

Лекция 2. Пациентоориентированный сестринский уход

2.1. О понятии «пациентоориентированность»

Много лет назад в одной из московских больниц на утренней пятиминутке возник конфликт — дежурный врач терапевтического отделения поспорил с заведующим кабинетом ЭКГ. Дело в том, что при имеющемся в то время дефиците аппаратов ЭКГ, по распоряжению заведующего кабинетом, в экстренных ситуациях ЭКГ больным снимали в ЭКГ-кабинете. Иначе говоря, не ЭКГ-аппарат везли к больному, а больного через всю больницу — к аппарату. Главный врач поддержал дежурного терапевта, а через несколько дней в зале, где проводили утренние пятиминутки, появился плакат: «Больница для пациента, а не пациент для больницы». Это была одна из формулировок концепции пациентоориентированного здравоохранения.

Итак, почему здравоохранению понадобилась это дополнительное определение — «пациентоориентированное»? Дело в том, что за последние полвека медицина превратилась в эффективный сектор экономической деятельности человека, в основе которого — современные медицинские технологии. В этой ситуации пациент стал рассматриваться как некий объект, который проходит стандартный цикл обработки, где на каждом этапе выполняется та или иная технологическая операция. Все чаще эти операции выполняются внелично, когда участники — пациент и медицинский работник — даже не вступают в человеческий контакт, между ними не возникает межличностных отношений, они не смотрят друг другу в глаза, не называют друг друга по имени. Можно сказать, что взаимодействуют два неодушевленных объекта. Для обозначения этого явления используют слово — «дегуманизация». В данном случае речь идет о дегуманизации медицины.

Однако люди есть люди, и они нуждаются в человеческом общении, особенно в трудную минуту болезни и горя. И постепенно стала копиться неудовлетворенность происходящим в медицине, которая сказалась на снижении удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Многочисленные опросы пациентов в разных странах мира — тому подтверждение.

Ответом на негативные процессы, связанные с дегуманизацией медицины, стала идея пациентоориентированности. Этот термин был впервые упомянут Энид Балинт в 1969 году. Она описала пациентоориентированность как способ понимания пациента как уникального человеческого существа.

Далее, будучи выпущенной в свободное плавание, идея пациентоориентированности, в зависимости от того, кто ее обдумывал, уточнялась и обрала подробностями. На эту тему была написана масса трудов. В 2000 году была сделана попытка подвести итог и сформулировать более или менее цельную концепцию пациентоориентированности, признав ее важной основой современной медицины.

В основе этой концепции находится отношение к пациенту как к личности и выстраивание с ним человеческих отношений. В рамках пациентоориентированной медицины для успешного лечения пациента и ухода за ним необходимо учитывать не только биологические процессы, происходящие в его организме, но и его психологическое состояние, социальные связи и т.п., т.е. все то, что определяет его как личность, в целом. Отношение к пациенту как личности учитывает также особенности его переживаний в связи с болезнью, когда он нуждается в поддержке, сочувствии и сострадании. Их игнорирование снижает успех лечения. Так, доказано, что боли в нижней части спины во многом зависят от способности человека сопротивляться болезненным ощущениям, сохранять подвижность, стремиться вернуться к прежнему образу жизни. Больной, потерявший работу или находящийся в состоянии депрессии, может опустить руки и не сопротивляться болезни, что обусловит ее длительное течение. А сложный перелом костей нижней конечности будет неодинаково переживаться двумя разными пациентами: для офисного работника он является просто неприятностью, а для спортсмена — крушением карьеры. Увидеть все эти различия и найти ключ к каждому пациенту — это и значит применить принципы пациентоориентированности в практическом здравоохранении.

2.2. Пациентоориентированный подход к сестринскому уходу

Пациентоориентированность в сестринском уходе проявляется в:

- уважении к личности пациента,
- сострадании, когда он страдает,
- заботе, если пациент находится в уязвимом положении.

Рассмотрим подробнее каждую из перечисленных составляющих.

Уважительное отношение к личности пациента

Уважительное отношение к личности пациента означает, что мы уважаем его ценности, считаемся с его предпочтениями, не игнорируем его потребности. Это выражается в том, что соблюдается его телесная приватность — пациента не оставляют обнаженным на виду у окружающих, медперсонал внимательно относится к его просьбам относительно условий физического комфорта, управления болью и т.п., его привлекают к участию в принятии медицинских решений и т.п.

Сострадательное отношение

Сострадательное отношение включает понимание чувств, которые испытывает пациент по поводу своей болезни и того, что с ней связано, выражение сочувствия и желание помочь, то есть обеспечить эмоциональную поддержку,

облегчить страх и тревогу. Привлечение семьи и друзей, предоставление пациенту возможности поговорить с ними по телефону или встретиться являются важными элементами пациентоориентированности.

Забота о пациенте

Многие пациенты в силу своей уязвимости, вызванной болезнью, не могут в полной мере организовать для себя необходимую медицинскую помощь и уход — дойти до поликлиники, выстоять очередь за талончиком к врачу, купить лекарство, сделать перевязку и т.п. Они нуждаются в том, чтобы кто-нибудь позаботился о них. Поэтому одним из элементов пациентоориентированности является забота об уязвимом пациенте, которая материализуется в скоординированном и интегрированном уходе. К примеру, иногда недостаточно сказать больному, чтобы он выпил таблетку от боли, но нужно задать себе вопрос, а есть ли у него сейчас возможность достать необходимую таблетку. И, если у больного нет такой возможности, а он испытывает сильную боль, моральный долг медработника позаботиться о больном и помочь ему решить эту проблему.

2.3. Частные вопросы пациентоориентированности

Рассмотрим, как выглядит пациентоориентированный подход к уходу за пациентом в различных клинических ситуациях.

Пациентоориентированный подход к профилактике делирия у пожилых пациентов

Ниже мы покажем читателю, что гуманизация, пациентоориентированность ухода за больным является эффективным средством профилактики делирия у пациентов в интенсивной терапии.

Напомним, что делирий — это острое расстройство внимания, сознания и когнитивных функций, которое флуктуирует (изменяется) в течение дня и является признаком (осложнением) другого заболевания (состояния). Известно, что делирий часто развивается у пожилых пациентов, которые получают лечение в отделениях интенсивной терапии. Общий показатель распространенности делирия среди них колеблется от 29% до 64%. Делирий ухудшает прогноз основного заболевания, перенесшие делирий пациенты не всегда возвращаются к прежнему состоянию сознания, у многих он может подтолкнуть развитие деменции. Доказано, что при грамотной профилактике можно предотвратить до 1/3 случаев делирия. Низкие показатели частоты возникновения делирия у пожилых госпитализированных пациентов являются критерием качества медицинской помощи.

Что же может сделать медицинская сестра для профилактики делирия? Представим пациента, к примеру, после наркоза или комы. Придя в себя, он часто не понимает, где он, что с ним происходит, кто эти люди, окружающие

его, что они с ним делают, его что-то стесняет, часто он не может высказать того, что его беспокоит, он не понимает, день сейчас или ночь и т.п. Все эти переживания становятся чрезмерной нагрузкой для его больного мозга и провоцируют психический срыв в виде делирия. Если уменьшить их интенсивность, вероятность развития делирия падает почти на треть. А потому нужно помочь пациенту сориентироваться в новой обстановке, взять по мере сил ситуацию под контроль. Другими словами, нужно способствовать его реориентации: объяснить, где он и почему, день сейчас или ночь, почему у него забинтована рука и когда придут его дети. Подходя к пациенту, необходимо представиться и объяснять в ходе манипуляций больному, что с ним делают — не работать молча.

Ниже приводится отрывок из записок основателя Фонда помощи хосписам «Вера» А.К. Федермессер, которая имела несчастье провести некоторое время в ОРИТ по поводу гепатита. Ее опыт помог ей сформулировать несколько рекомендаций о том, как сделать уход за тяжелыми больными пациентоориентированным.

Здороваясь, указывайте время суток. Когда человек болеет, много спит, лежит в реанимации с постоянно включенным светом — он теряет счет времени. Поэтому целесообразно говорить не «Здравствуйте», а «Доброе утро, день, вечер», чтобы он сориентировался во времени. Когда человек приходит в себя, нужно приподнять изголовье, чтобы он не смотрел целый день в потолок, дать возможность лечь, как ему удобно. Также нужно дать ему возможность делать привычные вещи. Побеспокоиться, есть ли у больного очки или слуховой аппарат. Можно слушать радио в наушниках, смотреть фильмы и мультфильмы. Родственники могут принести фотографии членов семьи, рисунки детей и внуков. Очень важны посещения близких людей.

Необходимо избегать всего, что ограничивает больного, стесняет, раздражает. Фиксация, катетеры и т.п. должны использоваться по строгим показаниям. Когда пациент возбуждается, его привязывают, и это усиливает возбуждение. Большую роль играет адекватное обезболивание, помощь при зуде.

Как видно из приведенного отрывка, речь не идет о каких-то сложных медицинских вмешательствах, а просто о человеческом отношении, или, если использовать современную терминологию, пациентоориентированности.

«Сострадательные прикосновения»

Еще один элемент пациентоориентированного ухода — сострадание пациенту.

Если произвести поиск статей по ключевому слову «сострадание», то мы обнаружим, что число публикаций на эту тему выросло в несколько раз.

Ковид стал серьезным стрессом, который пережили и те, кто болел им, и те, кто был в самоизоляции, и, конечно, медицинских работники. О последствиях этого стресса сейчас много говорят врачи, психиатры, психотерапевты: люди, пережившие его, страдают повышенной тревожностью, жалуются на плохое настроение, депрессию, снижение жизненной энергии и т.п. На этом фоне выяснилось, что большую роль в том, как человек пережил «ковидный стресс», играет тот факт, присутствовало ли в это время в его жизни сострадание. Причем не важно, в какую сторону оно было направлено: человеку сострадали другие или он сострадал другим. Таким образом, пандемия доказала, что человеку нужно сострадание. Это его жизненная потребность. И потому человеческое отношение к пациенту со стороны медицинского персонала включает и сострадание его боли. Между тем, многочисленные опросы пациентов, проведенные в разных странах, показали, что пациентам, особенно если речь идет о сестринском уходе, не хватает именно сострадания.

Что мы имеем в виду, когда говорим о сострадании? В контексте медицинской помощи под состраданием понимают осмысленное действие в ответ на наблюдаемое страдание другого человека, направленное на облегчение этого страдания. В русском языке для обозначения действия, направленного на облегчение страдания другого человека, часто используют слово «милосердие».

Отсутствие сострадания болезненно воспринимается пациентами. Доказано, что вред от отсутствия сострадания отрицательно влияет на клинические исходы. И потому все чаще правительства, медицинские учреждения и пациенты считают сострадание клинической необходимостью. Сострадание считается стандартом медицинской помощи и сестринского ухода.

Надо сказать что боль и страдание можно облегчить чисто медицинскими средствами — ввести наркотики или наложить повязку, однако, когда речь идет о сострадании, имеются в виду иные, немедицинские средства — слова, прикосновения, молчаливое присутствие и т.п.

Практика сострадания при выполнении профессиональных обязанностей в медицинских учреждениях требует от персонала различных знаний и навыков, которые позволяют им осуществлять осмысленные действия, облегчающие страдания их больных. В настоящее время большинство экспертов полагает, что этим навыкам можно научить даже человека с «каменным сердцем». К примеру, одной из «технологий», с помощью которых можно проявить сострадание, является прикосновение.

В 2020 году, т.е. в разгар пандемии, было проведено большое исследование, целью которого было изучить, как медсестры выражают сострадание к своим пациентам и как пациенты оценивают полученную «сострадательную поддержку».

Прикосновения являются обязательной частью сестринского дела. Без них невозможны ни сестринские вмешательства, ни уход за больным (перемещения, кормление, купание и туалет). Однако, помимо прикосновений, интегрированных в сестринские вмешательства, также используются и «со-

страдательные» прикосновения, являющиеся средством утешения пациентов без использования слов.

Пациенты, которые были участниками исследования, вспоминали моменты прикосновений, например, когда их держали за руку или когда им расчесывали волосы, как моменты, которые имели для них значение и облегчили их страдания. Пациенты объясняли, что именно в эти моменты прикосновения к ним они ощущали сострадание. Во многих историях участники описывали моменты дистресса во время их пребывания в больнице и прикосновения к ним медсестер или сиделок. Эти прикосновения обеспечивали комфорт и одновременно передавали пациенту уверенность в том, что он находится в безопасности. Пациенты рассказывали, что чувствовали облегчение своего состояния.

Медсестры описывали использование прикосновений для обеспечения комфорта и как способ дать пациентам понять, что они не одиноки. Рассказы участников говорили о том, что прикосновение позволяет им передать свое присутствие, создать эмоциональную близость, в результате прикосновения пациенты чувствовали заботу.

Некоторые участники исследования из числа медицинских сестер высказали сомнение, не мешает ли сострадание выполнению сестринских вмешательств?

В ответ на эти сомнения большинство признали, что «сочувственные прикосновения» могут быть сознательно и квалифицированно интегрированы в технические действия медсестер. Одна из участниц исследования описала использование сострадательных прикосновений для облегчения ее дистресса, когда медсестра инстинктивно успокаивала ее «необязательными» прикосновениями наряду с прикосновениями, необходимыми для завершения процедуры: «...тепло началось буквально с того момента, как я пришла, с теплого постельного белья, теплого одеяла, теплого пакета и всего остального. Она погладила мою руку. Она погладила мое плечо. Она проверяла мою температуру, говорила мне, что со мной все будет хорошо».

«Ты пройдешь через это. Мы здесь для тебя, но нам нужно выяснить, что происходит с твоим телом». Она говорила мягко. Она была заботливой. Есть что-то такое в прикосновении другого человека, человеческого прикосновении или поглаживании руки, что все будет хорошо, что успокаивает тех, кто проходит через это испытание».

Таким образом, прикосновение — это мощный метод, используемый для облегчения и уменьшения страданий других. В период пандемии их недостаток ощущался особо остро, ведь прикосновения были ограничены из соображений безопасности. Запрет на рукопожатия, ношение перчаток — все это ограничивало возможность утешительных прикосновений. Массивные средства защиты вообще ограничивают проявления невербальной коммуникации. Понимая это, необходимо искать пути компенсации этих дефицитов, совершенствовать вербальную коммуникацию с больными.

Уважение телесной приватности и работа в «режиме информированного согласия»

Многие медсестры работают молча, без стука открывают дверь палаты и входят, не представляясь, подходят к пациенту, без предупреждения проводят манипуляцию и также молча удаляются. Они действуют так, будто пациент является неодушевленным предметом, забывая, что перед ними живой человек, и у него есть свои представления о приватности, о своем теле и т.п. Он может настораживаться, когда чужой вторгается в его личное пространство, прикасается к его телу, перемешает его личные вещи, и испытывать в этот момент смущение и стыд. По разным причинам он может не захотеть, чтобы с ним обращались тем или иным образом. Пациентоориентированный подход предполагает, что медицинская сестра уважает все эти чувства и пожелания пациента.

Согласие пациента нужно получать не только на действия, связанные с его телесной приватностью, но и на любые действия, затрагивающие его интересы. В обыденной жизни, общаясь с людьми, мы все время берем у них «информированное согласие» — вербально или невербально (взглядом, жестом). Например, стучим в комнату, прежде чем зайти в нее, спрашиваем, можно ли помочь, хочет ли собеседник обсудить ту или иную проблему, нужно ли налить ему чаю и сколько ложек сахара положить и т.п. И в этом смысле медицина не должна отличаться от других сфер нашей жизни. Иначе говоря, любые свои действия медицинский работник должен предварять словами, предупреждающими пациента о том, что он собирается делать, и дальше действовать в соответствии с полученной реакцией.

Врач по окончании осмотра: «Я назначу вам капельницу с глюкозой и калием для поддержки вашего сердца» или «Сейчас я посмотрю данные из лаборатории, а потом приму решение, нужно ли назначать антибиотики. Медсестра скажет вам об этом».

Медсестра перед тем, как поставить капельницу: «Я пришла поставить вам капельницу, которую доктор назначил для вашего сердца...» или «Доктор назначил вам антибиотик — цефтриаксон. Будет две инъекции в сутки». Если препараты назначены в таблетированной форме, медсестра может сказать: «Примите, пожалуйста, вечерние таблетки — это антибиотик и обезболивающее».

В ответ на сказанное пациент может отреагировать словами или молча, например, обнажив руку для венепункции, повернувшись на бок для внутримышечной инъекции или протянув руку, чтобы взять таблетки. Если у пациента возникнут вопросы, врач или медсестра должны ответить на них. При этом следует иметь в виду, что в каждой медицинской организации имеется собственная политика, касающаяся полномочий медсестры в от-

ношении информирования пациентов о назначенных лекарствах, которой она обычно следует.

И все это реализация пациентоориентированности, когда мы признаем за пациентом его право контролировать собственную жизнь, реализовывать личную автономию, соглашаться или не соглашаться на планируемые вмешательства в его жизнь и тело.

Пациентоориентированная консультация

Нередко пациент обращается к медсестре с какой-то своей проблемой, просит совета и помощи. Их взаимодействие в подобной ситуации можно назвать сестринской мини-консультацией. Пациентоориентированный подход накладывает определенные требования на проведение таких консультаций.

Пациентоориентированная консультация, в отличие от классической, решает не одну, а две группы задач:

- работает на медицинский результат как традиционная консультация, не нагруженная идеями пациентоориентированности;
- помогает наладить взаимоотношения с пациентом, способствует совместному принятию решений, что в итоге ведет к повышению удовлетворенности пациента полученной консультацией — это то, что привносит в консультацию внимание к личности пациента.

В рамках концепции пациентоориентированности сложились детальные рекомендации по проведению таких консультаций, которые позволяют не только добиться ожидаемого медицинского результата, но и установить с пациентом взаимоотношения сотрудничества. Согласно этим рекомендациям, медицинским работникам предлагают структурировать консультацию, разбить ее на части, определить цели и задачи для каждой из них, составить общий план консультации и далее действовать в соответствии с этим планом.

Итак, любой, даже самый краткий разговор о проблемах пациента имеет следующую структуру:

- Начало
- Сбор информации со слов пациента
- Физикальное исследование для получения объективных данных
- Объяснение и планирование (совместное принятие решения)
- Завершение

Рассмотрим рекомендации, касающиеся самого первого этапа консультации — ее начала. В рамках классической консультации ее началу обычно не придают значения. Между тем, именно первые минуты, даже секунды разговора определяют, как пойдет разговор. В это время есть возможность создать необходимую атмосферу, установить контакт с пациентом, выявить все проблемы и вопросы, которые его волнуют, выстроить партнерские отношения и составить совместный план проведения консультации. Начало консультации оказывает влияние на ее точность, эффективность и даже на длительность. Именно на этом этапе совершают грубые ошибки,

которые могут свести на нет все дальнейшие действия. Приведем пример такой ошибки.

Большинство медработников считают, что первая жалоба, выказанная пациентом в начале разговора (консультации), — самая важная, и концентрируют свое внимание именно на ней. Между тем, это глубокое заблуждение, и исследования говорят о том, что очередность, в которой пациент рассказывает о своих жалобах и опасениях, не имеет отношения к их клинической значимости.

Медсестра должна знать, что очень часто самую важную для себя жалобу по чисто психологическим причинам пациент откладывает на самый последний момент. Существует даже термин «запоздалые жалобы». Запоздалыми называют те жалобы, о которых пациент упоминает в конце консультации. Самая частая причина их появления — перебивание пациента, когда, услышав самую первую жалобу, медицинский работник сразу начинает задавать уточняющие вопросы. «Запоздалые жалобы» могут привести к тому, что вся консультация оказывается напрасной. Ведь, как нам уже известно, часто пациент самое важное, самое травмирующее оставляет напоследок, а значит, и проводить консультацию, не получив эти жалобы, не имеет смысла.

Начало консультации также имеет сложную структуру и состоит из нескольких этапов. Первый этап — вступительный, его цели:

- подготовка к консультации,
- установление первоначального контакта с пациентом,
- выяснение причины обращения.

Подготовка разговора или консультации состоит в том, что медицинский работник по мере возможностей создает условия для оптимального взаимодействия с пациентом, например, если пациент обратился к проходящей мимо медсестре, она останавливается, смотрит на пациента и, оценив ситуацию, быть может, предлагает ему уйти с прохода или присесть. Сестринская консультация требует соблюдения условий конфиденциальности и телесной приватности.

Установление первоначального контакта в самом общем варианте предполагает следующие действия:

- Приветствие:
 - Взаимное приветствие.
 - Своим поведением медицинский работник показывает уважение.
 - Медработник заботится о комфорте пациента.
- Представление пациента:
 - Медицинский работник просит пациента представиться.
 - Медицинский работник уточняет имя пациента, чтобы было удобно к нему обращаться и во избежание путаницы.
- Представление медицинского работника:
 - Медицинский работник представляется и объясняет свою роль.
 - Пациент должен понимать, кто перед ним и какова его роль в медицинской организации. Нередко пациенты жалуются, что медицинский работник

не представился, и потому они не знали, с кем имели дело и какова была его роль в решении их проблем.

Следующий шаг начального этапа консультации — выяснение причин, по которым пациент обратился к медицинской сестре. Этот шаг тоже требует нескольких действий:

- Задать вводный вопрос.
- Слушать, не перебивая.
- Подытожить сказанное пациентом.

Вводный вопрос — это вопрос, побуждающий пациента рассказать о себе и о том, почему он решил обратиться к медработнику: «Слушаю вас. Что случилось? Вас что-то беспокоит?».

Вводный вопрос должен быть открытым, т.е. предполагать развернутый ответ. Закрытые вопросы, требующие однозначных ответов — да или нет — в этой ситуации запрещены. Развернутый ответ пациента на открытый вопрос необходимо выслушивать внимательно, не перебивая и поощряя к продолжению рассказа. Выслушивать пациента следует до тех пор, пока он не скажет, что «пожалуй, уже все».

После этого приходит время высказаться медработнику, который должен убедиться, что правильно понял пациента. Для этого задают дополнительные открытые вопросы: «Итак, вы жалуетесь на боль в правом подреберье и изжогу. Может, вас еще что-то беспокоит?». По завершении ответов необходимо задать последний вопрос: «Я правильно вас понял, что у вас возникла проблема с ...?». Такой подход позволяет выявить все жалобы и проблемы пациента (значимые и незначимые) и дает медицинскому работнику возможность выбрать из всех объективно самые значимые.

После выяснения жалоб медицинский работник предлагает пациенту план дальнейших действий: «Предлагаю сначала измерить ваше давление, а потом мы решим, нужно ли приглашать дежурного врача. Согласны?».

В ответ на предложение пациент может возразить и предложить изменить повестку, сказав, к примеру, что он считает, что проблема не в давлении, а в сахаре, и он бы хотел, чтобы ему измерили глюкозу крови. В этом случае медработник должен скорректировать план консультации.

Начальный этап консультации можно считать оконченным, если медработник смог ответить себе на следующие вопросы:

- Хорошо ли я понял, зачем пациент обратился ко мне?
- Что пациент хочет обсудить? Какие жалобы? Какие опасения?
- Почему данный пациент с данной проблемой обращается ко мне в данный момент?

Подробные рекомендации по выстраиванию следующих этапов пациентоориентированной консультации — это отдельная тема, требующая специального изучения. В данной лекции мы хотели лишь продемонстрировать читателю примеры навыков, которые позволяют сделать каждый разговор, каждую консультацию больного пациентоориентированными.

Подведем краткие итоги

Подведем итог: пациентоориентированный подход к сестринскому уходу означает, что в центре внимания медицинской сестры находится пациент с его нуждами, вопросами, тревогами и страхами. В лекции было приведено несколько примеров, как этот принцип реализуется в различных клинических ситуациях. Мы показали, что какой бы ни была медицинская проблема пациента, ее решение в рамках пациентоориентированной модели требует, кроме четкого выполнения медицинских технологий, проявлений уважения, сострадания и заботы о пациенте, что позволит не только решить его медицинские проблемы, но и помочь успокоиться, побороть стресс, почувствовать себя увереннее, найти в себе силы бороться с болезнью.