвалесцентами; учет в ф.№116/у
Приглашения пациентов на диспансерный осмотр в поликлинику	Оформление направления на исследования, на консультации; вести картотеку ф.131/у-Д группы Д3; объяснять способ, порядок, время и место проведения исследований
Проведение амбулаторного приема пациентов	Готовить рабочее место к приему; физикальный осмотр, измерение АД, ЧСС, ЧД, глюкометрия, антропометрия, массо-ростовой индекс, внутриглазное давление; пульсоксиметрия, оценить результаты проведенных спец. методов исследования; выписка рецептов для продолжения лечения; учет в ф.№031/у, ф.№0125-3/у
Формирование профилактического подхода к болезни пациентов	Проводить дезинфекцию инструментария, кабинета, кварцевание; анализ диспансеризации, проф. осмотров, иммунопрофилактики; забор материала на бактериологическое исследование; утилизация отходов после выполнения инъекций и процедур; учет в ф.№038/у, ф.№0125-3/у
Оказание медико-социальной помощи (совместно с соц. службой)	Медицинский уход; туалет, кормление, гигиенический уход совместный с соц. службой; учет в ф.№116/у, ф.№025/у-07
Оказание неотложной медицинской помощи	Соблюдать правила хранения стерильного материала, одноразового инструментария и медикаментов (сроки годности)
Выявление показаний для направления на консультацию врача-специалиста	Ведение флюоротеки, иммунотеки; учет в ф.№131/у-Д, ф.№025/у-07
Обеспечение инфекционной безопасности в очаге	Участие в контроле качества проведения текущей и заключительной дезинфекции
Ведение учетно-отчетной документации	Ф.№0125-3/у; ф.№131/у-Д; ф.№025/у-07; ф.№116/у; ф.№031/у; ф.№038/у;ф.1,бланки для выписки льготных медикаментов
Обеспечение преемственности	С зав. отделом; городским (районным, областным) онкологическим диспансером; с отделом

	статистики; скорой медицинской помощью; Центром гигиены и эпидемиологии; службой социальной помощи
Повышение профессиональной квалификации	Участие в сестринских конференциях; овладение смежными специальностями (инструктор ЛФК, массаж, физиотерапия, функциональная диагностика); учет ф.№038/у

Приложение 20

Модель образовательного стандарта специалиста МС и Пвр по оказанию паллиативной помощи в уходе на дому

Специалист должен знать:

1. Основные модели и теории сестринского дела.
2. Сестринский процесс, основные этапы.
3. Основные принципы профилактической медицины:

- понятие о здоровье, основные составляющие здоровья;
- вопросы формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- основные факторы здоровья;
- методы и средства гигиенического обучения и воспитания.

4. Основы социальной и медицинской психологии:

- коммуникация в медицинском коллективе;
- личность, ее развитие;
- типология личности и характер;
- основы возрастной психологии;
- психология пациента и его реакция на болезнь;
- психология общения медицинского работника и пациента (общение, его основные виды и функции, психология общения медицинского работника в сложных (конфликтных) ситуациях, профилактика конфликтов;
- неблагоприятные психологические состояния, их причины и профилактика (тревожные и депрессивные состояния, истероидный тип и паранойяльный тип реагирования и др.).

5.Вопросы биомедицинской этики, в т.ч.:

- проблемы смерти и умирания;
- паллиативная помощь.

6. Основы медицинской реабилитации:

- физическая реабилитация, в т.ч. ранняя физическая реабилитация;
- психологическая реабилитация;
- социальная реабилитация.

7. Основы педагогики:

- понятие об андрогогике (науке об обучении взрослых);
- основы педагогического общения.

8. Основы общественного здоровья и организации здравоохранения:

- понятие о первичной медицинской помощи;
- понятие о хосписах;
- организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению;
- система охраны здоровья матери и ребенка.

9. Основы паллиативной медицины, структура службы, основные показатели деятельности при оказании медицинских услуг населению:

- организацию, оказание и этапы ПалМП;

- критерии распределения пациентов с ХБС онкологического и не онкологического генеза по группам наблюдения;
- роли МС команды ВОП (координирующую, манипуляционную, обучающую, психологической поддержки);
- организацию и осуществление сестринского ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями;
- особенности медицинского сопровождения и психологической поддержки пациентов в терминальном состоянии;
- законодательство по приобретению, учету, хранению и отпуску лекарственных средств, наркотических средств и психотропных веществ;
- преемственность действий лица, ответственного за работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, при краже с системой МВД.

10.Вопросы безопасности на рабочем месте:

- безопасность при работе с химическими веществами, медицинскими препаратами, наркотическими средствами и психотропными веществами;
- профилактика ИСОМП и профессиональных заражений;
- биомеханика в сестринской практике;
- психологическая безопасность МС и профилактика синдрома «эмоционального выгорания».

11.Иметь базовую подготовку в области клинических дисциплин.

Специалист должен уметь:

1. Использовать в практической деятельности элементы сестринского процесса при организации ухода за пациентами с онкологической патологией, заболеваниями, сопровождающимися ХБС:

1.1. Осуществлять сестринское обследование пациента:

- проводить сбор анамнеза (оценку состояния) пациента, включая: физические, социологические и психологические данные. Оценка тренированности организма, телосложения; изучение образа жизни (выяснение привычек в питании, физическая активность, активный досуг, формула сна). Способность преодолевать стресс, самореализация, взаимоотношения с другими, создание «зоны безопасного проживания», «обзор» жизненных стрессов; использование системы здравоохранения.
- Осуществлять простейшее физикальное обследование по системам;
- Осуществлять специализированный онкологический осмотр видимых локализаций;
- Выявлять проблемы пациента и рассматривать их с учетом приоритетов;
- Оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований;
- Составлять базу данных (в т.ч. электронную) о пациенте с внесением ее в сестринскую историю болезни;
- Разрабатывать индивидуальный план ухода.

1.2. Формулировать сестринский диагноз:

- Ориентироваться в критериях распределения онкологического больного по группам наблюдения.

1.3. Оценивать состояние пациента, планировать сестринский уход (помощь) в зависимости от приоритетов при следующих состояниях (проблемах):

- болевой синдром: оценка болевого синдрома по шкале боли, в соответствии с возрастом. Динамическая оценка болевого синдрома (локализация, характер, выраженность, длительность). Факторы, провоцирующие и облегчающие боль и другие симптомы, сопровождающие боль; составление и реализация плана ухода, документирование (ручное и электронное);

- терминальное состояние: оценка потребностей пациента, находящегося в терминальном состоянии (вербальные и невербальные методы оценки), составление и реализация плана ухода, документирование;
- коматозные состояния: оценка потребностей пациента, находящегося в коматозном состоянии, составление и реализация плана ухода, документирование;
- нарушение двигательной активности: оценка состояния и потребностей пациента с нарушением двигательной активности (состояния обездвиженности), составление и реализация плана ухода, документирование;
- риск развития пролежней: оценка состояния и потребностей пациента с риском развития пролежней с использованием шкалы Нортон и др., составление и реализации плана ухода, документирование;
- риск развития обезвоживания: оценка состояния и потребностей пациента с риском обезвоживания, составление и реализация плана ухода, документирование;
- лихорадка: оценка состояния и потребностей пациента при различных периодах лихорадки, составление и реализация плана ухода, документирование;
- патологические нарушения со стороны ЖКТ: оценка состояния и потребностей пациента с патологическими нарушениями со стороны ЖКТ (нарушение питания, тошнота, рвота, диарея и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;
- патологические нарушения со стороны мочевыделительной системы: оценка состояния и потребностей пациента с патологическими нарушениями со стороны мочевыделительной системы (острая задержка мочи, недержание мочи и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;
- снижение самообслуживания (неспособность к самообслуживанию): оценка состояния и потребностей пациента с нарушением функции самообслуживания, составление и реализация плана ухода, документирование;
- нарушение формулы сна: оценка состояния и потребностей пациента при нарушении формулы сна (бессонница, сонливость и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;

1.4. Оценивать эффективность проведенных мероприятий и вносить коррективы в случае необходимости.

1.5. Осуществлять измерение артериального давления, внутриглазного давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, проводить глюкометрию, антропометрию, определять массо-ростовой индекс, оценивать уровень боли, испытываемой пациентом.

2. Мотивировать пациента и (или членов его семьи, социально значимых лиц) к участию в самостоятельном уходе (другими лицами).

3. Владеть простейшими приемами адаптивной физической культуры и массажа при различных видах патологии;

4. Разрабатывать планы обучения пациентов и социально значимых лиц элементам ухода (самостоятельного ухода) и физической реабилитации;

5. Обучать пациентов и социально значимых лиц элементам физической реабилитации в зависимости от патологии и состояния пациента;

6. Проводить обучение пациентов с целью дальнейшей психологической и социальной реабилитации в зависимости от физического состояния, с учетом духовного и культурного развития, а также социального окружения;

7. Применять элементы трудотерапии, эргономики, музыкальной и арт-терапии и т.п.;

8. Проводить формирование знаний среди пациентов и социально значимых лиц по вопросам гигиены, двигательной активности, безопасности, самоухода и т.д.;

9. Выявлять особенности образа жизни пациента, отношение к состоянию своего здоровья;

10. Использовать информационные технологии в профессиональной деятельности.

Набор профессиональных навыков:

- осуществление специализированного онкологического осмотра, выявление видимых локализаций рака, проведение всех видов инъекций, перевязок, постановки клизм, обработки коло-гастро- трахео- нефро- цистостом, обработка дренажей, промывание катетера Фалея, установка мочеприемника, инфузомата, профилактика пролежней, наложение и удаление дюрогезика, выполнение медицинских манипуляций с использованием шприцевого дозатора, концентратора кислорода;
- инъекции лекарственных веществ при оказании неотложной помощи по назначению врача, в т.ч. внутривенных;
- санация верхних отделов дыхательных путей;
- знакомство родственников с алгоритмом действий в случае наступления смерти пациента на дому;
- осуществление психологической поддержки пациента и его ближайшего окружения;
- навык работы в мультидисциплинарной команде совместно с психологами, социальными работниками, волонтерами, священнослужителями, представителями общественных организаций.

**Согласно статистике, в среднем, на 1 посещение МС при паллиативном уходе приходится 2,31 манипуляции (2016).

Приложение 21

Алгоритм действий специалиста со средним медицинским образованием по проведению первичного онкологического осмотра в амбулаторно-поликлинической организации

Цели: 1. Первичное выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях.

2. Улучшение доступности и качества жизни онкологических больных.

3. Формирование у населения позитивного понимания здоровья для человека и общества, предоставление в доступной форме профилактических рекомендаций пациентам с ХБС и членам их семей.

Оснащение**:**

Инструментарий, изделия медицинского назначения:

- Кушетка – 1 шт.;
- тонометр – 1 шт.;
- фонендоскоп – 1 шт.;
- часы с секундной стрелкой – 1 шт.;
- мыло жидкое в дозаторе – в достаточном количестве;
- антисептик для рук в дозаторе – в достаточном количестве;
- одноразовое полотенце или индивидуальное – в достаточном количестве;
- чистая ветошь – в достаточном количестве;
- емкость с раствором дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, приготовленных по вирулицидному режиму, промаркированная «Для дезинфекции поверхностей» – 1 шт.;
- одноразовый полиэтиленовый пакет, промаркированный «Для сбора медицинских отходов группы Б» – в достаточном количестве;
- лупа;
- вазелиновое масло;
- перчатки – в достаточном количестве.

Канцелярские товары – в достаточном количестве: ручка; чистая бумага формата А5, А3.

Прикладные товары к работе планшета и персонального компьютера – в достаточном количестве: бумага для печати, принтер, порошок для печати.

Электронные средства

- персональный компьютер с программным обеспечением

№	Действия	Обоснование
I	**ПОДГОТОВКА КАБИНЕТА К ПРИЕМУ**	
1.1.	Проконтролировать качество проведенной текущей уборки кабинета санитаркой	Обеспечение инфекционной безопасности
1.2.	Проверить сроки годности рабочих растворов дезинфектантов в емкостях для дезинфекции шпателей, термометров, ветоши	
1.3.	Провести дезинфекцию кушетки по вирулицидному режиму	
1.4.	Проверить наличие в достаточном количестве для работы в течение смены термометров, шпателей однократного применения.	Обеспечение достаточного количества медицинского инструментария
1.5.	Проверить наличие мыла, чистого полотенца	Обеспечение инфекционной безопасности
1.6.	Подготовить чистые бланки направлений:	Обеспечение непрерывной работы кабинета в течение приема

	• на лабораторные исследования, • на диагностические обследования; • на консультации к специалистам в другие ОЗ г. Минска	
17.	Подготовить достаточное количество канцелярских принадлежностей и проверка готовности принтера к работе: • клей; • ручку (стержни); • чистые листки формы А5 для подклеивания в амбулаторную карту • наличие готовности принтера к работе	
18.	Забрать результаты лабораторных исследований из раскладки	
19.	Забрать из регистратуры и проверить наличие амбулаторных карт (форма № 025/у-07) зарегистрированных на амбулаторный прием пациентов	
II.	**РАБОТА НА ПРИЕМЕ**	
21.	Приглашать пациентов в порядке очередности зарегистрированных на амбулаторный прием пациентов, приглашая вне очереди, имеющих право на внеочередное обслуживание (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, инвалиды и участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и лица, приравненные к ним).	Обеспечение очередности на приеме
22.	Проводить измерение у пациента: • температуры тела; • частоты пульса; • частоты дыхания; • артериального давления (АД); • внутриглазного давления (ВГД); • роста; • веса; • снимать электрокардиограмму (ЭКГ)	Обеспечение минимального обследования пациента
23.	Проводить осмотр пациентов: • кожных покровов; • видимых слизистых; • периферических лимфатических узлов; • щитовидной железы; • молочных желез (у женщин) (подробно с.96, табл.5.3)	Своевременное выявление ухудшения состояния пациента

24.	Заполнять и выписывать: • диспансерную карту формы №131/у-Д; • ведомость учета посещений больных (форма 0125-3/у); • рецептурные бланки на лекарственные средства (формы 1 и бланк льготного рецепта); • направления на лабораторные исследования; • направления на консультации в др. учреждения здравоохранения.	Оформление медицинской документации, ее введение в электронную базу данных
25.	Оценивать результаты проведенных исследований	Обеспечение своевременного консультирования пациента у врача-специалиста, организация маршрутизации пациента
26.	Проводить осмотр пациентов на педикулез, чесотку	Профилактика педикулеза, чесотки
27.	Объяснять пациентам способы и порядок подготовки: • к лабораторным исследованиям; • к инструментальным исследованиям; • к аппаратным исследованиям	Обеспечение правильной подготовки пациентов к исследованиям
28.	Заполнять в амбулаторной карте графы: • в листе учета артериального давления (АД); • в листе учета факторов риска артериальной гипертензии (АГ); • в листе учета дозовой нагрузки (РФО).	Оформление медицинской документации, ее введение в электронную базу ОЗ
29.	Подписывать у врача-терапевта участкового и заведующего отделением или заместителя главного врача: • льготные рецепты; • направления на диагностические обследования и консультации к специалистам в другие УЗ. Способствовать мотивации пациентов к переходу на электронный рецепт	Оформление медицинской документации, ее введение в электронную базу ОЗ
210.	Дезинфицировать поверхность кушетки и отработанную ветошь, шпателя, термометры	Обеспечение инфекционной безопасности
211.	Проветривать, а во время эпидемии проветривать и кварцевать кабинет	
III.	**ПО ОКОНЧАНИЮ ПРИЕМА**	
31.	Проветрить кабинет	

32.	Вынести емкости с отработанными шпателями, термометрами, ветошью в специально оборудованное помещение для дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности
33.	Сдать амбулаторные карты принятых пациентов в регистратуру	Обеспечение сохранности амбулаторных карт и базы данных электронного сопровождения пациента
34.	Сдать в кабинет медицинской статистики ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных	Обеспечение отчетности
35.	Проводить динамическое диспансерное наблюдение пациентов, два и более лет не обращавшихся в поликлинику за медицинской помощью, и пациентов группы Д3	Обеспечение диспансерного осмотра группы Д3
36.	Проводить медицинское наблюдение за пациентами пожилого возраста и одинокими	Обеспечение оказание медицинской помощи лицам пожилого возраста и одиноким
37.	Составить совместно с врачом-терапевтом участковым (ВОП) план и проводить патронажи к категории пациентов, подлежащих динамическому наблюдению: • ветераны войн; • одинокие; • пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи; • пациенты, часто вызывающие бригады скорой медицинской помощи	Обеспечение динамического наблюдения пациентов
38.	Составить совместно с врачом-терапевтом участковым план и проводить приглашение лиц более двух лет, не обращавшихся в поликлинику	Обеспечение динамического наблюдения пациентов более двух лет, не обращавшихся в АПО
39.	Заполнить: • Учетную форму №116/у; • «Контрольный лист за применением анальгетиков», вклеивается в медицинскую карту амбулаторного пациента; • Патронажный лист паллиативного ухода (прил.23); • Карту предпочтений пациента (оформляется при поступлении); • Карту наблюдения за пациентом с болью (ВАШ); • Графы в журнале вызова помощника врача участкового на дом; • Отчет о выполненной работе	Оформление документации
IV.	**ПРИ РАБОТЕ НА УЧАСТКЕ**	

41.	Выполнять визиты (патронажи) на дом к пациентам, определенным врачом-терапевтом участковым (ВОП) с оформлением установленной мед. документации	
42.	При проведении визита (патронажа) Пвр:	Своевременное выявление ухудшения состояния пациентов
42.1	проводит осмотр пациентов: • кожных покровов, • видимых слизистых, • периферических лимфатических узлов, • щитовидной железы, • молочных желез (у женщин)	
42.2.	измеряет: • артериальное давление; • частоту пульса, дыхания; • температуру тела; • внутриглазное давление и глюкометрию по показаниям	
42.3.	проводит: • аускультивное исследование органов грудной клетки, • пальпаторное и перкуторное исследование органов брюшной полости; • осмотр пациента с оценкой симптомов по ВАШ (подробно с.72, с.82, табл.5.1); • определение пульсации на a.dorsalis pedis, наличие отечности нижних конечностей;	
43.	решает вопрос о дополнительном обследовании пациента, ориентируется в критериях распределения пациентов по группам наблюдения (с.87, табл.5.2, с.88);	Своевременное уточнение состояния пациентов.
44.	контролирует выполнение пациентом рекомендаций врача;	Осуществление контроля по выполнению назначенного лечения лечащим врачом.
45.	контролирует наличие у пациента медикаментов;	
46.	обучает пациентов и их родственников оказанию самопомощи при неотложных состояниях	Своевременное оказание неотложной помощи
47.	обучает родственников по проведению общего ухода за тяжелобольным пациентом, профилактике пролежней, знакомит родственников с алгоритмом действий в случае наступления смерти пациента на дому	Своевременное удовлетворение потребностей пациента.
48	Осуществляет перевязки, обработку стомийный отверстий, катетеров, дренажей	Своевременное удовлетворение потребностей пациента
49.	Заполняет установленную мед. документацию	Ведение учетно-отчетной документации

410.	Информирует лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья пациентов, уровне и эффективности обезболивания при наличии ХБС	Определение тактики дальнейшего лечения пациентов
411.	Определяет совместно с лечащим врачом индивидуального плана наблюдения пациента и осуществляет его выполнение	
V.	**ПРИ РАБОТЕ С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ**	
51.	Составить месячный план патронажей и диспансерного наблюдения	Планирование работы
52.	Заполнить карты диспансерного наблюдения (форма №131/у-Д), лиц, состоящих на диспансерном учете	Оформление медицинской документации, включая электронные формы
53.	Работать в картотечном отделе регистратуры с амбулаторными картами (форма № 025/у-07): • вклеивать в амбулаторную карту результаты лабораторных и инструментальных исследований; • вклеивать в амбулаторную карту патронажный лист Пвр участкового после выполнения патронажа; • делать записи в амбулаторной карте о приглашении пациента на диспансерный осмотр • вести в базу данных ОЗ информацию о целевых группах населения, прошедших скрининг, в региональный банк данных Белорусского канцер-регистра	
54.	Заполнить ежедневно учетную форму 116/у о проделанной работе за рабочий день	
55.	Научиться пользованию программой АИС «Помощник врача и медицинская сестра общей практики: уход на дому» согласно Инструкции (разд. III, гл. 7)	Оформление электронной формы медицинской документации (протокола)
56.	Готовить отчет о проделанной за месяц работе по выполнению визитов (патронажей) на дому и сдавать отчет 1-го числа месяца, следующего за отчетным Ввести информацию о целевых группах населения, подлежащих скринингу, в региональный банк данных Белорусского канцер-регистра	Оценка проделанной работы за месяц

Приложение 22

Нормативная правовая литература

1. Об утверждении Рекомендаций (временных) об организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 инфекцией и Алгоритмов [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 11 янв. 2022 г., № 20 : с изм. и доп. от 31 янв. 2022 г. № 108 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

2. Об утверждении Инструкций по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14 мая 2020 г., № 530 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

3. Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией» [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2010 г., № 1318 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

4. Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому»: [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 сентября 2022 г., № 96 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

5. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

6. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 : с изм. и доп. от 20 апр. 2022 г. № 237 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028. – Дата доступа: 20.01.2022.

7. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21 окт. 2016 г. № 433-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

8. О правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 авг. 2018 г., № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

9. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 11 дек. 2020 г., № 94-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094&p1=1. – Дата доступа: 20.01.2022.

10. Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 5 июня 2020 г., № 615 : в ред. приказа М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 11 нояб. 2020 г. № 1195 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

11. Об организации проведения диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 11 ноября 2022 г., № 1569 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

12. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 февр. 2018 г., № 177 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

13. Инструкция о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 09.08.2022 № 83 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22238626&p1=1. – Дата доступа: 20.01.2022.

14. О порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2015 г., № 48 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 23 окт. 2020 г. № 87 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

15. Инструкция о порядке осуществления диспансерного наблюдения [Электронный ресурс]: утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 10.11.2017 № 95 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 29 июля 2022 г. № 78 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%9C%D0%97_2022_78.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.

Приложение 23

Дополнительная нормативная литература по сестринскому процессу

16. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 № 1030 г. «Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению, клинические протоколы оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению согласно приложению к настоящему приказу».

17. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 № 99 «Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях».

18. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11. 2021 №1424 «Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19».

19. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.09.2021 №1141 «Инструкция о порядке подачи кислорода пациенту с помощью назальных канюль или кислородной маски».

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2007 № 710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях».

21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1185 «Об утверждении положения о работе команды врача общей практики».

22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики».

23. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.08.2018 № 842 «Об утверждении должностных инструкций».

24. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1185 «Об утверждении положения о работе команды врача общей практики».

Шкала самооценки реактивной и личностной тревоги Спилберга-Ханина

Обработка данных: С помощью специального ключа подсчитывается сумма баллов, полученных испытуемым по каждой шкале:

- Шкала ситуативной тревожности (СТ);
- Шкала личностной тревожности (ЛТ).

Интерпретация результатов: При интерпретации показателей надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из субшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. Можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

20 - 30 баллов – низкая тревожность;

31 - 44 балла – умеренная тревожность;

45 - 80 баллов - высокая тревожность.

КЛЮЧ

Шкала СТ

Номер суждения	Ответы			
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1

Шкала ЛТ

Номер суждения	Ответы			
21	4	3	2	1
22	1	2	3	4
23	1	2	3	4
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	1	2	3	4
29	1	2	3	4
30	4	3	2	1
31	1	2	3	4
32	1	2	3	4
33	1	2	3	4
34	1	2	3	4
35	1	2	3	4
36	4	3	2	1
37	1	2	3	4
38	1	2	3	4
39	4	3	2	1
40	1	2	3	4

Шкала самооценки (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин)

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждения	Ответы			
		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно, так	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4

2	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Сумма СТ = _____

Шкала самооценки (Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин)
Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждения	Ответы			
		Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко могу расстроиться	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил, желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4

34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Сумма ЛТ = _____

Спасибо за сотрудничество!

Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни (Н.Е. Водопьянова)

Инструкция. Пожалуйста, в каждом пункте зачеркните число баллов, которое наиболее точно отражает ваше состояние. Постарайтесь отвечать быстро, так как правильной является ваша первая реакция (оценка). Оценка не может быть правильной или неправильной, – она только ваша.

1. Работа (карьера)		
Полностью не соответствует интересам и ожиданиям	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Полностью соответствует интересам и ожиданиям
2. Личные устремления и достижения		
Не достигли многих целей, часто чувствуете себя неудачником	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Достигли многих целей, обычно чувствует себя удачливым человеком
3. Здоровье		
Часто болею	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Обычно здоров
4. Изменяющиеся обстоятельства		
Часто вызывают сильное переживание одиночества	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Никогда не чувствую себя одиноко
5. Отношения с детьми (своими или чужими)		
Не вызывают радости	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Всегда радуют
6. Отношения на работе (с коллегами, начальством и др.)		
Вызывают сильный дискомфорт (напряжение и неудовлетворенность)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Обычно гармоничное (приятные)
7. Отношения с друзьями		
Нет искренних дружеских отношений. Без теплоты и взаимопонимания	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Близкие и теплые, чувствую их поддержку
8. Духовная или религиозная поддержка		
Несущественная [нет]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сильная и существенная
9. Хорошее настроение, как правило, зависит		
От внешней ситуации (отношений с другими людьми)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	От внутреннего самообладания (оптимизм, чувство юмора, жизнерадостность)
10. Умение организовать свое время		
Всегда не хватает, постоянное напряжение из-за дефицита	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Время – мой союзник, умею хорошо организовать свое
11. Окружающая среда		
Неприятна и опасна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Безопасна и комфортна
12. Физическое состояние		
Усталость, постоянное напряжение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Отличное, дееспособное
13. Финансовое состояние		
Неудовлетворительное, плохо управляемое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Хорошее, стабильное
14. Количество и драматизм жизненных кризисов за последние два года		
Чрезмерное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Не было кризисов
15. Деловая (профессиональная) карьера		
Бесперспективна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Хорошие перспективы
16. Физическая активность		

Очень низкая и нерегулярная	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Высокая и регулярная
17. Сон		
Часто плохой	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Отличный и полноценный
18. Физическая форма		
Моя проблема (неудовлетворенность)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Нет проблем
19. Самоконтроль и самообладание		
Неудовлетворительные	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Всегда держусь на уровне
20. Принятие решений		
Всегда трудно принимаю ответственные решения	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Легко принимаю решения
21. Обязательность		
Делаю только то, что могу, никогда не перенапрягаюсь	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Беру на себя слишком много своих и чужих обязательств, часто беру на себя то, что должны делать другие
22. Чувство вины и стыда		
Очень часто	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Никогда
23. При изменении ситуации или планов		
Всегда нервничаю	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Легко приспосабливаюсь к любой новой ситуации
24. Гнев		
Я часто сержусь на себя или на других	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Многие вещи я воспринимаю с легкостью и без
25. Самоуважение		
Я часто недоволен (недовольна)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	В целом я доволен (довольна)
26. Жизненные ценности и принципы		
Не всегда ясны, часто изменчивы	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Всегда ясны и стабильны
27. Моральная и эмоциональная поддержка близких людей		
Минимальная (отсутствует)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сильная и существенная
28. Чувство эмоциональной «приподнятости» и жизнерадостности		
Очень часто	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Никогда
29. Интимно-сексуальная жизнь		
Неудовлетворительная	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Гармоничная и регулярная
30. Понимание и уважение в деловой (профессиональной) среде		
Очень низкое	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Высокое
31. Страх и тревога		
Присутствуют ежедневно	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Отсутствуют
32. Профессиональная (деловая) поддержка		
Отсутствует	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Высокая
33. Обида или гнев на других		
Отсутствует	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Очень часто
34. Настроение		
Почти всегда мрачное	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Всегда жизнерадостное
35. В трудных жизненных ситуациях		
Никогда не теряю надежду на благополучное разрешение ситуации	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Всегда испытываю растерянность или чувство «безысходности»

36. Внутренние (личные) ресурсы		
Чувствую истощенность внутренних резервов	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Чувствую в себе огромные силы и ресурсы

Обработка и интерпретация результатов. В соответствии с ключом подсчитывается сумма баллов для каждой категории жизнедеятельности (9 субшкал, каждая содержит по 4 вопроса). Минимальная сумма для каждой субшкалы равна 4 баллам, максимальная – 40. Оценки по субшкалам соответствуют понятию удовлетворенности в различных областях жизнедеятельности. Чем меньше величина баллов, тем сильнее психическая напряженность и ниже Удовлетворенность качеством жизни в данной области. Также подсчитывается общий индекс качества жизни (ИКЖ), равный среднему значению баллов, набранных по всем девяти субшкалам.

Оценка уровня удовлетворенности КЖ производится по общему ИКЖ в соответствии с данными, представленными в таблице, а также определяются сферы наименьшей удовлетворенности по отдельным субшкалам качества жизни (табл.10.1).

Таблица 10.1

Уровни качества жизни

Показатели	**Низкий уровень**	**Средний уровень**	**Высокий уровень**
Работа (карьера)	4-22	23-31	30 и >
Личные достижения и устремления	4-25	26-32	31 и >
Здоровье	4-25	26-33	32 и >
Общение с друзьями (близкими)	4-26	27-32	33и>
Поддержка	4-22	23-31	30 и >
Оптимистичность	4-21	22-26	27 п >
Напряженность	4-22	23-29	30 и >
Самоконтроль	4-23	24-28	29 и >
Негативные эмоции	4-21	22-27	28 и >

Таблица 10.2

Оценка уровня удовлетворенности по общему индексу качества жизни (ИКЖ)

Индекс качества жизни (ИКЖ), баллы			
очень низкий (депрессивный)	**низкий**	**средний**	**высокий**
4-10	11-20	21-29	30-40

Очень низкий уровень ИЖК характерен для депрессивных больных. Низкий уровень ИКЖ часто встречается у лиц, переживающие синдром выгорания. Для людей, имеющих высокий ИКЖ, характерны выраженная оптимистичность и активность жизненной позиции

Методика исследования самооценки И.Я. Киселева

Испытуемому предъявляется типовой бланк методики. Зачитывается инструкция № 1. Испытуемый должен оценить предложенные 20 качеств с точки зрения полезности, социальной значимости и желательности в пределах от 20 до 1 балла.

После того, как испытуемым выполнено первое задание, ему предлагается инструкция № 2. Испытуемый оценивает тот же ряд качеств, но уже с точки зрения, в какой степени данные качества присущи лично ему.

Время проведения методики не ограничивается.

Обследование может производиться как индивидуально, так и в группе при наличии в достаточном количестве текстов и бланков методики.

Обработка данных:

1. Отогните (откройте) левую часть бланка.
2. Начиная с верхней строки, из оценки, стоящей слева, вычтите оценку, стоящую справа. Результат запишите в графе “d”. Возведите его в квадрат и второй результат запишите в графе “d^2” .
3. Сложите все значения d^2 и запишите внизу полученную сумму.
4. Помножьте эту сумму на 0,00075.
5. Из единицы вычтите полученное произведение.

Интерпретация результатов. Проделав обработку данных, вы определите коэффициент ранговой корреляции (r), который может иметь значение от +1 до –1. Он выражает характер и тесноту связи между отношением человека к качествам, названным в бланке, и самооценкой тех же качеств у испытуемого.

Чем ближе коэффициент к +1, тем выше самооценка личности. Для спортсменов, например, характерны высокие самооценки, выражающиеся значениями коэффициента корреляции 0,62 – 0,85. Значение r, превышающее 0,85, может свидетельствовать о завышенной самооценке, о некритическом отношении к себе. Значение **r**, находящиеся ниже 0,62 может свидетельствовать о заниженной самооценке.

Бланк к методике

Инструкция 1. Прочтите внимательно все слова, характеризующие качества личности. Рассмотрите эти качества с точки зрения полезности, социальной значимости, желательности. Оцените каждое из них в пределах от 20 до 1 балла. Оценку «20» проставьте в графе «№» бланка слева от того качества, которое, по Вашему мнению, является самым желанным, значимым, полезным. Оценку «1» – слева от качества, которое менее всех желательно, полезно, значимо. А оценки от «2» до «19» расположите в соответствии с Вашим отношением ко всем остальным качествам. Помните, ни одна оценка не должна повториться. Загните (закройте) левую часть бланка с оценками таким образом, чтобы они не были видны.

Инструкция 2. В графе справа (графа «N») отметьте оценкой «20» качество, которое, по Вашему мнению, присуще Вам в наибольшей степени. Оценкой «19» – качество, присущее Вам несколько меньше, и т.д. Наконец, оценкой «1» – качество, характерное для Вас в наименьшей степени. Оценки не должны повторяться.

№	Качества	N	d	d^2
	Уступчивость			
	Смелость			
	Вспыльчивость			
	Настойчивость			
	Нервозность			
	Терпеливость			
	Увлекаемость			
	Пассивность			
	Холодность			
	Энтузиазм			
	Осторожность			
	Капризность			
	Медлительность			

	Нерешительность			
	Энергичность			
	Жизнерадостность			
	Мнительность			
	Упрямство			
	Беспечность			
	Застенчивость			
$r = 1 - 0{,}00075 \times \Sigma d^2 =$				**$\Sigma d^2 =$**

Приложение 25-Б

«Школа медицинских сестер по психологическому сопровождению пациентов с хроническими заболеваниями»

Правила построения терапевтического общения медицинской сестры

Эффективность лечения во многом зависит от веры пациента в выздоровление, а прямая обязанность медиков – разрушить психологическую преграду в контакте с человеком, вызвать доверие, создав обстановку участия и теплоты. Необходимо, чтобы пациент понял, что медицинских работников, к которым он пришел за помощью, интересуют не только диагностика и лечение, но и сам обратившийся человек.

Для медицинской сестры важно умение слушать – это активные, сознательные усилия по выработке чувства присутствия, а не простое пассивное восприятие. Требуется большая концентрация, непредубежденность и заинтересованное отношение к рассказу другого.

1. Избегайте неясностей. Следите, чтобы слушатель понимал вас. Если вы вдруг потеряли уверенность в этом, попросите человека повторить то, что вы ему сказали. Если вы будете делать вид, что все поняли, это ни к чему не приведет, кроме заблуждения.

2. Научитесь правильно слушать. Проявляйте при этом заинтересованность и уважение к говорящему человеку. Слушайте внимательно, не прерывая и не осуждая. Время от времени передавайте услышанное своими словами, чтобы показать, что вы следите за ходом изложения.

3. Выражайте собственные чувства и желания в вежливой форме. Используйте «Я-утверждения», «Я-обращения». Они просто начинаются с местоимения «Я» и выражают собственное чувство или реакцию: «...мне бы хотелось...», «...я был бы признателен ...», «... я бы предпочел ...».

«Вы-утверждения» или «Вы-обращения» («... вы должны сделать ...», «... вы всегда ...», «... вы неправильно поступаете ...») могут раздувать конфликты, так как для другого человека они обвинительные и вынуждают занимать оборонительную позицию. Оппонент чувствует себя припертым к стене, на него оказывается давление. Они создают впечатление вашей правоты, а не правоты другого человека.

Теплоту в общение вносит, прежде всего, эмпатия – способность понимать мотивы и чувства другого человека, способность к сопереживанию.

Десять «Да» терапевтического общения

Беседу с пациентом начинайте с указания вашего имени и должности, а также с сообщения цели беседы. Обращайтесь к вашему пациенту только по имени-отчеству и на «Вы».

Смотрите пациенту в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобрительно кивайте. Открытое лицо, открытые мысли.

Пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса. Это очень важно!

Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, с каждым на его языке.

Поощряйте вопросы вашего пациента.

Обеспечьте тишину и конфиденциальность вашей беседы.

Внимательно слушайте.

Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.

Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологической атмосферы.

Поддерживайте пациента поощрительными замечаниями после каждого удачного действия.

Десять «Нет» терапевтического общения

Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.

Не раздражайтесь, если нужно снова и снова задавать тот же вопрос.

Не всегда можно ожидать блестяще выполненное задание после ваших инструкций.

Не нагружайте больного слишком большой ответственностью.

Не требуйте точной идентификации имен медицинского персонала, названий предметов или лекарств.

Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к вам.

Не ругайтесь и не спорьте с пациентами.

Говорите конкретно – не давайте возможности большого выбора.

Не показывайте своих чувств, особенно если вы расстроены.

Не повышайте голоса!

Для установления заботливых взаимоотношений общение между медицинской сестрой и пациентом должно характеризоваться пониманием, терпением, честностью, искренностью, доверием, надеждой и мужеством. Для сестры это означает больше, чем «заботиться» – это означает также «интересоваться» и «ухаживать». При проведении беседы с пациентом важно выслушать собеседника, для этого:

а) не говорите о себе;
б) не меняйте темы;
в) не советуйте;
г) не думайте наперед, что вам сказать;
д) не игнорируйте чувства других и не отрицайте их;
е) не притворяйтесь, что понимаете их чувства;
ж) спросите о нуждах, заботах, тревогах;
з) покажите, что вы понимаете: «правильно ли я понимаю, что ...».

Для получения полной достоверной информации медицинской сестре необходимо определенным образом строить беседу:

а) задайте вопросы – узнайте о деталях;

б) перепроверьте услышанное – убедитесь, что вы правильно все поняли: «Я хочу проверить, правильно, ли вы меня поняли? Повторите то, что я сказала»;

в) не бойтесь естественных пауз в разговоре;

г) обращайте внимание на перемену в позе, вздохе и т.д.

МС должна найти теплое, ободряющее слово, поскольку сочувствие и успокоение словом – одно из важнейших психотерапевтических средств. Многие пациенты испытывают чувство страха за свое здоровье. Сестре необходимо постараться отвлечь человека от мрачных мыслей, ободрить участливым словом, убедить в необоснованности его опасений, постараться понять его переживания и сочувственно принять их.

Особенности работы медицинской сестры с пациентами пожилого и преклонного возраста

Старинная французская пословица: «Каждый стареет так, как он жил» – свидетельствует о тенденции, присущей пожилому возрасту. Основными особенностями этого возраста является эгоцентричность, тревожность, медлительность в принятии решений, недоверчивость, а в психологическом плане страх быть обманутым и страх одиночества.

Медицинской сестре надо научиться спокойно и выдержанно относиться к несправедливым обвинениям, не позволяя втягивать себя в конфликт, дистанцируясь от подобных пациентов.

Позиция враждебности к себе и своей жизни выражается в пассивности, исчезновении интересов и инициативы. Медицинским сестрам следует изучать интересы пациента, его успех в прошлой деятельности, вовлекать в общение, поощрять малейшую инициативу, благодарить и хвалить.

Особенности поведения медицинского работника с пациентами с дефектами тела и органов чувств

Психологические особенности пациентов с разнообразными физико-анатомическими дефектами состоят в повышенной обидчивости, чувствительности, чувстве стыда, брезгливости к себе, страхе речи и общения. У слепых выражена робость, нерешительность, зависимость от близких, сочетающаяся с законопослушанием, принципиальностью и справедливостью. В то же время у пациентов с тугоухостью высок уровень тревожности, обидчивости, стеснительности, подозрительности.

На основании этих особенностей сестра строит свои отношения на этических принципах сострадания и милосердия к обделенным людям, сочетающихся с максимальной предупредительностью, заботой.

Особую группу составляют пациенты, перенесшие радикальные хирургические «калечащие» операции, (маст-гистерэктомии и др.). Депрессии, стыд, идеи ущербности, самообвинения, раздражительность и ворчливость могут преобладать во взаимоотношениях у этой группы пациентов.

Терпение, участие, сострадание, строгая конфиденциальность, сохранение медицинской тайны, подчеркнуто спокойное, доброжелательное, предупредительное отношение составляют суть взаимоотношений с этими людьми.

Информацию о пациенте получите до разговора с ним.

Из доступных источников и предыдущих мест лечения. Это сэкономит время и не утомит пациента. Постарайтесь быстро сделать выводы из полученных сведений. Убедитесь, что у вас правильный адрес пациента, контактный телефон, возраст, место работы, сведения об имеющихся заболеваниях.

Доверительные отношения с пациентом выстраиваются не сразу. Установлено, что в процессе взаимодействия людей общение осуществляется на 60-80% за счет невербальных средств выражения мимики, поз, жестов, тембра голоса. Знание сестрой языка телодвижений, обусловленного импульсами подсознания, которое сложно подделать, помогает глубже понять внутреннее состояние пациента.

Прежде чем перейти к сути разговора, поговорите 5 мин на отвлеченные темы (о погоде, работе, семье). Если сестра стоит, пациент может почувствовать себя подавленным, будет обрывать ответы, упускать важную информацию. Медицинской сестре следует проявить неподдельный интерес к тому, что ей говорят. Заинтересованный взгляд и периодическое повторение слов пациента помогут добиться понимания.

Если вы говорите резко, недоступно или безразлично - он не доверится вам. Разъясните цель разговора, чтобы пациент понял, какую пользу он извлечет из этого, подчеркнув необходимость его честности и открытости. Приведите примеры тому, как полученная информация помогает в лечении и уходе.

Тон разговора задает медсестра, она начинает разговор с вопроса: «Как Вы себя чувствуете?» или «Что Вас беспокоит больше всего?», дав пациенту выговориться о болезни. Нельзя разглашать информацию, полученную от пациента.

Конфиденциальность и щепетильность. В ходе разговора контролируйте себя, говорите просто, понятно, без медицинских терминов. Ваш пациент не захочет оставаться в неведении относительно их смысла. Если не уверены, что больной понял вопросы, попросите его повторить своими словами то, что вы сказали. Обратите особое внимание на то, что он ответит. Осознает ли пациент, что он болен? Поняв чувства пациента, вы сможете узнать о нем больше.

Формулировка точных вопросов. Следует задавать открытые вопросы, требующие больших ответов, чем «Да» или «Нет». Незаконченные вопросы концентрируют внимание пациента и заставляют его давать более полные ответы. Если пациент просит обратить внимание на одну из его жалоб, попросите поподробнее рассказать о ней. Прислушивайтесь к ответам пациента, они могут повлечь за собой уточняющие вопросы.

По ходу беседы делайте заметки. Не пытайтесь записать всю информацию, полученную от пациента. Вместо этого кратко фиксируйте даты, время, ключевые слова или фразы и используйте их позже, чтобы дополнить записи.

Приветствие

ВАРИАНТ 1 «**Пожелания».** Каждый участник группы (по кругу) встает и произносит какую-либо фразу, обращенную ко всем остальным: «Добрый день», «Желаю всем узнать много нового и интересного» и т. д. Вместо фразы участник может использовать любой приветственный жест.

ВАРИАНТ 2 **«Игра в мяч».** Участники стоят в кругу. Ведущий называет имя одного из играющих, бросает ему мяч и показывает приветственный жест. Поймавший мяч повторяет этот жест, бросает мяч другому участнику, приветствуя его по-своему и называя по имени.

Упражнения

1.«В чем изюминка?»

Участники делятся на две группы. Первая группа образует внутренний круг, вторая – внешний. Стоя лицом друг к другу, каждый участник внутреннего круга задает вопрос: «В чем моя изюминка?» стоящему напротив него участнику, который, в свою очередь, отвечает на него. По сигналу ведущего ребята из внешнего круга переходят к следующему партнеру. Так продолжается до тех пор, пока каждый участник не вернется на свое начальное место. Затем меняют местами внешний и внутренние круги.

2. « Спасибо тебе за то, что …»

Каждый участник группы по очереди, вспоминая занятие, пытается закончить предложение « Спасибо тебе за то, что…».

3. Игра в ассоциации

Упражнение выполняется в форме вертушки общения. Стулья становятся в виде двух кругов – круг в круге, так, чтобы могли сесть парами друг напротив друга. Внутренний круг неподвижен. Участники внешнего круга перемещаются от стула к стулу по часовой стрелке. После того, как круг будет пройден, участники меняются местами.

4. « Анабиоз »

Участники делятся на пары. Один из участников выполняет роль «замороженного», т.е. замирает. Другой – «реаниматор» – старается разморозить первого, используя только мимику, жесты, не дотрагиваясь до партнера.

5. « Строительство дуба »

Всем членам группы дается задание «построить дуб». Время на постройку «дуба» - 5 минут. После того, как каждый определил для себя, кем он будет, строится «дуб», затем проводится обсуждение с анализом своего поведения (Кто какую роль играл? Кто назначал роли? Кто был лидером? и т. д.).

6. «Прокуроры и защитники»

Условия:

А) два листа бумаги каждому участнику;

Б) выберите роль: прокурор или защитник;

В) запишите выбранную роль на первом листе;

Г) запишите и оцените по 10-балльной системе следующие поступки:

Осквернение памятников старины;

Выдача друга с целью самосохранения;

Укрытие убийцы;

Лжесвидетельство;
Ломка телефона-автомата;
Невыплата долга;
Невыполнение обещания;
Убийство;
Воровство.

Д) отложите лист с оценками в сторону;

Е) теперь возьмите второй лист, запишите на него те же преступления и оцените их с позиции новой для вас роли.

Анализ: есть ли разница в оценках? Почему?

7. «Сходство и отличие»

Упражнение выполняется в круге, по часовой стрелке. Задача говорящего – найти в группе человека, на которого, как ему кажется, он похож; указать, чем именно; затем найти человека, от которого резко отличается или чувствует отличие, объяснить, в чем именно.

8. «Как мы говорим?»

Группа делится на пары. Придумайте по три фразы, начинающиеся со слов:

«Я должен …»	«Я предпочитаю …»
«Я не могу …»	«Я хочу …»
«Мне надо …»	«Я не хочу …»
«Я боюсь, что …»	«Я хотел бы …»

(Фразы можно записывать). Выскажите их друг другу. Теперь в этих же фразах замените слова «Я должен …» на «Я предпочитаю …», оставив остальную часть высказывания без изменения. Сообщите новые варианты друг другу. Обменяйтесь чувствами.

10. «Тарелка с водой»

Все участники садятся в круг. Одному из присутствующих дается тарелка, наполненная водой, которую с закрытыми глазами будут передавать по кругу (справа – налево) все участники семинара. Задача – не пролить ни капли. Это символические жесты приема и передачи ответственности за то, что доверено. Вода же символизирует жизнь.

11. «Мои нужды»

Упражнение выполняется в парах.

Запишите вопрос: «Без чего я не мыслю своей жизни?» и перечислите то, отсутствие чего в вашей жизни сделает ее невыносимой для вас.

Обменяйтесь мнением с соседом. Составьте общий список вещей, без которых ваша жизнь не могла бы осуществляться; распределите их по рангу (значимости для вас).

12. «Мои желания»

Выскажите и запишите в колонку как можно больше своих желаний. Напротив каждого желания в колонке «могу» поставьте «+», если вы это действительно можете. Теперь заполните колонку «Мне это нужно». И, наконец, в колонке «Я должен» поставьте «+» напротив тех желаний, которые вы к тому же и должны осуществить.

Я хочу (желания)	Я могу	Мне это нужно (потребности)	Я должен (кому)

13. «Удача в моей жизни»

Упражнение выполняется в парах. Партнеры по общению рассказывают о том, что им в жизни удалось, начиная каждое предложение со слов «Мне удалось…».

14. «Образ счастья»

Напишите на отдельном листе 15 раз начало предложения «Я буду счастлив, если…». Теперь закончите все 15 предложений. Проанализируйте то, что у вас получилось. Зачеркните не очень обязательные желания, таким образом, откажитесь от лишних претензий к себе, людям.

15. «Жизненный план»

Определите критерии своего жизненного успеха: Кем быть? Каким быть?

К 15 годам

К 20 годам

К 25 годам

К 30 годам

К 40 годам

К 50 годам

К 60 годам

16. «Я тебя помню»

Мы начинаем нашу встречу взаимными приветствиями. Сейчас мы по очереди будем здороваться друг с другом, обязательно подчеркивая индивидуальные особенности того, к кому обращаемся.

18. «Моё настроение»

Членам группы раздаются листы для рисования, карандаши, фломастеры. Предлагается поведать окружающим о своем настроении с помощью изобразительных средств. Можно сравнить его с каким-нибудь цветом, животным и т.п. Затем рисунки раздаются участникам, сидящим по кругу, и они рассказывают о попавшем им в руки изображении настроения. Сам художник может внести коррективу в интерпретацию его настроения.

19.Упражнение «Прямой эфир».

Участники делятся на три подгруппы, каждая из которых получает задание: «Представьте, что вас пригласили на телевидение для участия в передаче «Как помочь ребенку». Вы должны дать телезрителям рекомендации, которые будут способствовать их эффективному общению с агрессивными (гиперактивными, тревожными) детьми».

Первая подгруппа адресует свое выступление родителям, вторая – педагогам, третья – ректорам и завучам образовательных учреждений (заведующим детских дошкольных учреждений).

Время в эфире – 5 мин. Вести передачу может как один представитель подгруппы, так и несколько.

Участники подготавливаются к «эфиру» в течение 15 мин. Затем каждая подгруппа «показывает» свой вариант передачи в «прямом эфире». После – обсуждение.

Знать и уметь выполнять упражнения, которые способствуют успокоению

Техник множество: дыхательные упражнения, нервно-мышечная релаксация, аутотренинг, медитация, йога. Трем последним способам желательно обучаться у мастера (специалиста) на соответствующих курсах и в секциях.

Есть вещи, которые можно освоить самостоятельно. Скажем, релаксационное диафрагмальное дыхание. Для его выполнения человеку необходимо научиться правильно дышать животом: лечь, положив сверху небольшую книгу, чтобы лучше чувствовать, как живот поднимается и опускается при дыхании. Спокойно делайте вдох через нос и при этом надувайте живот, будто мяч. Затем медленно выдыхайте через рот или нос (как комфортнее). Надо стремиться выдохнуть максимально, при этом книга вместе с брюшной стенкой опустится. И на мгновение задержать дыхание.

Вы будете словно «качать» книгу вверх и вниз. Важно, чтобы объем воздуха при вдохе и выдохе был одним и тем же, но выдох – в 2 раза длиннее вдоха. Для этого как бы сдавливайте, придерживайте его, делайте приблизительно так. «Вдох на счет «раз, два» – выдох на «раз, два, три, четыре». Возможно появление легкого головокружения, тогда лучше остановиться и какое-то время дышать обычным образом, а затем продолжить, дыша не так глубоко.

Спокойное и глубокое дыхание наблюдается, когда человек в покое, к примеру, спит. Признаком того, что вы научились, будет комфортное состояние при выполнении упражнения. Желательно обращать внимание на температуру вдыхаемого воздуха, чувствовать, какой он

прохладный на вдохе, как проходит через нос, опускается глубже; ощущать, что он более теплый и увлажненный при выдохе.

Тесная связь есть между психологическим состоянием и напряжением мышц. Когда человек спокоен, они расслаблены. Прекратить нервничать по приказу нельзя, но произвольно расслаблять и напрягать мышцы – вполне по силам! Техника нервно-мышечной релаксации основывается на простом физиологическом факте: после напряжения любой мышцы наступает период ее автоматического расслабления. Трудность состоит в том, что не всегда получается достичь этого в полной мере. Часто человек даже не осознает, что какая-то группа мышц или одна из них остается «в работе» даже ночью.

В домашних условиях допустимо выполнять следующие упражнения. Сосредоточьтесь на своем дыхании несколько минут. Дышите спокойно, думайте о приятном. Максимально сильно сожмите кисти и согните руки в локтях. Вы должны почувствовать напряжение в кистях и предплечьях. На выдохе расслабьте руки, концентрируясь на возникающем чувстве облегчения. Откиньте голову назад, медленно поворачивайте ее из стороны в сторону, затем расслабьтесь. Притягивайте плечевые суставы высоко к ушам и в таком положении опускайте подбородок к груди. Поднимите брови как можно выше, широко откройте рот (как будто сильно удивлены). Плотно закройте глаза, нахмурьтесь и наморщите нос. Сильно сожмите челюсти и отведите уголки рта назад. Сделайте глубокий вдох и задержите дыхание на несколько секунд, затем расслабьтесь и вернитесь к нормальному дыханию. Напрягите мышцы брюшного пресса, сведите лопатки и выгните спину. Напрягите передние мышцы и задние мышцы бедра, держа колено в напряженном полусогнутом положении. Максимально потяните на себя ступню и разогните пальцы. Вытяните голеностопный сустав и сожмите пальцы ступни. Повторяйте упражнения трижды для каждой группы мышц. Всякий раз, когда даете отдых напряженным мышцам, обращайте внимание на то, как это приятно и как хорошо вы себя чувствуете, когда расслаблены.

Приложение 26-В

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания

Материал теста по стимулированию состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Методика позволяет выделить следующие 3 фазы развития стресса: «напряжение», «резистенция», «истощение».

Для каждой из указанных фаз определены ведущие симптомы «выгорания», разработана методика количественного определения степени их выраженности. Ниже приводится перечень выявляемых симптомов на разных стадиях развития «эмоционального выгорания».

«Напряжение».

Переживание психотравмирующих обстоятельств;
Неудовлетворенность собой;
«Загнанность в клетку»;
Тревога и депрессия.

«Резистенция».

Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование;
Эмоционально-нравственная дезориентация;
Расширение сферы экономии эмоций;
Редукция профессиональных обязанностей.

«Истощение».

Эмоциональный дефицит;
Эмоциональная отстраненность;
Личностная отстраненность (деперсонализация);
Психосоматические и психовегетативные нарушения.

Инструкция

Проверьте себя. Если вы являетесь профессионалом в какой-либо сфере взаимодействия с людьми, вам будет интересно увидеть, в какой степени у вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального выгорания. Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что, если в формулировках опросника речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности - пациенты, клиенты, зрители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

Стимульный материал

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют меня нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.
10. Моя работа притупляет эмоции.

11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.

12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.

13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.

14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.

15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.

16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.

17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.

18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером. .

19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.

20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.

21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.

22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.

23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.

24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.

25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.

26.Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.

27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, святые с работой: что-то должно случиться, как не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».

31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35.Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36.При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37.У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.

40.Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.

41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.

43.Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45.Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами, без души.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.

48.После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.

49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.

50. Успехи в работе вдохновляют меня.

51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется мне безысходной (почти безысходной).

52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).

54. Мне удается беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

56. Я часто работаю через силу.

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.

58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.

59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.

60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.

61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.

63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.

64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.

65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.

66.Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.

67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.

68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.

69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.

70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.

72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.

73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.

75. Моя карьера сложилась удачно.

76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.

77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.

78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.

79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.

81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.

82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.

83. Работа с людьми плохо повлияла на меня, как на профессионала – обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Разработчиком теста применена усложненная схема подсчетов результатов тестирования. Каждый вариант ответа предварительно был оценен экспертами тем или иным числом баллов, которые указывается в «ключе». Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку - 10 баллов получил от экспертов признак, наиболее показательный для данного симптома.

Существует трехступенчатая система получения показателей: количественный расчет выраженности отдельного симптома, суммирование показателей симптомов по каждой из фаз «выгорания», определение итогового показателя синдрома «эмоционального выгорания» как сумма показателей всех 12-ти симптомов. Интерпретация основывается на качественно-количественном анализе, который проводится путем сравнения результатов внутри каждой фазы. При этом важно выделить к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Таким образом, оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что, по мнению автора, не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психологической коррекции.

Обработка данных

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты:

1. Определяется сумма баллов раздельно для каждого из 12 симптомов «выгорания», с учетом коэффициента, указанного в скобках. Так, например, по первому симптому положительный ответ на вопрос №13 оценивается в 3 балла, а отрицательный ответ на вопрос №73 оценивается в 5 баллов и т.д. количество баллов суммируется и определяется количественный показатель выраженности симптома.

2. Подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания».

3. Находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» - сумма показателей всех 12-ти симптомов.

Ключи

«Напряжение»

Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)

Неудовлетворенность собой: -2(3), +14(2),+26(2),-38(10),-50(5),+62(5), +74(3)

«Загнанность в клетку»: +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

Тревога и депрессия: +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

«Резистенция»

Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

Эмоционально-нравственная дезориентация: +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

Расширение сферы экономии эмоций: +7(2), +19(10), -31(20), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

Редукция профессиональных обязанностей: +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

«Истощение»

Эмоциональный дефицит: +9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)

Эмоциональная отстраненность: +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)

Личностная отстраненность (деперсонализация): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10)

Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Интерпретация результатов

Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего, надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 и менее баллов - не сложившийся симптом,

10-15 баллов – складывающийся симптом,

16 -20 баллов – сложившийся симптом.

20 и более баллов - симптомы с такими показателями относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме эмоционального выгорания.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса – осмысление показателей фаз развития стресса - «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако, сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные: реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По **количественным показателям** правомерно судить только о том, **насколько каждая фаза сформировалась**, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 и менее баллов – фаза не сформировалась;

37 - 60 баллов – фаза в стадии формирования;

61 и более баллов - сформировавшаяся фаза.

В психодиагностическом заключении освещаются следующие вопросы:

1) какие симптомы доминируют;
2) какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается «истощение»;
3) объяснимо ли «истощение» (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами; какой симптом (какие симптомы) более всего отягощают эмоциональное состояние личности;
4) в каких направлениях надо влиять на обстановку в профессиональном коллективе, чтобы снизить нервное напряжение;
5) какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное «выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам.

Приложение 27-Г

Лекция «Синдром эмоционального выгорания»

Цель: дать первичные представления о синдроме эмоционального выгорания

Задачи:

Обучающие:

– познакомить с понятием «синдром эмоционального выгорания»;
– раскрыть факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания;
– показать фазы развития синдрома эмоционального выгорания
– познакомить с клинической картиной синдрома эмоционального выгорания

Развивающие:

– Развитие умениями и навыками преодоления деструктивного стресса.

Воспитательные:

– Воспитание мотивации по внимательному отношению к своему здоровью

Литература, рекомендуемая для преподавателя

1. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
2. Вебер, В.Р. Синдром эмоционального выгорания у практикующих врачей разных специальностей / В.Р. Вебер., М.П. Рубанова., И.А. Сухенко // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. Всероссийский журнал врача общей практики. – № 4 (38). – 2006. С. 69 – 70.
3. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
4. Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.
5. Матвейчик, Т. В. Самодиагностика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости (МКБ-10 F-43): учебно-практ. пособие по тренинг-семинару / Т. В. Матвейчик, В. Ф. Волченок. – Минск: БелМАПО, 2002. – 24 с.
6. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002.– № 7 – С. 3–9.
7. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья / М.М. Скугаревская // Белорусский медицинский журнал. – 2002. – № 2. – С. 93–97.

Литература, рекомендуемая для медицинских сестер (Пвр)

1. Авхименко, М.М. Некоторые факторы риска труда медика / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. – М.: Медицина, 2003. – № 2. – С. 25–29.
2. Вартапетян, В.Л. Проблема профилактики «эмоционального выгорания» у среднего медицинского персонала ЛПУ / В.Л. Вартапетян, А.С. Ситникова // Главная медицинская сестра. – 2007. – №5. – С. 75–80.
3. Винокур, В. А. Профессиональный стресс у медицинских работников / В.А. Винокур // Гедеон Рихтер в СНГ. – 2001. – № 4 (8). – С. 71–71.
4. Винокур, В. Профессиональный стресс губит врача / В. Винокур, М. Розанова // Медицина Санкт–Петербурга. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 1997. – № 11. – С. 28.
5. Евдокимов, В.И. Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Вестник психотерапии. Научно-практический журнал. – 2009. – №30 (35). – С. 106–111.
6. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: Вышэйшая школа, 2006. – 301 с.
7. Островская, И.В. Синдром профессионального выгорания у сестринского персонала / И.В. Островская // Медицинская сестра. 2004. № 2. С. 35–37.

Необходимое оборудование и наглядность: диапроектор

План лекции

1. Введение
2. Понятие СЭВ
3. Причины эмоционального выгорания
4. Фазы эмоционального выгорания
5. Симптомы эмоционально выгорания
6. Домашнее задание
7. Заключение
8. Контрольный тест

Ход лекции

Содержание лекции	Примечание
Вступление. Здравствуйте. Сегодняшняя лекция будет посвящена проблеме «синдрома эмоционального выгорания» и будет полезна для тех, кто планирует или же работает в сфере «помогающих» профессий: медицинские работники, социальные работники, педагоги, психологи и т.д.	Время 5 мин. Слайд 1
На протяжении лекции будут рассмотрены следующие вопросы: 1. Понятие СЭВ 2. Причины эмоционального выгорания 3. Фазы эмоционального выгорания 4. Симптомы эмоционально выгорания	Слайд 2
1. Понятие СЭВ Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения и физического утомления. Впервые понятие «эмоциональное сгорание», «синдром эмоционального сгорания» (англ.– burnout, burnout-syndrome) предложил Х.Дж. Фрейденберг (США) в 1974 году для описания состояния деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. Х.Дж. Фрейденберг объяснил, почему им выбран именно термин «burnout» – сгорание, перегорание, выгорание: аналогия состоит в том, что люди, как здания, иногда выгорают. Под напряжением жизни в нашем сложном мире внутренние ресурсы людей истощаются, как будто огнем, оставляя огромную пустоту внутри, хотя внешняя оболочка может оставаться более-менее неизменной. В современных определениях синдром эмоционального выгорания рассматривается как процесс, **механизм психологической защиты**, психологическое состояние, личностная деструкция, психологическое явление. В частности В.В. Бойко, Л.В. Куликов и О.А. Михайлова рассматривают выгорание как постепенно развивающийся во времени стресс, характеризующийся развитием негативных установок по отношению к себе, работе, окружающему миру, психосоматическими нарушениями.	Время -10 мин. Слайд 3 Конспектирование Рассказ лектора

Основные теоретические и методологические положения, сформулированны в трудах таких исследователей как К. Кондо, К Маслач, Е. Махер, Х. Дж. Фрейденбергер. В.В. Бойко, А.Г. Макаровой, В.П. Подвойского, В. Спиридонова, Т. В. Форманюка, М.М. Скугаревской.	Конспектирование Слайд 4
2. Причины эмоционального выгорания Развитие синдрома эмоционального выгорания обусловлено двумя группами причин: внешними (организационными) и внутренними (индивидуальными). Основными внешними детерминантами, приводящими к развитию синдрома эмоционального выгорания, являются: – напряженная психоэмоциональная деятельность; – эмоциональная насыщенность и когнитивная сложность коммуникаций; – увеличивающиеся нагрузки; – повышенная ответственность за исполняемые профессиональные функции и операции К внутренним причинам, обусловливающим эмоциональное выгорание, относят: – склонность к эмоциональной ригидности; – интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) условий профессиональной деятельности; – слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности; – нравственные дефекты и дезориентация личности.	Время 10 мин. Слайд 5 Рассказ лектора+ конспектирование
3.Фазы эмоционального выгорания **По К. Маслач** 1. Эмоциональное истощение – чувство эмоционального опустошения, усталости при избыточной рабочей нагрузке; эмоциональные ресурсы оказываются исчерпанными, и человек не в состоянии адекватно эмоционально реагировать на происходящее; 2. Деперсонализация (тенденция развивать негативное отношение к человеку) – отрицательное, циничное либо безразличное восприятие его, защита от подавляющих эмоциональных состояний путем обращения с ним как с объектом; 3. Редукция профессиональных достижений, проявляющаяся в переживании некомпетентности и не успешности своей деятельности **По В.В. Бойко** Первая фаза – «напряжения» включает в себя симптомы «переживания психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенности собой», «тревоги и депрессии» [6]; Вторая фаза – «резистенции», определяет попытки более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений. Среди признаков (симптомов) резистенции прежде всего стоит выделить «неадекватное	Время 15 мин. Слайд 6 Рассказ лектора+ конспектирование

избирательное эмоциональное реагирование». Симптомы: «эмоционально-нравственная дезориентация» (как логическое продолжение предыдущего), «расширение сферы экономии эмоций» (прежде всего – когда данная форма защиты переносится вне пределов профессиональной деятельности – домой, в общении с друзьями и т.п.), симптом «редукции профессиональных обязанностей», по сути – их упрощение, так или иначе пересекающееся с эмоционально-нравственной дезориентацией; Третья фаза – «истощения» характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности. Здесь отмечаются симптомы «эмоционального дефицита» (преобладание отрицательных эмоций над положительными); «эмоциональной отстраненности» (когда личность почти полностью исключает эмоции из профессиональной деятельности, в других же сферах живя полноценными эмоциями); «личностной отстраненности» (партнер, клиент, пациент и т.п. воспринимается как неодушевленный предмет, объект для манипуляций); «психосоматических и психовегетативных нарушений» (эмоциональная защита уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими системами организма, который таким образом, спасается от разрушительной мощи эмоциональной энергии)	Слайд 7 Рассказ лектора+ конспектирование студентами
Психологическая разминка. Выполнение теста. Диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой) (прил. 24-А) Беседа о том, что в тесте рассмотрены некоторые симптомы СЭВ.	Время 20 мин. Психологическая гимнастика Обсуждение результатов теста
5.**Симптомы эмоционально выгорания** ✓ **физические** (усталость, утомляемость, бессонница, головокружение, расстройство пищеварения и др.); ✓ **эмоциональные** (пессимизм, цинизм, чёрствость, безразличие, агрессия, раздражительность, тревога, чувство вины и др.); ✓ **поведенческие** (желание отдохнуть; безразличие к еде; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств и т.д.); ✓ **интеллектуальное состояние** (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам и т.п.); ✓ **социальные симптомы** (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома).	Время 20 мин. Слайд 8 Конспектирование
Заключение Рекомендации по профилактике СЭВ	Слайд 9 Время 5 мин.
Домашнее задание. 1.Подобрать материалы по преодолению и профилактике синдрома эмоционального выгорания. Оформить в виде памятки. 2.Подобрать игры и упражнения, направление на снижение профессионального стресса и СЭВ. 3.Подобрать методики и тесты для диагностики СЭВ.	Слайд 10 Время 5 мин.

Контрольный тест

1. Дайте определение понятию «синдром эмоционального выгорания».
2. Почему СЭВ относится к механизмам психологической защиты личности?
3. Назовите отечественных и зарубежных исследователей, занимающихся проблемой синдрома эмоционального выгорания.
4. Кто первый ввел понятие «эмоциональное сгорание»?
5. Какие внешние детерминанты способствуют формированию СЭВ?
6. Какие внутренние детерминанты способствуют формированию СЭВ?
7. Фазы СЭВ: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений ввел:

   А) В.В. Бойко

   Б) К. Маслач

   В) С.В. Умняшкина
8. Назовите основные фазы эмоционального выгорания по В.В. Бойко

   А) предупреждающая фаза

   Б) напряжение

   В) деперсонализация

   Г) резистенция

   Д) фаза деструктивного поведения

   Е) истощение
9. Назовите основные группы симптомов СЭВ.

Практическое занятие «Профилактика синдрома эмоционального выгорания»

Цель: занятие направлено на формирование навыков саморегуляции, управления собственным психоэмоциональным состоянием, а также навыков позитивного самовосприятия. Все развиваемые на данном занятии навыки необходимы в профессиональной деятельности, как медицинских работников, так и людей, работающих в сфере помогающих профессий.

Задачи:

Обучающие:

- Овладение базовыми теоретическими знаниями, касающимися профилактики синдрома эмоционального выгорания.
- Овладение умениями и навыками преодоления деструктивного стресса.

Развивающие:

- Формирование и развитие стрессоустойчивости как многопланового интегрального качества личности.
- Снижение невротизации психической, эмоциональной сферы.

Воспитательные:

- Формирование мотивации к сохранению психологического здоровья
- Осознание причин в возникновении и развитии психологического стресса.

Литература, рекомендуемая для преподавателя

1) Вебер, В.Р. Синдром эмоционального выгорания у практикующих врачей разных специальностей / В.Р. Вебер, М.П. Рубанова., И.А. Сухенко // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. Всероссийский журнал врача общей практики. – № 4 (38). – 2006. - С. 69 – 70.

2) Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.

3) Кондратенко, О.А. Возникновение, развитие и профилактика профессионального стресса у медицинских сестер г. Тюмени / О.А. Кондратенко, С.В. Лапик // Главная медицинская сестра . – 2007. – №9. – С. 102–110.

4) Матвейчик, Т. В.Управление сестринской деятельностью /Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2021. – 248 с.

5) Матвейчик, Т. В.Организация сестринского дела: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск: Вышейшая школа, 2006. – 301 с.

6) Овсянникова, Т.Ю. К вопросу о предотвращении синдрома эмоционального выгорания на ранних этапах профессионального становления / Т. Ю. Овсянникова, Г. А. Красильникова // Проблемы межкультурной коммуникации: история и современность : сб. ст. науч.-практ. конф. – Астрахань: Южно-Рос. гуманитар. Ин-т, Астрах. фил., 2006. – Вып. 8. – С. 108–111.

7) Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, профилактика и терапия / М.М. Скугаревская // Белорусский медицинский журнал. – 2003. – № 1. – С. 82–86.

Литература, рекомендуемая для медицинских сестер

1. Вартапетян, В.Л. Проблема профилактики «эмоционального выгорания» у среднего медицинского персонала ЛПУ / В.Л. Вартапетян, А.С. Ситникова // Главная медицинская сестра . – 2007. – №5. – С. 75–80.

2. Винокур, В. Профессиональный стресс губит врача / В. Винокур, М. Розанова // Медицина Санкт–Петербурга. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 1997. – № 11. – С. 28.

3. Евдокимов, В.И. Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Вестник психотерапии. Научно–практический журнал. – 2009. – №30 (35). – С. 106–111.

4. Подсадный, С.А. Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике): сборник научных статей / Курский государственный университет, Санкт–Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова; [под редакцией С. А. Подсадного, В. В. Лукьянова]. – Курск : Издательство КГУ, 2007. – 169 с.
5. Постнов, В.В., Профилактика синдрома эмоционального сгорания у врачей психиатров–наркологов. Пособие для врачей / В.В. Постнов, В.А. Дереча, В.В. Карпец, – М., Оренбург. 2003. – 128 с.
6. Робертс, Г.А. Профилактика выгорания / Г.А. Робертс // Обзор современной психиатрии. – 1998.– №1.– с. 39–46.
7. Скугаревская, М. М. Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания: Инструкция по применению / М–во здравоохранения Беларуси; М.М. Скугаревская. – Мн., 2003. – 11 с.

План практического занятия

1.Введение, работа с ожиданиями, выработка правил группы.
2.Управление стрессом.
3.Упражнения на осознание и принятие своих чувств.
4.Информационный блок.
5.Освоение способов саморегуляции эмоционального состояния.
6.Заключение (рекомендации).
7.Контрольный тест.

Текст практического занятия

Содержание занятия	Примечание
1 блок. Вводный. **Цель:** включение в работу, снятие накопившегося напряжения; сплочение, создание группового доверия и принятия. **Упражнение «Наши ожидания»** **Цель:** выявление ожиданий участников. Корректировка запроса. **Инструкция:** Каждый из нас чего-то ожидает от нового дела. Что Вы ждете от этого тренинга? (Каждый участник записывает свои ожидания в правой колонке на листке). Что Вы готовы вложить в тренинг? (Каждый участник записывает в правой части листа свой вклад в тренинг). Участники по кругу зачитывают свои ожидания от тренинга и вклад. То, что мы с Вами записали, безусловно, может изменяться на протяжении всего тренинга. Возможно, вы получите то, чего не ожидали. Многое также будет зависеть от вашей активности. В конце тренинга у нас с Вами будет возможность проанализировать свои ожидания. **Упражнение «Заключение контракта»** **Цель:** выработка правил группы. Выработка правил группы производится с помощью мозгового штурма, следует записать все выработанные правила на доске или листе ватмана. **Основные правила:** 1) Закон «ноль-ноль» (о пунктуальности). 2) Правило поднятой руки: высказываются по очереди, когда один говорит, остальные молча слушают и, прежде чем взять слово, поднимают руку.	Слайд 1 Время – 30 мин. Вопросно-ответная и игровая формы работы

3) Без оценок: принимаются различные точки зрения, никто друг друга не оценивает, обсуждаем только действия: критика должна быть конструктивной. 4) Конфиденциальность: то, что происходит на занятии, остается между участниками. 5) Активность: чаще всего, те, кто проявляет активность на занятиях приобретают по окончании курса больше, чем те, кто был пассивен на занятиях. И др. правила. **Упражнение «Промежуточная рефлексия»** **Цель:** снятие напряжения. Представьте себя каким-нибудь предметом в зависимости от того настроения, в котором вы находитесь в данный момент. Закрасьте его в любой цвет. Опишите настроение этого предмета. Участники по кругу описывают свои предметы.	
1. Упражнения на осознание и принятие своих чувств **Упражнение «Ассоциации»** **Цель:** выяснить эмоциональное отношение к работе. Какие ассоциации вызывает у Вас слово “работа”	Игровая форма работы
2. Информационный блок Работа со слайдами. **Стресс** – общее напряжение организма, возникающее под воздействием чрезвычайного раздражителя (стрессора). Стресс получил название болезни XX-XXI века. Современная медицина утверждает, что основная причина всех заболеваний – именно стресс. Он чрезвычайно вреден для здоровья, постоянное пребывание в стрессовом состоянии может вызвать такие тяжелые заболевания, как рак, гипертония и различные сердечно – сосудистые заболевания. Чтобы защитить себя от подобных последствий, надо научиться управлять стрессом, расслабляться, снимать напряжение. Необходимо научиться распознавать в себе признаки стресса и его симптомы. И тогда, действуя правильно, можно предупредить возникновение заболевания. **Признаки стресса** Они делятся на три категории: • **физические** (бессонница, боли в груди, в животе, в спине, высокое кровяное давление, диарея, головные боли, головокружение, тики, хроническая усталость, тошнота, частые простуды и т.д.); • **эмоциональные** (излишняя агрессивность, повышенная возбудимость, депрессия, импульсивное поведение, нарушения памяти и концентрации внимания, истерики, ночные кошмары, паника, раздражительность, частая слезливость и т.д.); • **поведенческие** (злоупотребление алкоголем, постоянный поиск у себя различных заболеваний, потеря интереса к своему внешнему облику, привычка кусать и грызть ногти, притопывание ногой или постукивание пальцем, усиленное курение и т.д.). **Последствия стресса** Последствиями стресса могут быть: чувство опустошенности; депрессия; суицид; шизофрения; сексуальные расстройства; неврозы; физические боли и т.д.. **Профессиональные стрессы**	Время – 15 мин. Слайд 2-3 Рассказ педагога, сопровождающийся конспектированием материалов со слайдов

Практически любая служебная ситуация может стать потенциальным источником стресса. Насколько напряжённой она будет и повлечёт за собой серьёзные стрессовые симптомы, зависит от нашего восприятия.

Помимо самих «стрессоопасных» профессий, подразумевающих стрессы изначально, в любой работе бывают стрессовые ситуации. Вот наиболее распространенные из них:

- неорганизованность и как следствие неправильное распределение времени, нехватка его для выполнения каких – то дел, спешка;
- конфликт с начальником или коллегами;
- недостаточная квалификация;
- чувство перегруженности работой, переутомление;
- слишком высокая или слишком низкая ответственность;
- скука и т.д.

Надо помнить, что если мы не в силах максимально приблизить свои ожидания к реально существующему положению вещей, они, как правило, никогда не будут оправдываться. Таким образом, постоянно получая отрицательные эмоции, мы приучаем себя воспринимать всё в негативном свете. Вырабатывается привычка фиксировать негативные чувства. Её последствием является **синдром опустошения** – состояние, когда человек совершенно теряет интерес к своей работе. В результате данного синдрома человек часто испытывает моральное и физическое изнеможение, полное безразличие к работе и отдаляется от сослуживцев. Опустошение – это не стресс, это скорее результат долговременного воздействия стрессовых условий работы. Опустошению особенно подвержены те, кто ежедневно имеет дело с людьми.

«Группу риска» составляют три профессиональные сферы – это здравоохранение, правоохранительные органы и образование.

Опустошение медицинского работника особенно опасно, т.к. отражается непосредственно на детях, на их отношении к школе, к процессу обучения.

Способы борьбы со стрессом

- Релаксация – расслабление организма (аутотренинг). Снятие мышечного напряжения, а затем и психологического (с помощью мелодий для релаксации и т.д.).
- Правильное питание**.** На фоне нервных и физических перегрузок недостаток некоторых жизненно важных пищевых компонентов порой становится той самой причиной, которая усугубляет стрессовое состояние, а в некоторых случаях даже является прямым толчком к его возникновению.
- Разрядка по восточным методикам (методика правильного дыхания, некоторые упражнения йоги, массаж и т.д.).
- Плеск воды и благоухание масел (ванны, бани, контрастный душ, закаливание, ароматерапия – травяные средства для ванн, использование эфирных масел и т.д.).
- Лекарственные настои.
- Окружающая природа как источник положительной и отрицательной энергии (использование биоэнергетики окружающего мира – планет, растений, животных).
- Цветотерапия (цветовая гамма интерьера может не гармонировать с нашим эмоционально-психическим состоянием).

• Переключение на другие виды деятельности (хобби и т.д.)	
3. Освоение способов саморегуляции эмоционального состояния **Информационный блок** **Психическая саморегуляция** – самостоятельное целенаправленное и сознательное изменение субъектом регуляторных механизмов своей психики на основе использования ресурсов бессознательного уровня. Наиболее важное место в технике психической саморегуляции занимают специальные упражнения, с помощью которых психика становится восприимчивой к воздействиям – это упражнения на расслабления мышц, упражнения на дыхание, которые в свою очередь способствуют расслаблению контроля сознания и введения установок в подсознание, различные медитативные упражнения, аутогенная тренировка. **Дыхательная гимнастика** **1. Дыхательные упражнения с успокаивающим эффектом** **Упражнение 1. «Отдых»** **Цель:** успокоение, расслабление Исходное положение – стоя, выпрямиться, поставить ноги на ширину плеч. Вдох. На выдохе наклониться, расслабив шею и плечи так, чтобы голова и руки свободно свисали к полу. Дышать глубоко, следить за своим дыханием. Находиться в таком положении в течение 1–2 минут. Затем медленно выпрямиться. **Упражнение 2. «Передышка»** **Цель:** успокоение, расслабление Обычно, когда мы бываем чем-то расстроены, мы начинаем сдерживать дыхание. Высвобождение дыхания – один из способов расслабления. В течение трех минут дышите медленно, спокойно и глубоко. Можете даже закрыть глаза. Наслаждайтесь этим глубоким неторопливым дыханием, представьте, что все ваши неприятности улетучиваются. **2. Дыхательные упражнения с тонизирующим эффектом** **Упражнение 1. «Мобилизующее дыхание»** **Цель:** регулирование эмоционального состояния при стрессе. Исходное положение – стоя, сидя (спина прямая). Выдохнуть воздух из легких, затем сделать вдох, задержать дыхание на 2 секунды, выдох – такой же продолжительности как вдох. Затем постепенно увеличивайте фазу вдоха. Ниже предложена цифровая запись возможного выполнения данного упражнения. Первой цифрой обозначена продолжительность вдоха, в скобки заключена пауза (задержка дыхания), затем – фаза выдоха: 4 (2) 4, 5 (2) 4; 6 (3) 4; 7 (3) 4; 8 (4) 4; 8 (4) 4, 8 (4) 5; 8 (4) 6; 8 (4) 7; 8 (4) 8; 8 (4) 8; 8 (4) 7; 7 (3) 6; 6 (3) 5; 5 (2) 4. Дыхание регулируется счетом преподавателя, проводящего занятия, еще лучше с помощью метронома, а дома – мысленным счетом самого	Время 15 мин. Слайд 4 Игровая форма организации

занимающегося). Каждый счет приблизительно равен секунде, при ходьбе его удобно приравнивать к скорости шагов. **Упражнение 2. «Замок»** **Цель:** регулирование эмоционального состояния при стрессе. Исходное положение – сидя, корпус выпрямлен, руки на коленях, в положении "замок". Вдох, одновременно руки поднимаются над головой ладонями вперед. Задержка дыхания (2-3 секунды), резкий выдох через рот, руки падают на колени. **Упражнение 3. «Голосовая разрядка»** Сделать выдох, затем медленно глубокий вдох и задержать дыхание. Затем на выдохе выкрикнуть любые слова, пришедшие в голову, а если нет слов – издать резкий звук, например, "Ух!".	
Релаксационные упражнения (техника напряжения и расслабления) **Упражнение 1. «Мышечная энергия»** **Цель:** выработка навыков мышечного контроля Инструкция участникам тренинга: Согните и изо всех сил напрягите указательный палец правой руки. Проверьте, как распределяется мышечная энергия, куда идет напряжение? В соседние пальцы. А еще? В кисть руки. А дальше идет? Идет в локоть, в плечо, в шею. И левая рука почему-то напрягается. Проверьте! Постарайтесь убрать излишнее напряжение. Держите палец напряженным, но освободите шею. Освободите плечо, потом локоть. Нужно, чтобы рука двигалась свободно. А палец – напряжен, как и прежде! Снимите излишки напряжения с большого пальца. С безымянного... А указательный – напряжен по-прежнему! Снимите напряжение. Напрягите левую ногу – как если бы вы вдавливали каблуком гвоздь в пол. Проверьте, как распределена мышечная энергия в теле. Почему напряглась и правая нога? А в спине нет излишков напряжения? Встаньте. Наклонитесь. Напрягите спину, как если бы вам положили на спину ящик с большим грузом. Проверьте напряжение в теле. **Упражнение 2. «Напряжение – расслабление»** **Цель:** выработка навыков мышечного контроля Участникам предлагается встать прямо и сосредоточить внимание на правой руке, напрягая до предела. Через несколько секунд напряжение сбросить, руку расслабить. Проделать аналогичную процедуру поочередно с левой рукой, правой и левой ногами, поясницей, шеей. **Упражнение 3. «Растем»** **Цель:** упражнение позволяют прочувствовать свое тело, осознать степень его напряжения, гармонизируют психофизические функции. Участники находятся в круге. Исходное положение – сидя на корточках, голову нагнуть к коленям, обхватив их руками. Инструкция ведущего: Представьте, что вы маленький росток, только что показавшийся из земли. Вы растете, постепенно распрямляясь, раскрываясь и устремляясь вверх. Я буду помогать вам расти, считая до пяти. Постарайтесь равномерно распределить стадии роста.	Время 15 мин. Слайд 5

Усложняя в будущем упражнение, ведущий может увеличить продолжительность роста до 10-20 стадий. После выполнения упражнения полезно сразу же перейти к упражнению “Потянулись – сломались”. **Упражнение 4. «Потянулись – сломались»** **Цель:** упражнение позволяют прочувствовать свое тело, осознать степень его напряжения, гармонизируют психофизические функции. Исходное положение – стоя, руки и все тело устремлены вверх, пятки от пола не отрывать. Инструкция ведущего: Тянемся, тянемся вверх, выше, выше... Мысленно отрываем пятки от пола, чтобы стать еще выше (реально пятки на полу)... А теперь наши кисти как бы сломались, безвольно повисли. Теперь руки сломались в локтях, в плечах, упали плечи, повисла голова, сломались в талии, подогнулись колени, упали на пол... Лежим расслабленно, безвольно, удобно... Прислушайтесь к себе. Осталось ли где-нибудь напряжение? Сбросили его.	
Медитация **Упражнение 1. Медитативная техника «Радужное настроение»** **Цель:** снятие эмоционального напряжения, умение останавливать поток мыслей. Представь себе, что сейчас чудесный день, и над тобой проплывает серое облачко, на которое ты можешь уложить сейчас все свои горести и заботы. Дай всем твоим заботам просто улететь с ним... Представь себе, что небо над тобой ярко-голубое, что легкие лучи солнца согревают тебя. Ты чувствуешь себя надежно защищенным – так мирно и спокойно вокруг. Мягкое дуновение ветерка коснулось твоей головы, и ты чувствуешь себя легко и счастливо, как маленькое легкое перышко. Ты думаешь, что ты сегодня такой же замечательный, как небо, такой же теплый, как солнце, и такой же нежный, как дуновение ветерка Представь себе, что при вдохе твое тело наполняется золотым светом - от головы до кончиков пальцев ног... А когда ты выдыхаешь, представь себе, что все чувства, которые не нужны тебе сейчас, покидают тебя. Ты вдыхаешь золотой свет, а выдыхаешь неприятные чувства. Ты – как маленькое перышко, которое несет легкий ветер; ты - как луч солнца, падающий на Землю. Дай еще больше расслабиться своему телу, свои плечам и рукам, своим ногам, расслабь свои стопы и ладошки. Представь себе, что ты – как радуга, которая состоит из множества различных цветов. Нет никого на свете, кто думал и чувствовал бы так же, как ты. Это просто замечательно, что ты можешь быть здесь, среди нас... **Упражнение 2. «Концентрация на нейтральном предмете»** **Цель:** снятие эмоционального напряжения, умение останавливать поток мыслей. В течение нескольких минут сконцентрировать свое внимание на каком-нибудь нейтральном предмете. Ниже приведены четыре возможности: Записать 10 наименований предметов, вещей, событий, которые доставляют удовольствие.	Время 15 мин. Игровая форма организации Слайд 6

Медленно сосчитать предметы, никак эмоционально не окрашенные: листья на ветке, буквы на отпечатанной странице и т. д. Потренировать свою память, вспоминая 20 осуществленных вчера действий. В течение двух минут запомнить те качества, которые вам больше всего в себе нравятся, и привести примеры каждого из них. **Рефлексия ощущений:** Удалось ли вам длительно сосредоточить свое внимание на каком-либо объекте? На чем легче удерживать внимание – на предмете или звуке? От чего это зависит? Какие свойства внимания необходимы для концентрации? **Рефлексия** вашего эмоционального состояния.	
Заключительная часть **Рефлексия «Мне сегодня...»** Каждый участник группы должен завершить фразу: “Мне сегодня...”, оправдались ли ваши ожидания? **Подведение итогов занятия.** **Раздача листков с рекомендациями**	

Методы арт-терапии. Материал раскрасок для взрослых. Изобразительное творчество дает возможность легко войти в мир своих ощущений. Это безграничные возможности, разнообразие спектра чувств и ощущений, которые легко можно выразить на листе бумаги (см. раскраска №1-3).



СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

- Определение краткосрочных и долгосрочных целей;
- Использование «тайм-аутов»;
- Овладение умениями и навыками саморегуляции;
- Профессиональное развитие и самосовершенствование;
- Уход от ненужной конкуренции;
- Свободное эмоциональное общение (неформальное);
- Поддержание хорошей физической формы;
- Расчёт и распределение нагрузок;
- Умение переключаться на другие виды работы;
- Проще относиться к конфликтам;
- Не стремиться к первенству и превосходству во всём.

ПОМНИТЕ!

✓ Заботьтесь о своём психическом здоровье, коллеги.

✓ Не доводите уровень психических нагрузок до критических значений.

✓ Не залезайте в "долгосрочный кредит" ваших внутренних резервов и возможностей.

✓ Не забывайте о том, что не только Ваши подопечные и пациенты, но и Вы сами в не меньшей степени нуждаетесь в помощи, заботе и внимании по защите и сбережению Вашего здоровья и психоэмоционального ресурса.

✓ Помните: главный принцип любой помощи заключается в том, что поделиться с другим человеком можно только тем, чем сам располагаешь!

Что такое Синдром эмоционального выгорания?

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) представляет собой: эмоциональное, умственное и физическое истощение, связанное с работой и профессиональными обязанностями. В Международной классификации болезней МКБ-Х СЭВ отнесен к рубрике Z 73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Развитие СЭВ характерно в первую очередь для представителей т.н. высоко социализированных типов профессий, работа которых связана с эмоциональной нагрузкой, ответственностью и неопределенными критериями успеха.

Кто наиболее подвержен СЭВ?

Применительно к сфере медицины выделяют три типа медицинских работников, которым в наибольшей степени угрожает синдром эмоционального выгорания:

1-й - "педантичный", характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе);

2-й - "демонстративный", стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы;

3-й - "эмотивный", состоящий из впечатлительных и

Есть ли у Вас СЭВ?

Выделяют более 100 признаков СЭВ из которых ключевыми являются три признака:

- предельное психо-эмоциональное истощение;
- отстранённость от пациентов и от работы;
- ощущение неэффективности всех своих действий и достижений.

Симптомы, характерные для СЭВ:

✓ **физические** (усталость, утомляемость, бессонница, головокружение, расстройство пищеварения и др.);

✓ **эмоциональные** (пессимизм, цинизм, чёрствость, безразличие, агрессивность, раздражительность, тревога, чувство вины и др.);

✓ **поведенческие** (желание отдохнуть; безразличие к еде; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств и т.д.);

✓ **интеллектуальное состояние** (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам и т.п.);

✓ **социальные симптомы** (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома).

Фазы развития СЭВ

СЭВ развивается согласно определенным фазам:

1. Предупреждающая фаза:

А) чрезмерное участие (активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований);

Б) истощение (чувство усталости, бессонница).

2. Снижение уровня собственного участия:

А) По отношению к сотрудникам, пациентам и т.д. (потеря положительного восприятия коллег, проявления негуманного подхода к людям);

Б) По отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки);

В) По отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, опоздания, уход с работы раньше времени).

3. Эмоциональные реакции:

А) Депрессивное настроение;

Б) Агрессия.

4. Фаза деструктивного поведения:

А) Сфера интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, отсутствие воображения);

Б) Мотивационная сфера (отсутствие собственной инициативы,

чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением.		снижение эффективности деятельности); В) Эмоционально-социальная сфера (безразличие, избегание неформальных контактов, одиночество, отказ от хобби). **5. Психосоматические реакции:** снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, тахикардия, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя, наркотиков. **6. Разочарования:** отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальная отчаяние, безысходность.

Памятка практических советов КАК ИЗБЕЖАТЬ СТРЕССА для медицинских работников

Ежедневно, мы сталкиваемся с большими и маленькими волнениями. Отсутствие транспорта в нужное время, вызов на ковер к начальству, нехватка времени и многие другие, разовые и постоянные причины приводят многих из нас в состояние стресса. Отсюда и постоянные головные боли, нарушение аппетита, бессонница, частая раздражительность без повода. Как же сделать свой организм более «равнодушным» к стрессам и как справится с последствиями уже пережитых встрясок? Предлагаем несколько советов, которые помогут вам нормализовать вашу нервную систему, и относится к любой проблеме спокойно и с улыбкой.

1. Чувствуйте себя в любой ситуации победителем.

Взгляните на мир с радостью, и один этот взгляд потеснит все ваши недуги. Ходите, выпрямив спину и с высоко поднятой головой.

Даже личный врач Наполеона Бонапарта всегда замечал то, что солдаты раненые в бою, при победе, поправлялись легко и быстро. А те, которые при отступлении - долго и с трудом. Отсюда и вывод: раны у победителей заживают быстрее.

2. Смейтесь!

Минута смеха продлевает жизнь на полчаса. Читайте анекдоты, смотрите кинокомедии, встречаясь с друзьями, говорите только о хорошем, вспоминайте веселые случаи из жизни. Смех - лучшее лекарство от головной боли и утомления. Благодаря нему придет в норму ваше пищеварение и сон. Улучшатся обменные процессы, устранится сердцебиение.

3. Старайтесь больше ходить пешком

20-40 минут ежедневных прогулок только положительно повлияют на ваш организм. Ходьба активно противостоит депрессивным состояниям, прогоняет усталость и снимает зрительное утомление.

4. Больше спите

Чтобы не стать жертвой преждевременного старения, продлевайте свой сон до восьми часов в сутки. Как только вы начнете высыпаться, то все ваши отрицательные последствия недосыпа пройдут. Улучшится память, снизиться вероятность заболевания диабетом, сердечнососудистой системы и неврологических расстройств. Не нужно думать о проблемах на ночь. Это очень сильно повлияет на ваш сон. Вспомните народную мудрость – «утро вечера мудренее».

Проснувшись утром, не нужно первым делам топать на кухню, чтобы выпить горячего кофе. Лучше, сладко потянитесь и сделайте маленькую утреннюю зарядку. Эта мышечная радость поможет не только проснуться, но и избавиться от нервного напряжения. Если вам позволяет время, можно даже сделать небольшую пробежку на свежем воздухе.

5. Старайтесь раньше просыпаться

Соответственно, раньше и ложитесь. Встречайте рассвет и проживайте весь световой день от начала до конца. Под воздействием солнечных лучей организм вырабатывает гормон мелатонин. Этот гормон повышает эмоциональный тонус человека и омолаживает.

6. Правильно питайтесь

Ваш «психический иммунитет» повысят все продукты, содержащие йод. Как ни странно, но мороженое великолепно снимает стресс. Шоколад поможет поднять настроение, увеличит давление крови и частоту пульса. Кроме того, в его состав входит особая аминокислота, способствующая пробуждению полового влечения. Любой человек, который не добирает свою норму сладкого, всегда будет находиться в раздраженном и подавленном настроении.

7. Повысить самооценку. Как полюбить себя и повысить самооценку

Вас начнут любить только в том случае, если вы сами себя любите и уважаете. Поэтому для получения успеха и благополучия начните работать над собой и повысьте самооценку. Для начала научитесь принимать себя таким, как вы есть.

Важно установить для себя новую жизненную позицию: «У меня есть что ценить и чем гордиться». Помимо оценки своих достоинств не забудь адекватно осознавать присутствие недостатков, которые являются неотъемлемой частью каждой личности. Стоит также понять то, что благополучие и достаток – не основные характеристики человека. Деньги и положение могут в мгновение ока исчезнуть, а внутренне наполнение и душа останутся всегда. Не забывайте работать над собой и развивать человеческие качества.

Медиа-презентации пособия

Матвейчик Т.В., Солдатенко И.Г.

«Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности»

1. «Этические вызовы XXI века: направление движения в XXI веке».
2. «Медицинские сестры – важнейший ресурс сохранения здоровья нации».
3. «Новые реалии в сестринском деле в Республике Беларусь».
4. «Состояние и структура онкологической службы Республики Беларусь».
5. «Онкоскрининг молочной железы, простаты и прямой кишки».
6. «Гуманитарный проект Италии и Беларуси по скринингу папиллома вируса человека 2016-2017 гг.».
7. «Медицинская помощь и модели сестринского ухода в современных условиях».
8. «О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника».
9. «Клинические аспекты паллиативного ухода».
10. «Правила использования ТТС (на примере дюрогезика)».
11. «Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов».
12. «Способы общения медицинской сестры с пациентами разного типа».
13. «Общение медицинской сестры с родными и близкими умирающего больного».
14. «Аутогомокибернетика для тех, кто мало движется».
15. «Состояние цифровизации в профессиональной деятельности помощников врача и медицинских сестер при оказании медицинской помощи в уходе на дому: особенности»

Примечание. Презентации подготовлены в 2012-2022 гг. по учебным программам повышения квалификации главных (старших) медицинских сестер курса ПК «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО БелМАПО, фрагментарно соответствуют учебной дисциплине «Паллиативная медицина» по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Презентации можно посмотреть следующим образом.
Открыть mail.ru.
Войти в почтовый ящик presentation2024@bk.ru
Пароль входа matveychik2024.
(Если при входе будут запрошены последние четыре цифры телефона, то укажите 4489.
Почтовый ящик привязан к телефону 375296944489).

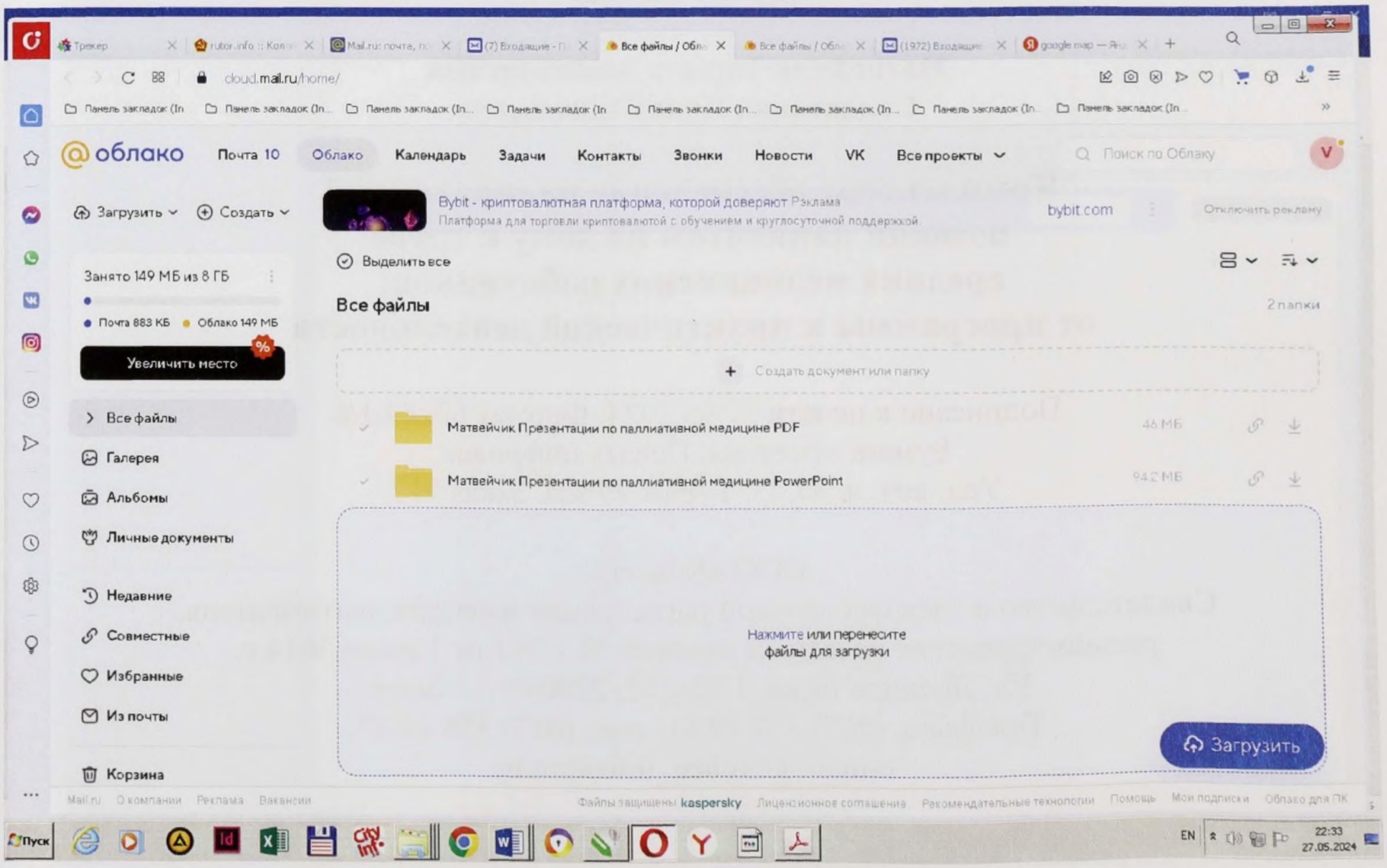
Войдите в *облако* почтового ящика. В облаке презентации представлены в двух форматах:

в формате **PowerPoint**;
в формате **PDF**.

Презентации можно открыть из облака, не скачивая их.

Вход в облако в почтовом ящике обозначен стрелкой на рисунке, который представлен ниже.

15 презентаций расположены в отдельных папках в соответствующих форматах:



Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна
Солдатенко Инна Геннадьевна

Комплексное обеспечение паллиативной помощи пациентам на дому в труде средних медицинских работников: от программы к практической деятельности

Подписано к печати 27.05.2024. Формат 60x84 1/8.
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 37,43. Тираж 99 экз. Заказ 917.

ООО «Ковчег».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/381 от 1 июля 2014 г.
Ул. Леонида Беды, 11/1-205, 220040 г. Минск.
Тел./факс: (017) 379 19 81, тел.: (017) 358 19 27,
e-mail: kovcheg_info@tut.by

Работа представляет новый формат цифрового обучения в медицине, содержит достижения в области онкологии с клиническими аспектами ухода при оказании паллиативной медицинской помощи, универсальные приложения по дисциплине «Паллиативная медицина» по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело», методические материалы школы психологического сопровождения медсестер с особенностями взаимодействия с пациентами, картотеку медиа-презентаций.

Рекомендовано студентам лечебных факультетов медицинских вузов, учащимся колледжей, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинским сестрам общей практики, лицам, повышающим образовательный уровень в медицинской деятельности.

ISMN 978-985-884-283-3
9 789858 842833