

РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ ВИМОГ

Казаков Ю.М., Трибрат Т.А., Шуть С.В., Чекаліна Н.І.

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Анотація статті: в статті висвітлюється втілення нової програми паліативної та хоспісної допомоги до навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» та розвиток особистості майбутнього фахівця в контексті сучасних вимог.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, сімейний лікар

З нового навчального року на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) втілюється нова програма паліативної та хоспісної допомоги до навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина».

В Україні система паліативної та хоспісної допомоги знаходиться на стадії формування. Сучасне популяційне здоров'я в Україні характеризується значним постарінням населення, зростанням тягаря невиліковних захворювань з тривалим хронічним перебігом серед всіх вікових груп (серцево-судинних, нейропсихічних захворювань, травматичних і дегенеративних уражень головного та спинного мозку, периферичної нервової системи і опорно-рухового апарату, туберкульозу) [1, 2]. Крім того, однією з найнебезпечніших медико-соціальних проблем у країні є злочинні новоутворення, внаслідок яких щороку помирає більш як 90 тис. наших співвітчизників (з них 35% – особи працездатного віку). Указані недуги часто стають причиною розвитку важкого клінічного стану з порушенням елементарних фізичних, психологічних і соціальних функцій, призводять до страждань хворого внаслідок різноманітних, вкрай болючих суб'єктивних розладів і тяжких функціональних порушень.

Паліативна допомога, згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, являє собою напрямок медико-соціальної діяльності, метою якого є поліпшення якості життя хворих та їх сімей, що зіткнулися з

труднощами невиліковного захворювання, шляхом запобігання страждання й рятування від нього завдяки ранній діагностиці, ретельній оцінці та лікуванню, позбавленню від болю та інших проблем, фізичних, психосоціальних і духовних [6]. Сучасна паліативна допомога складалася протягом другої половини ХХ століття і була пов'язана насамперед з хоспісної допомогою онкологічним хворим. На сьогоднішній день до напрямів паліативної допомоги входить купірування фізичних симптомів, психологічна, соціальна та духовна підтримка хворого; підтримка персоналу, який надає допомогу; підтримка сім'ї пацієнта, а також підтримка у період тяжкої втрати [7].

В основі паліативної допомоги лежить міждисциплінарний підхід, в процес надання допомоги залучаються і сам пацієнт, його рідні та громадськість. Паліативна допомога стверджує життя і ставлення до смерті як до природного процесу; не має намірів ні відстрочити, ні наблизити настання смерті. Іншими словами, паліативна допомога - це не тільки медична послуга, що надається невиліковному хворому пацієнту, а цілий комплекс заходів, спрямованих на пацієнта і його найближче оточення і покликаних сприяти досягненню можливо найкращої якості життя пацієнта і його близьких.

Ефективні методи позбавлення від болю існують вже більше 30 років, є широкий вибір препаратів, призначених для полегшення болю при онкологічних та інших захворюваннях. Епідеміологічні спостереження показують, що при дотриманні клінічних рекомендацій з контролю больового синдрому вдається домогтися адекватного зниження больових відчуттів у 70-97% онкологічних хворих у деяких стадіях пухлинного процесу. Знання та рекомендації медичних працівників відносно больового синдрому можна удосконалювати шляхом навчання, однак досліджень, присвячених питанню використання отриманих навичок в практиці, проведено недостатньо. Найбільше вивчені короткострокові заходи, коли, наприклад, медичні сестри пропонують хворим вести щоденник своїх больових проявів, а лікарі застосовують тактику, безпосередньо спрямовану на щоденну оцінку рівня больового синдрому з відповідною корекцією дозування препаратів (4). На

відміну від онкологічних хворих, питанню стандартизованої оцінки болю у невиліковних хворих із захворюваннями різних систем приділяється відносно менше уваги.

Студентів треба навчити навичкам спілкування з невиліковними хворими. Довірче спілкування лікаря і пацієнта надає позитивний ефект на цілий ряд показників, найбільш часто включаючи поліпшення психологічного стану, більш ефективний контроль больового синдрому, поліпшення показників артеріального тиску і вмісту цукру в крові (4). Здатність медичних працівників підтримувати ефективне спілкування з близькими пацієнта і залучати їх до процесу прийняття рішень, постійно виступає в якості важливої передумови позитивної оцінки родичами якості надання допомоги хворому в термінальному періоді .

Психологічно вірним буде знайти час і спеціальне місце для бесіди з хворим про настільки життєво важливих для нього проблемах. Це спеціальний час визначатиметься не вами, а пацієнтом, так як ви повинні будете разом з ним переживати сліdstва негативної інформації. Місце необхідно знайти там, де ніхто не міг би вам перешкодити. Якщо ми вимагаємо тиші в театрі, то, розуміючи значимість не тільки кожного слова, але і тону у вашій бесіді, необхідно створити для неї ідеальні умови. Йдеться про життя і дрібницями не можна нехтувати, бо можна випадковим, непродуманим рухом психологічно вбити його.

Вступаючи в діалог, потрібно в першу чергу дати сольну активну позицію, а самому зайняти місце слухача. Іноді пацієнту необхідно «виплеснутися», але завжди потрібно пам'ятати, що він уважно спостерігає за вашою реакцією. І навіть якщо ви не вимовили ні слова, це може бути витлумачено як підтвердження позиції пацієнта.

Питань можна задати досить багато, але з відповідей ви повинні зрозуміти мотив пацієнта, дізнатися правду. Якщо пацієнт висловлюється в оптимістичному дусі, ви не станете переконувати його. Можна погодитися з його точкою зору, чи не підтверджуючи її. Наприклад: «Можливо, ваша думка

має підставу. Хто як не ви здатні оцінювати свої сили ». В цьому випадку ви не вдаєтеся до обману, ви лише погоджуєтеся з можливістю існування певної точки зору хворого. І надалі він не зможе звинуватити вас в обмані. Довіра до вас не похитнеться, так як «свої карти ви залишили при собі».

Якщо ж ви бачите, що пацієнт дійсно чекає правдивої інформації, він же сам і скаже про свій діагноз і очікуваному прогнозі. При цьому ваша задача проконтролювати, що пацієнт розуміє під словами рак, пухлина, злоякісні новоутворення, метастази .

Важливим моментом в інформуванні хворого є не давати всю істину відразу. Розтягування в часі, з відкриттям правди по частинах, допомагає пацієнту дозріти до повноти істини. Знову ж чуйний зв'язок з хворим дозволить вам зауважити, коли для нього достатньо інформації. Наступний раз бесіда буде ще більш відвертою і наближеною до істини. Часом, коли пацієнт перебуває в повному невіданні, починати треба з поняття новоутворення, наступного разу з'являється поняття пухлини, потім злоякісної пухлини і, нарешті, рак, метастази .

Слід сказати, що інформація про хворобу і прогноз часто не обговорюється з хворими. Ми вже говоримо про здатність людини прочитати інформацію через ситуацію, а не шляхом слів. Значну роль відіграє і так звана мова тіла, яким користуються співробітники. Специфіка підвищеної уваги і готовності відгукнутися на будь-яке прохання приводять хворих в подив. Поганий стереотип звичайних медичних установ, де пацієнт заляканий і змушений про все просити, якщо не сказати випрошувати увагу персоналу, за контрастом з хоспісної службою так яскраво свідчить про особливий підхід. І нерідко пацієнти самі здогадуються про те, чим викликане це милосердя, що за люди їм служать і що за специфіка установи, в яке вони поміщені.

Психологічний момент, що в присутності кого-небудь, особливо лікаря, медсестри, рідних, біль і страждання переносяться легше, працює неухильно.

Хочеться підкреслити, що істинно гуманні відносини з хворим якраз і вимагають, щоб не залишати його одного.

Під час занять зі студентами проводиться ділова гра для відпрацювання ситуацій, які можуть виникнути при спілкуванні з невиліковними хворими, здатність вибирати рішення, знаходити вихід зі складної ситуації, що може допомогти в майбутньому більш зрозуміло пояснити пацієнту суть проведеного лікування, відповісти на його питання, що непокоять і в кінцевому рахунку підвищити ступінь наданої допомоги (5, 6). Також студенти разом з сімейним лікарем відвідують активні виклики до даної категорії хворих, адже, хто як не сімейний лікар, спостерігає за цими хворими, саме йому дано право здійснювати спостереження за пацієнтом на всіх етапах надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Список літератури

1. Боднар Г. В. Паліативна медична допомога / Г.В. Боднар, І.С. Вітенко, О.Ю. Попович// Донецьк: Донеччина – 2004. – 80 с.
2. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва та ін.// Вінниця : Нова Книга – 2011. – 559 с.
3. Про організацію паліативної допомоги [Електронний ресурс] / Наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. №41. // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>.
4. Allard P et al. Educational inter-ventions to improve cancer pain control: a systematic review. Journal of Palliative Medicine, 4:191-203.
5. Gysels M, Higginson IJ, eds. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. Research evidence. Manual. London, National Institute for Clinical Excellence, 2002 (www.nice.org.uk, accessed 23 July 2003).
6. Lewin SA et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). The Cochrane Library, No. 2 (http://www.updatesoftware.com/abstracts/ab00326 htm, accessed 23 July 2003).
7. Gysels M, Higginson IJ, eds. Service configuration guidance on supportive and palliative care for those affected by cancer. Research evidence. Manual. London,

National Institute for Clinical Excellence, 2003 (www.nice.org.uk, accessed 23 July 2003).