

недостатність. Планове хірургічне лікування отримали 8 дітей. Причинами смерті дітей з важкою патологією ЦНС, за даними патологоанатомічних висновків, стали: поліорганна недостатність (7), легенева недостатність (1), порушення крово-, лікворообігу (2), декомпенсована гідроцефалія (2), некроз головного мозку (1), геморагічний інсульт (1). Смерть усіх дітей траплялася в дитячих лікарнях. Подальший аналіз стосувався визначення днів перебування дітей наприкінці життя. Ми не виявили зв'язку між віком дитини на момент летального

випадку та тривалістю останньої її госпіталізації ($r=0,08$; $p<0,05$). Слід зазначити, що кількість госпіталізацій та тривалість перебування дитини на момент летального випадку також не мали взаємозв'язку ($r=0,04$; $p<0,05$).

Згідно з усталеною клінічною практикою, процес умирання дітей раннього віку з невиліковними захворюваннями ЦНС відбувається в умовах дитячих лікарень. Тривалість перебування дитини у ході вмирання в лікарні коливалася від 5 до 59 днів.



Н.О. Чорна

Мистецтво догляду

КЗ «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою Дніпропетровської обласної ради», Україна

Мистецтво догляду можливо порівняти з мистецтвом скульптури або живопису. Але хіба можливо порівняти працю над полотном або каменем з працею по догляду за хворим тілом і душею. Найстрашніша загроза, яка може нависнути над цією працею, – це перетворення мистецтва на ремесло...

Флоренс Найтінгейл

Однією з актуальних соціальних проблем наших днів стали онкологічні захворювання. Кожен третій онкологічний пацієнт помирає у перший рік хвороби, що в 10 раз перевищує цей показник у розвинених країнах. Рівень онкологічної захворюваності стабільно підвищується приблизно на 3% щорічно.

Хворим на злоякісні пухлини у термінальній стадії онкологічного процесу потрібна паліативна допомога, яка спрямована на послаблення болю та інших важких симптомів та стверджує цінність життя і ставлення до смерті як до природної події, не прагнучи її прискорення або відстрочення.

Головною метою паліативної допомоги є підтримка якості життя у фінальній стадії, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності пацієнта – всі ці заходи у повній мірі виконуються молодшими медичними спеціалістами Дніпропетровського регіону. Вони своїми професійними діями сприяють виконанню основних принципів паліативної допомоги:

- полегшення болю та інших симптомів невиліковної хвороби;
- поєднання медичних, соціальних, психологічних та духовних аспектів піклування;
- надання підтримки, яка допомагає вести максимально творче життя;
- піклування про пацієнта та його близьке оточення під час хвороби, після смерті та протягом трауру;
- покращення якості життя пацієнта.

Дуже часто при вивченні якості життя хворих не враховуються соціально-психологічні аспекти якості життя, майже ніде в країні не надається психологічна допомога сім'ям, у яких живуть онкологічні хворі. У таких сім'ях виникає безліч складних проблем, у тому числі медичних, економічних, психологічних, проблем догляду, пов'язаних з важким захворюванням і з труднощами у встановленні контакту з хворим, проблеми придбання спеціального обладнання, соціальні проблеми, пов'язані з формуванням спеціального укладу життя родини.

Концепція соціально-медичної роботи в онкології не є дієвою, про що автор мала змогу пересвідчитись на власному досвіді.

Сімейні лікарі та медсестри самі, за покликом душі, проводять заспокійні бесіди з членами сім'ї онкохворого, а їм у цей час надзвичайно потрібна підтримка, добре, обнадійливе слово.

Пацієнти, не дивлячись на всі зусилля медиків та членів їхніх сімей, відчувають біль та дискомфорт, який пов'язаний з онкозахворюванням. Онкологічні хворі, які страждають від хронічного болю, з кожним прожитим днем стають до нього іще чутливішими і нетерплячішими. Тому дуже важливим моментом лікування онкохворого є вплив на його емоційну сферу, який досягається шляхом застосування як методів психотерапії, так і призначення фармакологічних препаратів, усунення, за можливості, причин, які викликають больовий синдром. До призначення наркотичних препаратів слід звернутися в останню чергу, коли всі інші методи знеболення були вже випробувані, тобто одним з основних правил анальгезуючої терапії є дотримання етапності у призначенні анальгетиків – від слабодіючих до сильнодіючих, від препаратів для внутрішнього вживання до ін'єкційних лікарських форм з поступовим підвищенням разової і добової доз (зі збільшенням інтенсивності болю).

Слухачами Комунального закладу «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою» ДОР» циклу удосконалення «Старші медсестри лікувально-профілактичних установ» під керівництвом адміністрації, викладачів Центру, проведено анкетування середнього медичного персоналу онкологічних відділень м. Дніпропетровська з метою покращення та корекції надання паліативної допомоги в онковідділеннях. Вони вивчали питання стосовно емоційного боку роботи медичного персоналу.

В анкетуванні взяли участь 38 респондентів із числа медичних сестер різного віку (від 21 року до 72 років) та досвіду роботи (від 1 року до 42 років). Їм було запропоновано дати відповіді на наступні питання:

1. Опишіть особливості своєї роботи в онкологічному стаціонарі.
2. Свої хвилювання при наданні медичної допомоги хворим.
3. Ваша реакція при наростанні больового синдрому у хворого.

4. Ваше ставлення до проведення хіміолікування, радіологічного лікування та його результатів.

5. Чи залежить прогноз стосовно життя хворого від ранньої і правильної діагностики?

6. Чи залежить життя хворого від компетентності і професіоналізму обслуговуючого медичного персоналу?

7. Свої відношення до смерті хворого.

8. Відношення до пацієнтів.

9. Робота з родичами хворих та інші.

Роботу в стаціонарі, як надто важку в психологічному і фізичному розумінні, означили 65% опитаних, важку в психологічному відношенні – 89%; звикли до неї і не реагують 8% медичних сестер.

Майже всі респонденти дуже відкрито, щиро описували своє ставлення до смерті хворих, зазначаючи, що до цього неможливо звикнути. Багато медичних сестер переживають її гостро, у когось вона викликає страх, гіркоту втрати, навіть почуття злості, особливо якщо помирає людина молодого віку. Понад 40% медичних сестер після смерті пацієнтів починають «копирсатися у собі», шукати провину, що не змогли надати допомогу. Близько 60% медичних сестер намагаються опанувати себе і ставитися більш спокійно до смерті хворого.

98% респондентів докладають максимум зусиль, щоб допомогти пацієнту зняти як фізичні, так і емоційні страждання, 2% – це ті працівники, які не реагують на муки хворого.

Незалежно від роздратованості хворих, 89% медичних сестер ставляться до них терпимо, з повагою і з розумінням важкості їх стану, а 11% відмічають, що їх не хвилює такий стан хворих.

Стан жалю до родичів хворих відчувають 90% медичних сестер та доброзичливо ставляться до них, проводять з родичами бесіди стосовно догляду і харчування. Чим менший стаж роботи, тим більше жалю і переживань відчувають медичні сестри як до родичів, так і до самих хворих. Зі зростанням стажу ці почуття приглушуються.

100% респондентів сподіваються, що будуть розроблені і проведені заходи з покращення якості надання медсестринської та психологічної допомоги онкохворим та їхнім родичам.

Таким чином, незважаючи на негативні аспекти роботи з онкологічними хворими та їхніми родичами, медсестри беруть активу участь у покращенні якості надання медичних послуг, емоційно реагують на їхній стан і смерть, допомагають професійно організувати догляд за хворими та навчають йому родичів пацієнтів.

