**Задачи медицинской сестры в процессе оказания паллиативной помощи**

Эффективность паллиативной помощи во многом зависит от успешности решения медицинской сестрой основных задач, связанных с общим уходом, контролем симптомов и синдромов заболеваний, психологической, физической, медико-социальной поддержкой пациента и семьи, обучением их навыкам (приемам) само- и взаимопомощи. Этого можно достичь при условии понимания, выявления и удовлетворения наиболее существенных потребностей больного и решения его проблем.

Основные задачи, стоящие перед медицинской сестрой:

• облегчение боли и смягчение других тягостных проявлений (симптомов) заболевания;

• психологическая, физическая и духовная поддержка пациента;

• поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти;

• создание в семье системы поддержки больного во время его болезни и после его кончины;

• обеспечение безопасности пациента и его жилища;

• создание у пациента ощущения принадлежности семье — больной не должен чувствовать себя обузой;

• проявление любви, внимания к пациенту и общение с ним;

• понимание, связанное с объяснением развития симптомов и течения болезни, создание пациенту возможности поговорить о процессе умирания;

• принятие больного в обществе других людей, независимо от его настроения, степени общительности и внешнего вида;

• поддержание самооценки больного на определенном уровне, в том числе привлечение пациента к принятию решений (особенно при возрастании степени его физической зависимости от окружающих, когда надо искать для больного возможности не только получать, но и давать).

Если все, кто работает с больным, не отнесутся серьезно и ответственно к этим нуждам пациента, адекватное облегчение неблагоприятных проявлений болезни может оказаться весьма проблематичным или совершенно невозможным.

Основные причины возникновения разнообразных потребностей и проблем пациента:

• тяжесть состояния и ужас от диагноза неизлечимого заболевания, в том числе «рака», который для большинства людей равнозначен смертному приговору без указания срока его выполнения;

• бытующее мнение о «заразности» онкологических заболеваний;

• неуверенность в своем будущем;

• недостаток знаний и информации о заболевании;

• наличие физических проблем, таких как постоянные боли, тошнота, рвота, одышка, сердцебиения, отеки, кашель, резкая общая слабость, язвы различной локализации, снижение или отсутствие аппетита и др.;

• стресс, обусловленный пребыванием в стационаре, смертью соседа по палате, особенно со сходным заболеванием;

• отсутствие родственников и друзей;

• финансовые затруднения;

• неблагоприятные жилищно-бытовые условия.

При оказании паллиативной помощи медицинская сестра должна придерживаться следующих положений:

• Эффективное устранение или уменьшение выраженности тягостных симптомов заболевания требует согласованной и постоянной работы бригады врачей и медицинских сестер. Необходимо, чтобы одна бригада специалистов направляла, консультировала и координировала проведение паллиативной помощи на всех ее этапах. Многочисленные посещения различных специалистов в различных лечебно-профилактических учреждениях не способствуют эффективной паллиативной помощи. Больному и его семье должно быть хорошо известно, к кому они могут обратиться в экстренном случае.

Оценка симптомов должна предшествовать лечению. Учитывая, что проявления заболевания у больных в терминальной стадии отличаются большим разнообразием, детальная оценка состояния больного и имеющихся у него симптомов должна предшествовать разработке плана паллиативной помощи и его осуществлению. Так как проявление заболевания, конкретный симптом могут вызываться несколькими причинными факторами, необходимо определить, какие из причин поддаются устранению, и затем устранить их. Это позволяет, несмотря на то что прогрессирование злокачественного процесса не остановлено, достичь значительного облегчения страдания.

Поскольку симптомы основного заболевания могут быть связаны и с другими причинами (лечением, сопутствующими заболеваниями, осложнениями и др.), варианты паллиативной помощи могут изменяться.

В начале лечения врач и медицинская сестра должны объяснить больному причины появления каждого симптома. Знание этих причин больным, как свидетельствует практика, ослабляет отрицательное психологическое воздействие пугающих его симптомов. Если этого не будет сделано, больной будет продолжать считать, что тяжесть состояния от него скрывают. Такое представление усиливает тревогу и беспокойство больных, потому что им кажется, что даже медицинские работники не знают, что происходит, и не могут помочь.

Необходимо обсуждать с больным выбор лечения и план сестринских мероприятий, привлекать больного к поиску ответа на вопрос о приоритетности решения имеющихся у него проблем и определению того, что должно быть сделано в первую очередь. Необходимо обсуждать определенные, связанные с проведением паллиативного лечения вопросы, которые, будучи проигнорированы и не обсуждены, наносят удар по самолюбию больного. Пациента травмирует пренебрежительное отношение со стороны персонала. «Контакт с близкими родственниками больного дает возможность заручиться их поддержкой и улучшить планирование борьбы с симптомами. Это особенно важно, когда больной находится дома. Привлекая родственников к оказанию помощи, необходимо учитывать наличие согласия на это больного и то, что они не должны играть ведущую роль при принятии решений. Всегда, когда возможно, желания пациента должны быть приоритетными» (ВОЗ, 1987).

• Лечение с целью облегчения боли и других тягостных симптомов не должно ограничиваться только приемом лекарств. Например, рвота и тошнота могут провоцироваться запахами экскрементов, пищи, дезинфицирующих средств, дезодорантов и др. Устранение запахов, своевременная уборка помещения и пищи со стола могут уменьшить выраженность проявлений мучительных симптомов.

• Медикаментозное воздействие на постоянно появляющиеся, усиливающиеся симптомы должно проводиться на основе их предупреждения, а не только при их появлении. Соблюдение этого принципа особенно важно при применении обезболивания. Введение лекарств «по потребности», а не регулярно на профилактической основе позволит облегчить страдания больного.

• Лечение должно проводиться как можно проще. Всякий раз, когда рассматривается вероятность применения дополнительных лекарственных средств, нужно ответить на четыре вопроса:

- Какова цель лечения и как можно следить за его ходом и результатами?

- Насколько велик риск возникновения побочных эффектов и нежелательного взаимодействия лекарств?

- Возможно ли прекратить прием больным одного препарата или большего количества медикаментозных средств, которые он уже принимает?

- Возможно ли заменить одним лекарством два медикамента из тех, что пациент уже принимает или тех, которые будут ему прописаны?

• Лечащий персонал должен советоваться с коллегами в трудных ситуациях. Это особенно важно, если персонал не имеет достаточного опыта ведения пациентов в терминальной стадии заболевания (рака) или никогда не встречался с конкретным симптомом. Многие пациенты страдают от тошноты, рвоты, запоров потому, что ни они сами, ни их близкие не были обучены приемам устранения этих симптомов. С другой стороны, иногда возможно лишь минимальное облегчение: в этом случае главная цель работы персонала заключается в изменении образа жизни больного.

• Ни пациент, ни лечащий персонал не должны терять надежду. Надежда — это ожидание лучшего, даже тогда, когда не видно ни малейшего приближения к цели. Особенность паллиативной помощи заключается в том, что она дает больному надежду на избавление от боли, мучительных проявлений болезни, на спокойную смерть. Больной, его близкие должны быть убеждены не только словами, но и реальными действиями медицинского персонала в том, что будет сделано все возможное. Планомерные, согласованные с больным действия медицинского персонала дают лучшие результаты, чем попытки добиться результата сразу.

• Необходим постоянный контроль выполнения плана паллиативной помощи. Больному и родственникам следует дать конкретные, понятные рекомендации. Если сказать больному, что он может принимать лекарства в таких количествах и так часто, как хочет, это, возможно, вызовет у него беспокойство, снизит эффективность устранения симптомов, приведет к появлению нежелательных эффектов. Больной и его семья должны знать названия лекарств, показания для их использования, возможные побочные явления, время приема и дозы. Больной и члены его семьи должны понимать и строго выполнять после обучения медицинской сестрой рекомендации по уходу.

• Нежелательные эффекты, особенно при проведении лекарственной терапии, сохранение тяжелых симптомов, хотя было обещано их устранение или уменьшение выраженности, могут подорвать доверие больного и его семьи к персоналу. Возможность появления нежелательных эффектов требует постоянного контроля оказываемой паллиативной помощи. Эффект проводимого лечения и выполнения плана сестринской помощи должен регулярно оцениваться. Особенно это важно при оценке контроля боли.

Наступает такой момент, когда больной понимает неизбежность смерти, если он не знал об этом ранее. Именно в это время поддержка и дружеское участие приобретают огромное значение. Постоянное внимание к пациенту должно демонстрировать, что медики нс оставят его несмотря ни на что; это поддержит больного и его семью.

Принципы оказания паллиативной помощи:

• Оценка состояния и определение приоритетной проблемы должны предшествовать проведению мероприятий помощи.

• Надо объяснять механизмы развития и проявления симптомов понятными больному словами.

• Помощь должна быть индивидуальной.

• Не следует ограничивать помощь только проведением медикаментозного лечения.

• Профилактику развития стойких, мучительных симптомов следует проводить, используя медикаменты.

• Осуществлять помощь целесообразно настолько просто, насколько это возможно.

• Никогда нельзя говорить себе и тем более больному и его родственникам: «Я испробовал все!», «Бесполезно здесь что-либо делать», «Я не знаю, что я могу сделать, и никто не знает этого».

Факторы, учитываемые при определении базового статуса пациента как основы для составления плана сестринской помощи и динамической оценки состояния больного:

• возможность адекватного газообмена;

• аппетит, возможность принимать достаточное количество жидкости, структура пищевых пристрастий;

• функционирование выделительных систем, необходимость коррекции;

• возможность активно двигаться применительно к минимальному уровню самообслуживания, привычному семейному и социальному уровню активности;

• качество и причины нарушений сна;

• реальная структура самообслуживания;

• эффективность системы терморегуляции, возможность корректировки дефекта;

• привычный уровень гигиены, возможность его поддерживать, забота о внешнем виде;

• ощущение безопасности в бытовом, социальном, медицинском планах;

• существующий уровень коммуникаций, формы и механизмы общения;

• отношение к религии (конфессия, личностная значимость, духовный наставник);

• профессиональная деятельность (степень значимости и реализованности, возможность и желание продолжать работать);

• хобби, увлечения, пристрастия;

• степень информированности, желание получать информацию или отказ от нее.

В законопроекте «Билль о правах умирающею человека» (США, 1975) представлено право больного получать честные ответы на свои вопросы и не быть обманутым. Приводим ею содержание.

• Я имею право получать лечение, пока не умру.

• Я имею право сохранять оптимизм или отказаться от нею.

• Я имею право на заботу людей, которые могут помочь мне в поддержании надежды, и признаю их право на ее утрату.

• Я имею право выражать свои чувства и эмоции по поводу приближения смерти так, как я хочу.

• Я имею право участвовать в принятии решений, касающихся ухода за мной.

• Я имею право на то, чтобы за мной ухаживали заботливые, сочувствующие, знающие люди, которые приложат вес усилия к тому, чтобы понять мои нужды и которые будут удовлетворены тем, что помогут мне встретить смерть лицом к лицу.

• Я имею право на врачебное и сестринское понимание даже тогда, когда излечение перестает быть конечной целью и уступает место облегчению моих страданий.

• Я имею право не умирать в одиночестве.

• Я имею право не испытывать боли.

• Я имею право получать честные ответы на мои вопросы.

• Я имею право не быть обманутым даже «во благо» мое.

• Я имею право получать помощь от моей семьи и для нее в принятии моей смерти.

• Я имею право умереть в мире и с чувством собственного достоинства.

• Я имею право сохранять свою индивидуальность и не быть судимым за мои решения, даже если они противоречат ожиданиям других.

• Я имею право открыто обсуждать и расширять свой религиозный и (или) духовный опыт, как бы к этому ни относились окружающие.

• Я имею право на уважение к моему телу и после моей смерти.

Права пациента должны соблюдаться всем персоналом, участвующим в оказании медицинской помощи в терминальной стадии онкологических заболеваний. Необходимо помнить, что сообщить диагноз больному и его родственникам может только врач. Медицинская сестра должна быть обязательно проинформирована врачом о том, кому и когда сообщен диагноз. Отсутствие у персонала опыта и навыков общения с такими больными может создавать психологические проблемы. Для того чтобы преодолеть трудности во время сообщения диагноза неизлечимому больному, необходимо выполнять следующие рекомендации:

• проводить процедуру коллегиально, что позволяет этически, юридически и физически защитить персонал;

• в момент сообщения диагноза предусмотреть присутствие как минимум двоих профессионалов: «интеллектуала» и «эмоционала» — лидеров в решении проблем и потребностей больного;

• предложить пациенту фармакологическую защиту в первые трос суток;

• сразу же непосредственно определить круг лиц, посвященных в проблему, предполагая их участие в паллиативной помощи;

• предоставлять пациенту (родственникам) возможность осуществлять круглосуточную связь с куратором в течение первых трех суток в связи с возможностью развития острых психических реакций.

Профессор Андрей Владимирович Гнездилов — организатор первого в России хосписа, открытого в Санкт-Петербурге в 1990 г., — описал своеобразный синдром аутоизоляции онкологических больных. Они становятся замкнутыми, погружаются в свои ощущения, нарушаются их контакты с членами семьи, друзьями, утрачивается интерес к жизни, доминирует чувство одиночества. Эти проявления нарастают по мере прогрессирования заболевания, усиливаются страх и тревога, часто возникают мысли о самоубийстве.

В финальных стадиях онкологического процесса пациенты чрезвычайно чувствительны к любой фальши в отношениях и крайне негативно воспринимают признаки неискренности со стороны как родственников, так и персонала. Медицинские сестры чаще, чем врачи, общаются с больными, видят их страдания, слушают их жалобы, высказывания, откровения, сомнения, ощущают их потребность в сочувствии. Чем лучше они поймут больного, узнают его желания, тем полнее могут определить и решить его проблемы.

Принципы отношения к человеку в этот тяжелый период оставшейся ему жизни можно определить словами основательницы современного хосписного движения Сесилии Сондерс: «Твоя жизнь имеет значение, потому что ты — это ты. И твоя жизнь будет иметь значение до последнего мгновения. Мы сделаем все, что в наших силах, не только для того, чтобы ты умер с миром, но и чтобы ты жил, а не существовал, до самого конца».

Для привлечения семьи к оказанию паллиативной помощи медицинская сестра должна собрать и оценить информацию о семье. При этом должны быть учтены следующие аспекты.

• Структура семьи, ее количественный и качественный состав.

• Модель взаимоотношений:

- партнерская;

- зависимая (направление зависимости);

- рациональная;

- независимая.

• Модус взаимоотношений:

- интеллектуальный;

- чувственный.

• Владение навыками ухода, наличие желания и возможности обучаться, спектр манипуляций, которые можно осуществлять.

• Наличие в семье других членов, требующих внимания и заботы (дети, старики, хронические больные, инвалиды).

• График занятости членов семьи, возможность его корректировки.

• Наличие опыта (как позитивного, так и негативного) участия в процессе оказания паллиативной помощи.

• Семейные обязанности больного, возможность их перераспределения между другими членами семьи.

• Финансовые возможности семьи, структура распределения дохода, возможность перераспределения, при необходимости, финансовых потоков с учетом возможных дополнительных трат.

• Определение факторов, способных стать помехой в оказании паллиативной помощи: структурных (большое количество обязанностей, подсобное хозяйство, большая занятость на работе); личностных (внутрисемейные конфликты, личностный антагонизм); поведенческих (пьянство, наркотическая зависимость членов семьи, асоциальность). Оценка данных препятствий, определение возможности коррекции.

• Список близких людей вне семьи, которые могут быть привлечены к решению задач паллиативной помощи.

• Определение лидера.

• Предварительное распределение ролей и задач.