

Міністерство охорони здоров'я України  
Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського

# **МЕДСЕСТРИНСТВО**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ**

Ministry of Public Health of Ukraine  
Ternopil State Medical University  
named after I.Ya. Horbachevsky

# **NURSING**

**UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL**

**1/2011**

# МЕДСЕСТРИНСТВО

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

### Головний редактор

Чернишенко Т.І.

### Заступник головного редактора

Ковальчук Л.Я.

### Заступник головного редактора

Ястремська С.О.

Білик Л.С.

Брянцев О.М.

Галіяш Н.Б. – відповідальний редактор

Господарський І.Я.

Губенко І.Я.

Мазур П.Є.

Марценюк В.П.

Мисула І.Р.

Панченко М.С.

Ревчук Н.Б. – відповідальний секретар

Швидкий О.В.

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жиліна Г.Є. (Київ)

Івашко Г.М. (Київ)

Красножон Л.М. (Київ)

Мамикіна Л.С. (АР Крим)

Пірогова В.І. (Львів)

Сабадишин Р.О. (Рівне)

Угарьова З.С. (Донецьк)

Шатило В.Й. (Житомир)

Шегедин М.Б. (Львів)

Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № 11751-622Р від 15.09.06 р.

### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал “Медсестринство”

ТДМУ імені І.Я. Горбачевського

Майдан Волі, 1

м. Тернопіль, 46001

УКРАЇНА

Тел.: (0352) 43-49-56

Факс: (0352) 52-80-09

<http://www.tdmu.edu.te.ua>

Затверджено вченою радою  
Тернопільського державного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського  
(протокол № 11 від 31.03.2011 р.)

© Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського

© Науково-практичний журнал “Медсестринство”

Редагування і коректура	Мельник Л.В.
Технічний редактор	Демчишин С.Т.
Комп'ютерне верстання	Левченко С.В.
Оформлення обкладинки	Кушик П.С.

Підп. до друку 01.04.2011 Формат 60x84/8.  
Гарнітура JournalSans. Друк офсет. Папір офсет. №1  
Ум. друк. арк. 5,81. Обл.-вид.арк. 4,95  
Тираж 600. Зам. № 65

Видавець і виготовник  
Тернопільський державний медичний  
університет імені І.Я. Горбачевського  
46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

## ЗМІСТ

## CONTENTS

- Л. П. Брацюнь*  
Християнський погляд на діяльність у сфері надання паліативної допомоги. Потреба в інституті капеланства **5**
- В. А. Славопас*  
Надання паліативної допомоги в Україні **8**
- О. В. Батюх*  
Синдром емоційного вигорання у медичних сестер **11**
- Н. С. Волощук*  
Стратегія оцінки болю та ефективність зняття больового синдрому **14**
- Т. Я. Скарлош, С. О. Ястремська*  
Роль медичної сестри в наданні паліативної та хоспісної допомоги **18**
- Н. М. Іванах*  
Подолання страху перед смертельною хворобою **22**
- Н. В. Климчук*  
Компоненти паліативної допомоги в Україні **27**
- О. М. Креховська-Лепявко, Ю. М. Когунь, Н. Б. Галіяш, В. Є. Городецький, Н. В. Петренко*  
Альтернативні методи подолання больового синдрому як складова паліативного догляду за хворим **30**
- М. Ю. Кохан*  
Основні принципи паліативного лікування **33**
- Л. М. Зубкович*  
Паліативна допомога – необхідний компонент комплексного лікування онкологічних хворих **36**
- М. А. Федишин*  
Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні **39**
- Н. Я. Фарійон*  
Дім для вмираючих **42**
- L. P. Bratsiun*  
Christian view on the activity in providing of palliative care. The necessity in institute of chaplaincy **5**
- V. A. Slavopas*  
Providing of palliative care in Ukraine **8**
- O. V. Batiukh*  
Emotional burnout syndrome in nurses **11**
- N. S. Voloshchuk*  
The strategy of pain assessment and effectiveness of pain syndrome removal **14**
- T. Ya. Skarlosh, S. O. Yastremska*  
Role of a nurse in palliative and hospice care **18**
- N. M. Ivanakh*  
The process of fatal disease fear overcoming **22**
- N. V. Klymchuk*  
Components of the palliative care in Ukraine **27**
- O. M. Krekhovska-Lepiavko, Yu. M. Kohun, N. B. Haliyash, V. Ye. Horodetskyi, N. V. Petrenko*  
Alternative methods of pain syndrome control as a part of palliative care **30**
- M. Yu. Kokhan*  
Basic principles of palliative care **33**
- L. M. Zubkovych*  
Palliative care – necessary component of complex treatment of oncological patients **36**
- M. A. Fedyshyn*  
Urgent issues of implementation of palliative care and human patients with limited prognosis of life in Ukraine **39**
- N. Ya. Fariyon*  
House for the dying **42**

*С. О. Коноваленко*

Он-лайн освіта – можливість отримання додаткових знань у вільний від роботи час

*О. М. Кім, Д. О. Ковальчук*

Хірургічна тактика у хворих на гострий холецистит

*S. O. Konovalenko*

**45** On-line education as an opportunity to achieve new knowledges saving your time

*O. M. Kit, D. O. Kovalchuk*

**48** Surgical tactic in patients with acute cholecystitis

## ХРИСТИЯНСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ДІЯЛЬНІСТЬ У СФЕРІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ. ПОТРЕБА В ІНСТИТУТІ КАПЕЛАНСТВА

Л. П. Брацюнь

*Виконавчий секретар Громадської ради при МОЗ України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій, Київ*

---

У статті висвітлено позитивний досвід співпраці МОЗ України з церквами та релігійними організаціями і вплив на медичну галузь і суспільство загалом.

---

## CHRISTIAN VIEW ON THE ACTIVITY IN PROVIDING OF PALLIATIVE CARE. THE NECESSITY IN INSTITUTE OF CHAPLAINCY

L. P. Bratsiun

*Kyiv, Executive Secretary of the Public Council of the Ministry of Public Health of Ukraine responsible for cooperation with the Ukrainian Council of Churches and Religious Organizations*

---

The article adduces a positive experience of the cooperation of the Ministry of Public Health of Ukraine with churches and religious organizations and the affect on the medical industry and society in general.

---

**Вступ.** Паліативна допомога є невід'ємною частиною сучасної системи охорони здоров'я у світі. Хоспіси стають останнім притулком для безнадійно хворих, дозволяючи їм померти без страждань. Значну роль у підтримці таких пацієнтів відіграють священнослужителі, надаючи їм моральну підтримку. Проте надання паліативної допомоги в Україні наштовхується на ряд перепон, зокрема правового характеру, які перешкоджають, а деколи навіть унеможливають її надання і потребують невідкладного вирішення.

**Основна частина.** Співпраця між системою охорони здоров'я та церквами в останні роки стає вагомим частиною допомоги хворим у нашій країні. Першим кроком у налагодженні такої співпраці стала ініціатива МОЗ України у проведенні спільних міжконфесійних нарад, круглих столів щодо таких питань як:

- питання штучного переривання вагітності;

- об'єднання зусиль у протидії епідеміям ВІЛ/СНІДу та туберкульозу;

- надання паліативної опіки,

- питання медичного капеланства.

Так, 11 вересня 2008 р. в Міністерстві охорони здоров'я за участю міністра та представників різних конфесій України відбувся круглий стіл на тему: «Права пацієнтів в Україні. Паліативна допомога: духовні аспекти. Душпастирська опіка тяжкохворих та помираючих осіб».

Це був крок до діалогу, до координування спільних дій медиків та священнослужителів заради здоров'я і добра людей.

Уперше в історії України центральний орган виконавчої влади зустрічався з представниками різних конфесій не заради політики, а щоб зробити щось конкретне для людей.

Як результат ще однієї спільної зустрічі, де обговорювалось питання звуження практики абортів, було ініційовано створення при МОЗ робочої

групи з вивчення цієї проблематики. Напрацюванням робочої групи стала Концепція щодо протидії абортам в Україні, проведення круглого столу «Медичні та морально-етичні аспекти штучного переривання вагітності» в МОЗ та проведення Симпозіуму з наголосом на «Морально-етичні аспекти штучного переривання вагітності», що проходив в рамках IV національного Конгресу з біоетики 22 вересня 2008 року.

У підсумковій Резолюції науковці, медики, представники влади та державних інституцій, релігійних та громадських організацій засвідчили єдину позицію про цінність людського життя з моменту зачаття, а також запропонували низку практичних кроків у сфері законодавчого забезпечення права на життя та запобігання абортам в Україні.

Наступним кроком до об'єднання зусиль Держави та громадянського суспільства стало підписання двосторонньої Угоди про співпрацю між Міністерством охорони здоров'я України та Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій 16 грудня 2008 року.

22 травня 2009 року відповідно до двосторонньої Угоди про співпрацю між Міністерством охорони здоров'я України та Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій була утворена Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій.

Оцінюючи співпрацю працівників охорони здоров'я із представниками духовенства, бачимо велику потребу у присутності священиків у хоспісах.

Навіть найефективніше знеболання, найкращі умови перебування в лікувальному закладі чи закладі соціальної опіки не зменшать страждань тяжкохворого, доки він не звільниться від душевного тягаря.

Хоспіс – це місце останнього ліжка, де людина пізнає повною мірою світ своїх обмежень, і саме тут їй потрібен хтось, хто вміє вислухати, вміє співпереживати, розрадити, має владу відпустити всі провини, огорнути людину турботою, може дати людині всеогортаюче розуміння і надію. І так відновлюється людина в цілості – всі її виміри – тілесний, душевний та духовний.

Сесілі Сондерс, медсестра з Англії, яка започаткувала надання паліативної допомоги (її стараннями в 1967 році в Лондоні був заснований перший хоспіс Св. Христофора), вважала, що хоспіси повинні стати місцем, у якому людина віднаходить «певність і мир серця». Головною метою Сесілі

було дбати про цілісну опіку, яка задовольняла б медичні, фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби пацієнтів.

Традиційно складається так, що лікарі готуються до надання фізичної та медичної допомоги, залишаючи соціальні та духовні аспекти іншим фахівцям. Тому Сесілі Сондерс вважала дуже важливою справою вміння розуміти потреби пацієнтів «з півслова» і надавати їм цілісну допомогу, застосовуючи при цьому відповідну мову.

Історія терміна «паліативна медицина» сягає корінням легендарної події з життя св. Мартина з Туру. Якимось він натрапив при брамі міста Амьєна на тяжкохворого вмираючого бездомного чоловіка. Побачивши його, св. Мартин зняв свій плащ (з латинської – pallium), розрізав мечем навпіл і віддав цьому чоловікові одну половину. При цьому він сказав: «Мій приятелю, я не маю нічого, чим міг би тебе лікувати, але можу тобі допомогти, щоб ти не мерз від холоду». А вночі св. Мартинові з'явився уві сні Христос, одягнений у половину того плаща, яким він поділився з чоловіком на дорозі.

Ця подія розкриває саму суть, основу паліативної медицини – поділитися з іншими тим, що маємо, щоб інші не відчували холоду, болю, самотності, страху.

В основі добре продуманої паліативної медицини, яку розуміють не просто як професійне вміння давати знеболювальне, має бути закладене позитивне бачення кінця життя, що сприймається не як поразка медицини, а як уміння гідно провести невиліковно хвору людину в останню дорогу. Саме така «філософія» останньої медичної допомоги повністю виправдовує й обґрунтовує участь у процесі догляду за безнадійно хворим у команді фахівців духовного наставника чи іншими словами медичного капелана. У країнах Європи капеланство організоване у різноманітний спосіб і може формуватися релігійними громадами, медичними установами, державною політикою та асоціаціями капеланів. Загалом медичне капеланство в Європі визнане системою медичної опіки.

Досвід західних країн, переконує нас в тому, що шлях до законодавчого забезпечення змін у системі паліативної опіки був непростим і нешвидким. Скажімо, Польщі знадобилося понад 10 років для того, щоб посада капелана була внесена до статуту хоспісу.

Визнаючи важливість духовно-пастирської опіки над невиліковно хворим, тим, хто помирає і над

тим, хто його доглядає, враховуючи наші українські реалії, вважаю, що початком у цій справі могло б стати створення Асоціації медичних капеланів як перший крок до утворення та функціонування в Україні Інституту капеланства. Причому багатоконфесійність нашої держави нам належить сприймати не як недолік чи перешкоду, а скоріше як перевагу і дар, який збагачує, якщо в центрі ставимо хвору людину і турботу про її добро. Хоспіс може стати зразком найповнішого слу-

жіння хворій людині, певним подарунком суспільству.

**Висновок.** Отже, розвиваючи таку важливу ділянку медичної галузі, як паліативна опіка, ми повинні розуміти, що паліативна допомога – це справа заради життя, а не заради полегшення смерті. Хоспіс – це не тільки контроль болю, контроль інших симптомів хвороби, гарантування повного медичного догляду, а насамперед – МИЛОСЕРДЯ, яке іде з серця.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Князевич В.М., Митник З.М., Губський Ю.І. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) // Украї-

на. Здоров'я нації. – 2009. – №3 (11) . – С. 55–63.

2. Концепція Державної програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні на 2010-2014 рр.

## НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

**В. А. Славопас**

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

---

Відсутність наукових обґрунтувань щодо формування закладів паліативної медицини для невиліковних хворих в умовах несприятливого прогнозу зростання онкологічних і серцево-судинних захворювань як основних причин смертності населення, необхідність забезпечення їм “гідної смерті” як складової поняття “якості життя” обумовлюють необхідність вирішення цієї проблеми на державному рівні.

---

## PROVIDING OF PALLIATIVE CARE IN UKRAINE

**V. A. Slavopas**

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

Lack of scientific studies on the formation of institutions of palliative medicine for incurable patients in conditions of unfavorable prognosis of cancer growth and cardiovascular diseases as the main causes of mortality, the need for them of “worthy death” as a part of the concept of “quality of life require the solution of this problem at the state level.

---

**Вступ.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно у світі реєструють до 6 млн нових випадків злоякісних захворювань різної локалізації, а помирають від раку понад 4 млн чоловік. Відзначаючи зростання на 17,8 % за останні десятиріччя онкологічної захворюваності та смертності від них на 23 %, експерти Міжнародної асоціації з вивчення раку вказують, що вже у 2000 році кількість вперше зареєстрованих онкологічних хворих у світі зросла до 10 млн випадків, а кількість померлих – до 6,2 млн осіб з даною патологією.

В Україні, згідно з даними Інституту онкології АМН України, щороку виявляють майже 160 тис. нових випадків раку, тоді як помирають від цього недугу близько 100 тис. осіб. Окрім того, понад 50 % онкологічних хворих перебувають у запущеній стадії хвороби і переходять до категорії невиліковних. Саме ця категорія хворих потребує лише певного догляду, тобто паліативної допомоги. ВООЗ розглядає таку допомогу, як активний цілісний догляд за пацієнтами, хвороби яких не підлягають лікуванню.

© В. А. Славопас, 2011

**Основна частина.** Основним симптомом онкологічних хвороб є страждання невиліковних хворих від різновидів хронічного больового синдрому, що відзначається у 70 % випадків і який, за оцінкою експертів ВООЗ, щоденно переживають 3,5 млн хворих у термінальній стадії. Полегшення цього синдрому стає важливою медико-соціальною проблемою національних систем охорони здоров'я.

Незважаючи на наявність значної кількості наукових досліджень у галузі онкології, надання допомоги онкологічним хворим, які потребують лише паліативного лікування, не було предметом уваги дослідників, про що свідчить фактична відсутність наукових праць з даної проблеми. До того ж, медичними працівниками, в тому числі й організаціями охорони здоров'я, соціальна роль і значущість паліативної медицини сприймалися недостатньо серйозно.

Як наслідок – спостерігається повна відсутність в Україні медичних закладів або відповідних структур медико-соціальної допомоги невиліковним



хворим, визначених номенклатурою МОЗ України, а наявні лікарні невідкладних станів не відповідають потребам догляду за ними та не забезпечують їх паліативним лікуванням.

Малопотужна онкологічна служба амбулаторно-поліклінічних закладів неспроможна забезпечити належну медичну, соціальну та психологічну допомогу невиліковним хворим, внаслідок чого вся робота з ними перекладається на дільничних і сімейних лікарів, а в термінальних стадіях – на станції швидкої медичної допомоги, значно ускладнюючи їх діяльність. У сім'ях таких хворих виникають додаткові моральні, фізичні, психічні навантаження та значні матеріальні витрати, що негативно позначаються на якості їхнього життя.

Досвід країн з розвинутою інфраструктурою паліативної медицини свідчить, що єдиною організаційною формою надання медичної та соціальної допомоги невиліковним хворим є медичний заклад "Хоспіс" – притулок з догляду за такими пацієнтами зі спеціально підготовленим персоналом.

Паліативна медицина – це всеохоплююча активна турбота про хворого та його родину, яка здійснюється командою фахівців в той період, коли хвороба вже не піддається лікуванню і несприятливий період може наступити протягом нетривалого часу.

Мета паліативної медицини – турбота про хворого та підтримка на пізніх стадіях хвороби для того, щоб вони могли прожити цей період часу якомога комфортніше.

Паліативна допомога – розділ онкології, який відрізняється від паліативного лікування відсутністю безпосередньої дії на злоякісне новоутворення (хірургічної, хіміотерапевтичної, променевої) і застосовується у випадках, коли можливості протипухлинного лікування обмежені або неможливі.

Паліативна допомога (перекладається як "та, що захищає, підтримує") має свою ідеологію, певний зміст. Хоч як нас назви – хоспісом, відділенням паліативної допомоги – суть одна: ми намагаємося допомогти людям тоді, коли вилікувати їх уже неможливо. Тобто, питання тепер полягає у тому, як їм прожити час, що залишився.

Хоспіс – структура медико-соціальна, з обставовкою, наближеною до домашньої. Наших хворих умовно можна розділити на три групи.

Перша – пацієнти, яким у домашніх умовах біль зняти неможливо навіть високими дозами морфіну. Ми знімаємо нестерпний біль, підкреслюю, саме нестерпний, оскільки слабкий, помірний і навіть сильний біль зняти досить просто.

Крім болю, в наших пацієнтів є й інші симптоми, з якими теж треба боротися. Це нудота, блювання, запори, що виникають при застосуванні опіатів, часто зустрічаються хворі із сильною задишкою при плевритах, асцитах – двосторонніх ураженнях легень. Тут дуже важливо вміти допомогти в різних ситуаціях.

Друга група хворих госпіталізується за соціальними показаннями. Це приречені, як і всі наші пацієнти, хворі на рак, із верифікованим діагнозом, які з якихось причин не можуть перебувати вдома. Тобто, самотні, із неблагополучних родин, із родин із дуже низькими доходами тощо.

Третя група – хворі, госпіталізовані до хоспісного відділення для того, щоб дати можливість родичам чи людям, які доглядають за ними, відпочити чи самим пройти лікування. Про термін госпіталізації таких пацієнтів звичайно домовляються заздалегідь. Скажу чесно, сьогодні кількість ліжок у хоспісі не дозволяє приймати багато таких хворих.

Найважливіші проблеми, із якими сьогодні зіштовхується паліативна медицина, – нестача фахівців і медикаментів. Практично всі препарати, необхідні хворим на рак, містять сильнодіючі наркотики. У світлі антинаркотичної кампанії, що набула нині широкого поширення, більшість аптек і медичних установ (у тому числі й хоспіси) зводять застосування цих препаратів до мінімуму – нікому не хочеться мати справу зі структурами, що ведуть їхній облік. Приміром, у Росії вже використовується препарат, що є трансдермальною системою: на шкіру наклеюється пластир, який діє 72 години. У нас використовуємо морфін у формі ін'єкцій, а це зайві больові відчуття для наших хворих. Додайте ще страх медиків перед відповідальністю за порушення, пов'язані з використанням знеболюючих засобів, і ми отримаємо майже повну картину стану справ на сьогоднішній момент: усепоглинаючий хронічний біль став постійним супутником онкологічних хворих.

**Висновок.** Сутністю паліативної терапії є надання хворому допомоги, що виходить за рамки лікування конкретної хвороби й націленості на одужання пацієнта. Вона зорієнтована на хворого та членів його сім'ї і допомагає вирішити їхні проблеми. Звичайно група фахівців із паліативної терапії з'являється в палаті пацієнта тоді, коли можливості традиційної медичної допомоги вичерпані, й до людини вже прикріплений ярлик невиліковного. Набагато краще було б використовувати досвід

фахівців із паліативної терапії одночасно зі спробами агресивного лікування, націленого на вилікування на будь-якій стадії хвороби. Роль паліатив-

ної терапії згодом може істотно зрости — аж до того, що стане фактично єдиним видом лікування пацієнта в термінальній стадії хвороби.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Шатило В.Й., Яворський П.В. Паліативна медицина: підручник. — К.: Медицина, 2010.

2. Рудень В.В., Москвяк Є.Й. Організація та управління медико-соціальним забезпеченням невиліковних хворих у медичному закладі "Госпіс": метод. реком. — К., 2006.

3. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия. — К.:

Здоров'я, 1988.

4. Нетяженко В.З., Сьоміна В.Г., Присяжнюк М.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими. — К.: Здоров'я, 1993.

5. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю. Паліативна медична допомога: навч. посібн. — Донецьк, 2004.

## СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

О. В. Батюх

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ІНІ медсестринства*

---

У статті йдеться про синдром емоційного вигорання у медсестер, описано причини, симптоми та способи подолання даної проблеми.

---

## EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN NURSES

O. V. Batiukh

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

The article contains information about the emotional burnout syndrome in nurses. The causes, symptoms and ways to overcome this problem are described.

---

**Вступ.** Останніми роками у світі все частіше говорять не тільки про професійний стрес, але і про синдром емоційного вигорання працівників. Одне з перших місць із ризику виникнення синдрому емоційного вигорання займає професія медичної сестри. Її робочий день – це спілкування з людьми, в основному з хворими, що вимагають постійного турбування і уваги. Стикаючись з негативними емоціями, медсестра мимоволі залучається в них, через що починає і сама випробувати підвищену емоційну напругу.

Люди, котрі працюють у сфері "людина – людина", через свою професію змушені багато та інтенсивно спілкуватись з іншими людьми, працювати із високою самовіддачею та відповідальністю. Вони починають асоціювати свою працю з призначенням, місією, тому у них стирається межа між роботою і приватним життям, що призводить до ризику виникнення синдрому вигорання.

**Основна частина.** Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це реакція організму, яка виникає внаслідок довготривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. Процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії проявляється симптомами емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відчуже-

© О. В. Батюх, 2011

ності та зниженням задоволення від виконаної роботи.

Перші дослідницькі праці з цієї проблеми з'явилися в США. Цей феномен у 1974 р. описав американський психіатр Н. Freudenberger, який назвав його "burnout" (з англ. – вигорання, знемога, виснаження). Цим терміном учений характеризував психологічні стани здорових людей, які перебували в емоційно напруженій атмосфері в момент надання професійної допомоги, тобто інтенсивно та тісно спілкувалися з пацієнтами. Через кілька років американський психолог К. Maslach визначила цей стан як синдром фізичного та емоційного виснаження: розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрата розуміння і співчуття до пацієнта.

Спочатку під СЕВ фахівці розуміли стан знемоги і виснаження, поєднаний із відчуттям марності зусиль і власної непотрібності. Однак із часом симптоматика цього синдрому значно розширилася за рахунок психосоматичних компонентів. Сучасні дослідження дедалі частіше пов'язують СЕВ із психосоматичним самопочуттям, а відтак, станом, що передує хворобам.

З одного боку, синдром вигорання – це певний тип реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати й економно витра-

чати енергетичні ресурси. Але з іншого – соматичні, психопатичні і психопатологічні дисфункції, які виникають, мають несприятливі наслідки для здоров'я і професійної діяльності спеціаліста.

Процес вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної "розрядки" і розвивається поступово. Спочатку у "вигораючого" починає зростати напруга у спілкуванні. Далі емоційна перевтома переходить у фізичну, людина не відчуває сили для виконання навіть незначних справ, доводиться докласти багато зусиль, щоб примусити себе розпочати роботу. Така втома може провокувати стан пригніченості, апатію, спалахи роздратування, відчуття постійної напруги, дискомфорту. Стає важче зосередитись на роботі, часто медсестра забуває про важливі справи. Людина вже не завжди здатна стримати викликане оточуючим роздратування, виникає потреба усамітнитися, обмежити контакти. Якщо це не вдається, тоді спрацьовує певна захисна реакція організму, яка може проявитися у байдужості до людей, цинізмі і навіть агресії.

Причинами емоційного вигорання є: психологічна перевтома (коли внутрішні та зовнішні вимоги довгий час переважають над ресурсами, що призводить до порушення рівноваги), високе робоче навантаження (незадовільна якість соціальної підтримки з боку керівництва та колег), неналежна винагорода праці, некоректні та неоднозначні вимоги, одноманітна праця протягом тривалого часу без повноцінного відпочинку, глибина контакту з пацієнтами, участь у прийнятті рішень, брак досвіду, тягар важкої роботи, проблеми у спілкуванні з пацієнтами та їх родинами, висока смертність серед пацієнтів відділення, поява негативних емоцій при неефективності медичного лікування, невміння долати труднощі, наявність сімейної чи особистісної кризи.

Основні складові вигорання

- емоційне виснаження;
- деперсоналізація;
- редукція професійних досягнень.

*Емоційне виснаження* – відчуття спустошеності і втоми, викликане власною роботою.

*Деперсоналізація* — цинічне ставлення до роботи та до її об'єктів, тобто виникає байдуже, негуманне, цинічне ставлення до людей, з якими працюють.

*Редукція професійних досягнень* — виникнення у працівників почуття некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомлення неспішності в ній.

Синдром емоційного вигорання характеризується такою сукупністю симптомів:

*Психофізичні симптоми:*

- симптом хронічної втоми;
- відчуття емоційного і фізичного виснаження;
- відсутність реакції цікавості та страху;
- слабкість, зниження активності і енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників;
- частий безпричинний головний біль, постійні розлади шлунково-кишкового тракту;
- різка втрата чи різке збільшення маси;
- повне або часткове безсоння;
- постійний загальмований, сонливий стан;
- задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні;
- погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів.

*Соціально-психологічні симптоми:*

- байдужість, нудьга, пасивність і депресія;
- підвищена дратівливість на незначні події – часті нервові "зриви";
- постійне переживання негативних емоцій (почуття провини, невпевненості, образи, підозри, сорому);
- почуття неусвідомленого занепокоєння і підвищеної тривожності;
- почуття гіпервідповідальності і постійний страх, що щось "не вийде", чи з будь-чим не зможе впоратися;
- загальна негативна установка на життєві і професійні перспективи.

*Поведінкові симптоми:*

- відчуття, що робота стає важчою, а виконувати її – все складніше;
- співробітник помітно змінює свій робочий режим дня;
- відчуття, що все марно, зневіра, зниження ентузіазму стосовно роботи, байдужість до результатів;
- невиконання важливих, пріоритетних завдань і "застрягання" на дрібних деталях;
- дистанціювання від співробітників;
- зловживання алкоголем, різке зростання вичурених за день цигарок, вживання наркотиків.

Ні для кого не секрет, що робота, навіть та, яка є покликанням людини, має здатність виснажувати. Щоб медпрацівник не став заручником хворобливого стану пацієнта, слід усвідомити, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя і здоров'я належить, насамперед, самому пацієнту. Найкращою профілактикою професійного вигорання є адекватне ставлення до роботи і відведення їй належного місця у житті.

**Висновки.** Особисте душевне благополуччя людини значною мірою залежить від того, як вона керує своїми почуттями, думками та поведінкою. Психологічна саморегуляція не змінює навколишній світ людини, але змінює та організовує саму людину в потрібному їй напрямку. Адже відомо, що вплив будь-якої події на людину залежить не стільки від характеру самої події, скільки від глибини її переживання. Сильний інтелект, толерантність, духовна витривалість у досконалому володінні своїми емоціями, настроями та вчинками – всі ці якості не допускають схильності до синдрому вигорання. Для подолання цього синдрому пропонуємо наступні способи:

1. Навчитись здійснювати вплив на емоційний стан: слухати музику (зокрема класичну); спілкуватися з сім'єю, друзями; частіше посміхатися; зайнятися улюбленою справою; медитувати; спілкуватися з природою, тваринами.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Синдром «емоціонального вигорання» в професіональному общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер-Пресс, 1999. – 105с.
2. Коган В. Е. Практическая психология: Для психологов и врачей / Психология. – М.: Смысл: академ. проект, 1999. – 407 с.
3. Рогинская Т.И., Синдром вигорання в соціальних

2. Навчитись здійснювати вплив на думки, змінити світогляд: звертати увагу на позитивні моменти життя і вміти бути вдячними за них; все негативне перетворювати на позитивне з думкою про те, що дане випробування нам для того, щоб навчитись новому, стати сильнішими і мудрішими; змінити ставлення до ситуації, якщо ж неможливо змінити саму ситуацію; пам'ятати, що подібне притягує подібне, необхідно наповнити свої думки, емоції позитивом.

3. Навчитись впливати на фізичне тіло: займатися спортом, танцями; достатньо висипатися; збалансувати харчування; використовувати у повсякденному житті ароматерапію, терапію кольором, масаж, фітотерапію.

Але які б техніки не застосовувала людина, все починається з почуття відповідальності за свою долю та прагнення до змін на краще шляхом керування собою та власним життям.

профессиях // Психологический журнал. – № 3. – 2002.

4. Чумакова Г.А., Бабушкин И.Е., Бобровская Л.А. Синдром вигорання медичинських работников. – М. : Владос, 2003.

5. Трунов Д. Г. «Синдром сгорания». Позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога. – 1998. – № 5. – С. 84-95.

## СТРАТЕГІЯ ОЦІНКИ БОЛЮ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗНЯТТЯ БОЛОВОГО СИНДРОМУ

Н. С. Волощук

*Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер*

---

У статті розкрито поняття болю – неприємного сенсорного і емоційного переживання, пов'язаного з дійсним або можливим пошкодженням тканин. Біль завжди суб'єктивний. Кожна людина пізнає смисл цього слова через переживання, пов'язані з одержанням будь-якого пошкодження у ранні роки його життя. Біль – завжди неприємне і тому емоційне переживання.

---

## THE STRATEGY OF PAIN ASSESSMENT AND EFFECTIVENESS OF PAIN SYNDROME REMOVAL

N. S. Voloshchuk

*Ternopil Regional Municipal Clinical Oncological Center*

---

This article adduces the pain – an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage. Pain is always subjective. Everyone knows the meaning of this word through experiences related to the receiving of any damage in the early years of his life. The pain is always unpleasant and therefore is an emotional experience.

---

**Вступ.** На сьогодні в Україні налічується понад півтора мільйона людей, які страждають від різних захворювань. Одні від онкологічних, серцево-судинних, гематологічних та інших тяжких невиліковних хвороб. Інші – від душевних мук, в очікуванні неминучої втрати хворих рідних. І ті й інші потребують нашої допомоги і матеріальної, і моральної. Адже відчуття поряд надійної руки, усвідомлення, що ти у своїй біді не один, чи не найважливіше в критичних ситуаціях. І щоб у котре наголосити на цьому, 10 жовтня у всьому цивілізованому світі День паліативної та хоспісної допомоги відзначається під гаслом: "Твій голос має бути почутим" [2].

Гуманна суть хоспісної служби полягає в тому, що кожна людина має право жити якісно до останньої хвилини – жити, а не доживати, жити без болю, без дискомфорту, бути психологічно захищеною [2].

**Основна частина.** Більшість людей помирає вдома, на одинці з фізичним болем, депресією, без ефективного знеболення, належного догляду і соціально-психологічної допомоги.

© Н. С. Волощук, 2011

Під час анкетування, яке було проведено в онкодиспансері за 2009 рік серед жінок та чоловіків різної вікової категорії, 90 % опитуваних воліють померати вдома – в рідних стінах, у присутності своїх рідних.

Тому, окрім хоспісів і хоспісних відділень, нам потрібні інші форми паліативної допомоги: хоспіси вихідного дня, хоспіси вдома. Надання паліативної допомоги вдома менш затратна за традиційну і таким видом допомоги можна охопити якнайбільше людей з обмеженим прогнозом життя. Для цього потрібно у місті створити міжвідомчу координаційну раду, до якої, на нашу думку, повинні входити представники органів місцевої влади, соціальні та медичні служби, Товариство Червоного Хреста, громадські та релігійні організації.

У світі служба паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) активно діє вже понад 30 років, а в Україні робить тільки перші кроки, як і в нашій області.

Безпосередньо для хворого паліативна допомога складається з таких послідовних пунктів:

- Оцінка психологічного статусу хворого: апатія, депресія, втомленість, нервозність, безсон-



ня і т.п. Ці фактори знижують поріг больової чутливості і, таким чином, посилюють біль. Тому їх виявлення і лікування сприяє підвищенню загальної ефективності комбінованої терапії [2].

- Оцінка якості життя – дозволяє з'ясувати причини, які впливають на загальний стан хворого. Для оцінки якості життя необхідно використовувати різні критерії, які дозволяють оцінити усі сторони життя хворого, наприклад, критерії, рекомендовані IASP: загальний фізичний стан; функціональна активність; духовність; соціальна адаптація; можливість самообслуговування; комунікабельність і внутрішньосімейні відносини; оцінка результатів лікування; плани на майбутнє, професійна діяльність; ефективність знеболення [3].

- Оцінка ефективності застосованих методів знеболення. Дуже важливо встановити які препарати, в яких дозуваннях і при якому режимі введення давали найкращий ефект; які ускладнення відзначали при введенні тих або інших препаратів. Дуже важливо розрізняти прояви побічної дії препаратів і симптоми самого захворювання [4].

- Оцінка результатів спеціальної протипухлинної терапії. Застосування різних методів спеціальної протипухлинної терапії (хіміотерапія, променева терапія, гормональне лікування) з паліативною метою може призвести до зменшення інтенсивності болю і зміни тактики лікування.

- Супутні захворювання необхідно враховувати з точки зору їх можливого загострення або розвитку ускладнень, які можуть виникнути внаслідок застосування анальгетиків та інших препаратів, які призначають для симптоматичного лікування [4].

Виявлення наркотичної залежності, яка виникла у хворого, дозволяє правильно скоректувати лікування з урахуванням цієї обставини. Треба мати на увазі, що розвиток наркотичної залежності не може розглядатись як підстава для відміни наркотичних анальгетиків у невиліковного хворого з хронічним больовим синдромом [1].

Психотерапевтичні методи у лікуванні болю є допоміжними і спрямовані на підвищення порогу больової чутливості за рахунок поліпшення настрою, зняття депресії і страху. Відомо, що поріг сприйняття болю знижується у разі безсоння, втоми, тривоги, страху, гніву, депресії, нудьги, психічної ізоляції. Разом із тим, стійкість до болю зростає після повноцінного сну, при наявності товариства, співпереживання, розуміння, можливості зняти напруження, присвятити себе улюбленій справі. Велике значення має також медична і соціальна реабілітація хворого, підвищення його ак-

тивності. У деяких хворих можливе використання гіпнозу і автогенного тренування. Очевидно, що ці методи є найбільш успішними у хворих із слабким та помірним болем, а хронічний больовий синдром при злоякісних пухлинах вимагає тривалих (протягом тижнів і місяців) впливів. У термінальному періоді хвороби для використання психотерапевтичних методик немає необхідного запасу часу і достатньої концентрації уваги хворого, який страждає від болю. В інших ситуаціях гіпнотичний вплив, здійснюваний кваліфікованим спеціалістом, може виявитися досить успішним [3].

На жаль, різноманітність методів загальної знеболюючої терапії при злоякісних новоутворах в термінальній стадії ще не є гарантією її успіху. Однак, використовуючи диференційований підхід в кожному конкретному випадку, завжди необхідно шукати оптимальний варіант корекції больового синдрому [2].

*Методи лікування хронічного больового синдрому*

Сучасна медицина має різні засоби лікування хронічного больового синдрому. Добрі результати лікування болю можуть бути досягнуті у 85-99 % хворих.

Базовими засадами контролю болю, за даними Alberta Palliative Care Resource, є:

- √ біль є багатоаспектною проблемою;
  - √ систематична та всебічна підтримка є суттю лікування;
  - √ небажаним є зволікання з лікуванням;
  - √ необхідним є спілкування з пацієнтом, його родичами та оточенням;
  - √ необхідним є послідовне дотримання принципу "сходів" залежно від тяжкості загального стану;
  - √ постійний біль потребує регулярного застосування анальгетиків;
  - √ у разі амбулаторного лікування із застосуванням автоматизованих дозуючих систем різних типів, необхідно завжди залишати інструкції на випадок перевищення дози;
  - √ опіоїди розглядаються лише як одна із складових частин лікування тотального болю;
  - √ хворі у термінальних фазах з клінічним станом, який швидко змінюється, відповідно, потребують динамічної зміни лікувальної тактики.
- Вибір оптимального варіанта лікувального анальгезуючого впливу можливий лише при детальному аналізі конкретних причин болю. Такий підхід пропонує каузальна (етіологічна) терапія. Вона може бути ефективним компонентом комбінованого лікування больового синдрому.

Лікувальні програми, що застосовуються у знеболювальній терапії, умовно поділяють на паліативні і симптоматичні.

До паліативних програм належать різні режими променевої терапії, застосування інкорпорованих радіонуклідів, протипухлинна хіміотерапія, гормонотерапія, застосування препаратів, що пригнічують посилений пухлинним процесом остеоліз при метастатичному ураженні кісток.

Хіміо-гормональне лікування застосовується з метою зменшення маси пухлини і ліквідації стиснення нервових стовбурів; воно більш ефективне при ноцицептивному болю і менш ефективне – при нейропатичному.

До симптоматичного лікування хворих з ноцицептивним больовим синдромом, що виникає при більшості локалізацій вогнищ метастатичного ураження, належать, насамперед, наркотичні та ненаркотичні (NSAID) анальгетики. Останні застосовують при незначному та помірно вираженому больовому синдромі, крім того, вони діють синергічно з опіатами. Ненаркотичні анальгетики не призводять до розвитку фізичної або психічної залежності, відносно дешеві і тому широко застосовуються.

Використання нестероїдних ненаркотичних анальгетиків лімітується побічними ефектами:

- ◆ подразнення і ерозії слизової шлунково-кишкового тракту;
- ◆ геморагії;
- ◆ гранулоцитопенія;
- ◆ шкірні алергічні реакції.

Опіати є невід'ємною частиною протибольової терапії онкологічних пацієнтів та ефективним засобом зменшення больового синдрому. Вони зручні в застосуванні, не спричиняють вираженого порушення функцій життєво важливих органів і систем.

Для наркотичних препаратів найбільш характерними побічними ефектами, які ми спостерігали у наших хворих, є:

- ◆ нудота і блювання;
- ◆ сонливість;
- ◆ загальна слабкість;
- ◆ зниження апетиту;
- ◆ закрепи;
- ◆ запаморочення;
- ◆ сухість в роті;
- ◆ дезорієнтація;
- ◆ галюцинації;
- ◆ утруднення сечовипускання;

- ◆ свербіж шкіри.

Психотерапевтичні методи у лікуванні болю є допоміжними і спрямовані на підвищення порогу больової чутливості за рахунок поліпшення настрою, зняття депресії і страху. Слід відзначити особливу роль медичної сестри в наданні психотерапевтичної допомоги. Відомо, що поріг сприйняття болю знижується у разі безсоння, втоми, тривоги, страху, гніву, депресії, нудьги, психічної ізоляції. Стійкість до болю зростає після повноцінного сну, при наявності співрозмовників, компанії, співпереживання, розуміння, присвятити себе улюбленій справі. Велике значення має також медична і соціальна реабілітація хворого, підвищення його активності. Деколи можливе використання гіпнозу і автогенного тренування. Очевидно, що ці методи є найбільш успішними у хворих із слабким та помірним болем, а хронічний больовий синдром при злоякісних пухлинах вимагає тривалих (протягом тижнів і місяців) впливів. В термінальному періоді хвороби для цього немає необхідного запасу часу і достатньої концентрації уваги хворого, який страждає від болю. В інших ситуаціях гіпнотичний вплив, здійснюваний кваліфікованим спеціалістом, може виявитися досить успішним.

Ми спостерігали п'ять основних видів психологічних реакцій, які виникають в інкурабельних хворих:

- 1) шоку (60 %);
- 2) заперечення (70 %);
- 3) агресії (20 %);
- 4) депресії (80 %);
- 5) примирення (10 %).

Переживання фази шоку, паніки, відчаю – складні і болісні не лише для хворого, але й для родичів та медичного персоналу. У ряді випадків передбачити розвиток ситуації важко, найсильніший стрес може викликати реактивний психоз, який супроводжується збудженням або ступором. У подібних випадках доцільне профілактичне призначення нейролептиків або антидепресивних препаратів та кваліфікована психотерапевтична допомога.

У фазі заперечення відчуття кризи витісняється у підсвідомість, хоча й залишається у переживаннях. Ми спостерігали появу рятівних думок про ймовірність лікарської помилки, надії на дивне зцілення і сприятливий кінець. Однак в психологічній симптоматиці переважають відчай, переживання смерті, сумні, трагічні сни, галюцинації.

Фаза агресії характеризувалася на фоні визначення неминучості кінця і пошуку причин і винних



в цьому. Агресія часто маскує страх і може бути небезпечною для хворого, якого не можна залишати на самоті, щоб уникнути самогубства. У цій фазі агресії обурення, протест і ненависть були спрямовані на оточуючих і тяжкий обов'язок медичного персоналу – прийняти цей удар на себе і намагатись пом'якшити його до тих пір, поки емоції не почнуть вичерпуватись.

Фаза депресії переживається хворим як глибоко внутрішній стан смутку, вини, жалю, прощання зі світом. Бурхливий прояв емоцій змінюється замкнутістю. В цій фазі найдоцільніша мовчазна участь медсестри і небагатослівне співчуття. У разі необхідності показано призначення антидепресантів.

Завершальною є стадія примирення з долею, коли хворий розуміє неминучість кінця і приймає

його. У цій фазі відбувається переоцінка життєвих цінностей і сенсу життя, з'являється розуміння завершення життєвого шляху, заспокоєння, сподівання на вічне життя в іншому світі.

Необхідно відзначити, що наведена схема є до певної міри умовною. В частини хворих черговість перелічених стадій може змінюватись або ж взагалі бути відсутніми. Тому обов'язковою умовою надання психологічної допомоги є кваліфіковане психотерапевтичне спостереження за хворими.

**Висновок.** Завдання паліативної допомоги – підтримувати належну якість життя людини в термінальній стадії захворювання на основі психологічного статусу хворого, оцінки якості життя, оцінки ефективності застосованих методів знеболення та психотерапевтичних методів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Болевой синдром / Под ред. В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова. – Л.: Медицина, 1990. – 336 с.

2. Бондар Г.В., Вітенко І.С., Попович О.Ю. Паліативна медична допомога. – Донецьк: Донеччина, 2004. – С. 16-37.

3. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – С. 227-236.

4. Знеболююча терапія хворих на злякисні новоутворення: посібник / Ганул В., Шишкіна В., Пономарьова О. та ін. – К.: Юніверс, Піраміда, 2007. – 92 с.

## РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Т. Я. Скарлош, С. О. Ястремська

*Тернопільська університетська лікарня*

Паліативний догляд передбачає підхід, спрямований на покращення якості життя пацієнтів та їх сімей, які опинилися віч-на-віч з загрозливим для життя захворюванням, вчасну ідентифікацію і невідкладну діагностику та усунення болю, забезпечення фізичних, психосоціальних та духовних потреб, попередження та полегшення страждання. Значна роль у цьому догляді відводиться медичним сестрам.

## ROLE OF A NURSE IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

T. Ya. Skarlosh, S. O. Yastremska

*Ternopil University Hospital*

Palliative care provides an approach aimed to the improving of the quality of life of palliative patients and their families who find themselves face to face with life-threatening disease, timely identification, immediate diagnosis and pain management providing physical, psychosocial and spiritual needs, prevent and alleviate suffering. Significant role in providing of palliative care is given to the nurses.

**Вступ.** Навколо нас помирають люди. Ми є прямими або непрямими свідками їх смерті і, в певному розумінні, також і жертвами, оскільки втрачаємо рідних, друзів, близьких. Ми є жертвами співчуття, коли повинні безпорадно миритися з втратою, навіть коли робимо все можливе, аби їх втримати. Ми живемо у тіні смерті і кожного дня наближаємося до неї.

Проблемами вмирання займається наука танатологія (у грецькій міфології *thanatos* — "бог смерті"). Завдяки гуманізації медичного догляду в центрі уваги фахових та публічних засобів масової інформації перебувають проблеми догляду за вмираючими хворими та овдовілими.

**Основна частина.** Хоспісний догляд характеризується як паліативний догляд, який надає хоспіс як самостійний медичний заклад пацієнтам з невиліковним захворюванням та вмираючим. Він містить усі елементи паліативного догляду, зокрема, паліативну медицину, санітарний, психологічний, духовний, респітний, термінальний догляд, включно догляд за овдовілими (сиротами). Паліативний

© Т. Я. Скарлош, С. О. Ястремська, 2011

медичний догляд визначають як комплексний медичний догляд, який надають професійні медсестри, з орієнтацією на менеджмент, задоволення потреб пацієнта з невиліковним захворюванням та вмираючого.

Паліативний догляд передбачає підхід, спрямований на покращення якості життя пацієнтів та їх сімей, які опинилися віч-на-віч з загрозливим для життя захворюванням, вчасну ідентифікацію і невідкладну діагностику та усунення болю, забезпечення фізичних, психосоціальних та духовних потреб, попередження та полегшення страждання.

Паліативний догляд:

- підтримує життя та вважає вмирання природним процесом;
- не прискорює, але і не віддаляє смерть;
- надає полегшення від болю та інших стресових симптомів;
- включає у догляд за пацієнтом психічні та духовні аспекти;
- створює підтримувальну систему, яка допомагає сім'ї змиритися з хворобою пацієнта та горем після його смерті.

Розрізняють три рівні паліативного догляду: паліативний підхід, тобто, основний догляд, спеціалізовані втручання, що забезпечують спеціалізований та паліативний догляд, який надають спеціалісти.

Паліативний підхід представляє основний догляд, відомості та здібності, які повинен мати медичний працівник.

Специфічний медичний догляд потрібний і пацієнту, який перебуває у термінальній стадії (*in finem*), що визначається наявністю необоротних змін життєво необхідних біологічних функцій організму, на тлі чого виділяють її стадії: передагонії, термінальну паузу, агонію, клінічну та біологічну смерть.

Вмирання в етико-психологічному сенсі починається, коли виникає усвідомлення, що хвороба конкретної людини у перспективі не сумісна з життям.

Процес вмирання поділяють на три періоди за часового аспекту: передвмирання ("*pre finem*"), вмирання ("*in finem*"), після смерті ("*post finem*").

Беручи до уваги останні стадії та соматичні ознаки, як і клінічні та лікувальні проблеми, пристосовуємо весь санітарний догляд до цих аспектів. Відповідно до потреб реальної санітарної практики паліативний санітарний догляд поділяємо на основний та інтенсивний.

Дії медичних сестер в межах основного паліативного санітарного догляду спрямовані на прояви страху та тривоги, фізичні потреби пацієнта та його оточення, що забезпечується санітарними діями:

- оцінка настрою пацієнта;
- задоволення його потреби розмовляти про смерть;
- планування, ініціювання та координування залучення родини пацієнта та його близьких до догляду;
- полегшення, підтримка прийняття та адаптації родичів до смерті пацієнта;
- оцінка етапів скорботи;
- планування спостереження за інтенсивністю болю та санітарний догляд за пацієнтом;
- забезпечення комфортних умов;
- оцінка здатності хворого кватити;
- забезпечення постійної допомоги пацієнту;
- задоволення духовних потреб;
- забезпечення можливості перебування родичів біля ліжка вмираючого.

Дії медичних сестер в межах інтенсивного паліативного санітарного догляду спрямовані на:

- усунення супутніх симптомів;
- регулювання інтенсивності болю;
- піклування про психічний комфорт та духовні потреби;

- піклування про близьких та овдовілих.

Медична сестра є ключовою особою у мультидисциплінарній бригаді, яка піклується про вмираючого пацієнта і виконує найважливіші завдання:

- є опорою для вмираючого та його близьких;
  - здійснює комплексне обстеження стану вмираючого у санітарному аспекті і на підставі отриманих даних надає догляд;
  - готує індивідуальний план догляду;
  - співпрацює з іншими членами команди;
  - регулює інтенсивність болю та вираженість психосоматичних симптомів, що супроводжують біль. Застосовує аналгетики за призначенням лікаря;
  - слідкує, радить та забезпечує дієту і питний режим відповідно до стану пацієнта;
  - встановлює наявність інконтиненції, при потребі забезпечує догляд;
  - виконує превентивні дії щодо пролежнів або лікує їх, перевертає пацієнта, робить масаж;
  - контролює якість дихання, прохідність дихальних шляхів, за призначенням лікаря проводить кисневу терапію;
  - контролює зміни стану пацієнта;
  - забезпечує підручні засоби, які створюють комфорт для пацієнта;
  - може надавати допомогу за всіма типами хоспісного догляду;
  - виконує освітні та фахові санітарні дії відносно сім'ї та родичів, які здійснюють догляд, допомогу вмираючому, пов'язану з доглядом, безпекою під час проведення маніпуляцій з застосуванням апаратури, проблемами вмирання.
- Пацієнт, що перебуває у термінальній стадії хвороби, очікує від осіб, які його доглядають, розуміння, полегшення та підтримки. При задоволенні потреб вмираючих ми орієнтуємося на полегшення дистаназії — нелегкого, обтяжуючого вмирання. Санітарний догляд орієнтований на "дрібниці". Під час догляду дбаємо, аби режим був пристосований до уявлень та побажань пацієнта.
- Вмирання внаслідок невиліковної хвороби проявляється погіршенням стану, часто відмовою від їди та пиття, порушенням фізіологічних функцій, задишкою, страхом бути покинутим, страхом вмирання та смерті, пасивністю, обмеженням спілкування з оточенням, послабленням реакції на імпульси (збудження), потребою у присутності

близької людини, потребою примирення та прощання з близькими.

Метою догляду є забезпечення максимальної якості життя пацієнта до останньої миті життя. Необхідно забезпечити присутність найближчих родичів в будь-який час. Дати можливість пацієнту говорити про свої почуття та думки.

Домінуючим симптомом вмирання є втома. Тому санітарні процедури виконують, коли пацієнт почувається достатньо сильним, аби їх перенести. Гігієнічні процедури, у зв'язку з підвищеною пітливістю та появою неприємного запаху, треба проводити кілька разів на день. Пацієнта часто миють, протирають шкіру, здійснюють легкий масаж. Приміщення провітрюють. Якщо можливо посадити пацієнта у крісло, виконують це, усвідомлюючи, що часто він лише вдає сильну втому. Якщо хворий прикутий до ліжка, забезпечують максимально можливий комфорт шляхом застелення постільної білизни, дотримання її чистоти, допоміжного обладнання ліжка, використання розкладного ліжка. Для попередження виникнення пролежнів застосовують антидекубітні засоби, часто, систематично змінюють положення хворого.

Значні труднощі у вмираючих виникають при ускладненому вживанні рідини. Необхідний суворий моніторинг балансу рідини. Відчуття спраги зникає незадовго до смерті.

Акцентують увагу і на догляді за ротовою порожниною. У термінальній стадії зменшується апетит, змінюється відчуття смаку. Хворого годують маленькими порціями, проте часто. Тяжкий душевний конфлікт виникає у пацієнта за наявності інконтиненції. Щоб запобігти відчуттю безпорадності, треба ставитися до нього з співчуттям, розумінням.

Специфічними є проблеми болю. Найважливішим є те, аби пацієнт не страждав.

Найчастіші сестринські діагнози, пов'язані з доглядом за пацієнтами з тяжким захворюванням, вмираючим, пацієнтом, що перебуває у термінальній стадії захворювання, яким надають хоспісний догляд:

— Виснаження, втома, зумовлені онкологічним захворюванням, хронічним болем, надмірним душевним або емоційним тягарем, що проявляється у скаргах на втому та виснаження, нездатність виконувати звичайні повсякденні дії, підвищеною емоційною лабільністю, роздратованістю, сонливістю, байдужістю, незацікавленістю оточенням та вгасною особою, зниженням працездатності.

— Душевне пригнічення через глибоке втручання у життєві принципи людини, страждання, пов'язані з болем, проявляється пошуками душевної допомоги, суперечливими думками з питань віри аж до втрати віри, сумнівами щодо сенсу життя та смерті, запитаннями про смисл власної індивідуальності, змінами поведінки, докорами у несправедливості та ображенням на Бога, порушенням сну, застереженням щодо себе самого, тенденцією до самоприниження.

— Тривога внаслідок зміни стану здоров'я, тяжкого тривалого захворювання, проявляється неспокоєм, нервозністю, безсонням, побоюванням, збільшеним незадоволенням, нудотою, блюванням, тиском у грудях, нездатністю зосередитися.

— Біль (гострий, хронічний), зумовлений прогресуванням захворювання, проявляється неспокоїною поведінкою, болісним виразом обличчя, змінами напруження м'язів, вегетативними реакціями, страхом (тривогою).

— Турбота про себе — заходи особистої гігієни, прийом їжі, випорожнення, приведення в порядок зовнішнього вигляду, щоденні дії через обмеження сили м'язів, депресія, біль або відчуття фізичної незручності, порушення рухливості, проявляються у зменшенні здатності приймати їжу, нездатності нарізати продукти, донести шматок до рота, нездатність зайняти потрібну позу, зниження здатності дотримувати гігієнічних навичок (нездатність купатися, відкрити кран, регулювати воду, використовувати предмети гігієни), зниження здатності одягатися та приводити в порядок зовнішній вигляд (нездатність одягати та знімати окремі частини одягу, застібати гудзики, утримувати зовнішній вигляд у відповідному стані), зниження здатності виконувати дії, пов'язані з випорожненням (нездатність дістатися до туалету, зняти одяг перед виконанням фізичної потреби, сісти або встати з унітаза, виконати гігієнічні дії після випорожнення).

— Нерухливість.

— Обмежена рухливість через біль, зменшення сили м'язів, порушення сприйнятливості, нерухливість, проявляється нездатністю робити рухи, скарги під час руху, обмеження обсягу рухів.

— Безнадійність, пов'язана з прогресуванням фізичної та психічної слабості, обмеженням дій, тривалим стресом, проявляється апатією при реагуванні на ситуацію, уповільненням реакції на подразнення, зниженням здатності вирішувати

проблеми, ясності мислення, негативним мисленням, відчуттям пустоти життя та неповноцінності.

— Передчасний сум через страх перед захворюванням, обмеження фізичних функцій, зміну стилю життя, проявляється почуттям журби, провини, гніву, зменшення працездатності, порушення сну, зміну ставлення до харчування.

— Страх перед смертю через відсутність досвіду перебування у такому стані, проявляється неспокоєм, послабленням почуття впевненості в собі, тремтінням, змінами фізіологічних функцій (прискорене дихання, підвищення артеріального тиску, тахікардія).

Синдром нерухливості через зміну стану свідомості, тяжке захворюванням проявляється атрофією м'язів, зниженням їх сили, ортостатичною гіпотензією, тромбозом, запором, інфекцією сечового міхура, обмеженням рухливості м'язів, контрактурою, пролежнями, безсиллям, порушенням контурів тіла, затримкою відходження бронхіальних секретів.

Подальші можливі сестринські діагнози впливають з дефіциту основних та другорядних потреб пацієнта, клінічних та санітарних проблем.

Під час догляду за вмираючим медсестра забезпечує заходи щодо наступних дій:

- вислуховує пацієнта з повагою;
- говорить спокійно, не відкладає розмову на пізніше;
- забезпечує достатню приватність;
- забезпечує задоволення потреб до кінця життя;
- забезпечує, аби інформація, яку подають члени бригади, була узгоджена та правдива;
- створює умови, щоб пацієнт міг оточити себе предметами, які йому навіюють приємні думки та мають для нього важливе значення;

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Gomalcakova V. Лікування людей похилого віку в термінальній стадії життя // Сестра. – 2003. – Т. 29. – С. 28-29.
2. Krišková A. Методи догляду. – 1-ше. видання. – Мартін: Освенцим, 2001. – С. 804.
3. Magurova D. Модель і філософія хоспісу для

- за побажанням пацієнта забезпечує участь у догляді членів сім'ї, друзів, знайомих;

- інформує сім'ю, як треба поводитись у присутності пацієнта на всіх стадіях вмирання;

- підкреслює членам сім'ї, що останніми з відчуттів, які вмираючий сприймає, є слух і дотик.

Медсестри під час догляду за тяжкохворим та вмираючим звертають увагу також на задоволення його психічних, соціальних та духовних потреб.

Для термінальної стадії типовими є психічні зміни. Тому треба зважати на індивідуальність пацієнта, його права, етичні принципи. Погладжування, усмішка, привітне слово, тримання за руку – це "девізи", зробити які нічого не варто, проте вони багато означають. Слід пам'ятати про це під час догляду за вмираючим пацієнтом, не дозволяти, аби він вмирав на самоті, бути йому опорою у найтяжчі хвилини.

Сестринські дії у фазі *post finem*.

*Post finem* передбачає догляд за тілом померлого. Маніпуляції слід завершити до появи посмертних змін: застигання тіла (*rigor mortis*), поступове зниження температури тіла (*algor mortis*), поява трупних плям (*livor mortis*). У цій фазі приділяють увагу і родичам, якщо цього вимагають обставини, а також підтримують тих, хто перебуває у жалобі після смерті близької людини. Саме у дні горя, шоку потрібно дати зрозуміти сумуючим свою прихильність, присутність, якщо вони цього потребують.

**Висновок.** Медична сестра, яка здійснює паліативний чи хоспісний догляд, повинна бути висококваліфікованим фахівцем, людиною з щирим серцем, сповненим милосердя, терпіння, співчуття та любов'ю до ближнього.

пацієнтів: автореферат дисертації... – Трнава: Університет Трнава 2006. – 113 с.

4. Misconiova V. Хоспіс. – 1-ше. Видання. – Нью-Йорк: Національний центр з догляду на дому CR, 1998. – 96 с.

5. О'Коннор М, Аранда С. Паліативна допомога. – Прага: Вид-Граду, 2005. – 324 с.

## ПОДОЛАННЯ СТРАХУ ПЕРЕД СМЕРТЕЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ

Н. М. Іванах

*Тернопільська міська комунальна лікарня № 2*

---

У статті висвітлено основні аспекти діяльності і поведінки медсестри, яка постійно перебуває серед хворих, що вмирають.

---

## THE PROCESS OF FATAL DISEASE FEAR OVERCOMING

N. M. Ivanakh

*Ternopil City Municipal Hospital № 2*

---

The article adduces the main aspects of nurse's activity and behaviour, who is always among dying patients.

---

**Вступ.** Причини страху смерті, спричинені хворобою, пов'язані з думками людей, пригнічених важкою недугою. Ці думки часто обертаються довкола смерті та помирання. Ядуха, жах перед болем, перед тривалою хронічною хворобою, перед агонією часто загострює страх смерті.

Прикладом загальних причин страху смерті є, наприклад, страх перед розлукою з дорогими для неї людьми. Рідні можуть своїм доброзичливим ставленням принести полегшення тому, хто помирає. Люди бояться, що після смерті більше не можна буде турбуватися про інших людей.

Страх смерті супроводжує не кожного вмираючого хворого. Його ставлення до смерті залежить від багатьох обставин. Більшість через бажання жити не сприймає смерть і чекає її з острахом, явним чи пригніченим, хворий хоче зберегти людську гідність навіть перед лицем смерті.

Як правило, вмираючий хворий відчуває фізичні страждання. Гіппократ стверджував, що якщо людина, у якої хворе тіло, не страждає, значить, у неї хвора ще й психіка.

Забезпечення належного догляду вмираючому – завдання медицини, яке ні в кого не викликає сумнівів. Професор Мілтон, сіднейський хірург, опублікував свої спостереження із догляду за вмираючими в двох роботах. З цих робіт, а також з робіт багатьох інших авторів, випливає, що вми-

раючому повинен бути забезпечений соматичний догляд (усунення болю і вегетативних розладів), а також психологічний спокій (священик, друзі, родичі). Будь-яке прохання вмираючого повинно бути враховане, навіть якщо виконання його скоротить залишений йому час, тому що спокій і гідність перед лицем смерті важливіше декількох годин життя.

**Основна частина.** Не викликає сумнівів, що сьогодні особа, яка перебуває біля вмираючого хворого, є, насамперед, медсестра. Отже, і якість фізичного і психологічного догляду за вмираючим залежить від неї. У цьому відношенні, крім, зрозуміло, підвищення професійних знань і навичок, перед медсестрою, як і перед усією медициною, сьогодні лежать два шляхи:

1) психологічна і фізіологічна індивідуалізація хворого, перетворення його на особистість, якій необхідне розуміння і співпереживання;

2) деперсоналізація хворого в організм, який треба обслужити на вищому технічному рівні, знижують до мінімуму ризик ускладнень або невдач.

Який шлях обрала б медсестра, важко сказати, але навряд чи їй дозволять вибирати. Тому, найімовірніше, вона піде другим шляхом, яким сьогодні йде вся медицина. І тим вищою буде людська ціна медсестрам, які виберуть перший шлях за покликанням, розумом чи з велінням серця.



Людина – єдина з усіх живих істот, яка знає про неминучість смерті. Однак згідно з безліччю психологічних спостережень і сама людина по-справжньому не може усвідомити цього. “По суті, ніхто не вірить у власну смерть. Або що те ж саме кожен з нас, не усвідомлюючи того, переконаний, у своєму безсмерті”, – пише Фрейд. Зазвичай, говорячи про смерть, використовуються такі вирази, як “пішов”, “пішов у інший світ”, “залишив нас”, саме слово *exitus*, що означає смерть, походить від слова “йти, виходити”.

Природно, що найважче сприймається смерть дітьми, які не розуміють того, що сталося, часто говорять про померлого: “Дядя пішов”. У цьому відношенні дітей нагадують і дорослі: більшість їх, стикаючись з трагічним фактом смерті, відчувають страх перед чимось невідомим, незбагненим. Страх смерті – почуття природне. Однак здорова людина не переймається думкою про смерть, її увагу зайнято значними і незначними клопотами повсякденного життя. Якщо ж думка про смерть стає нав’язливою, постійною, займає всю увагу людини, це неодмінно свідчить про те, що щось не в порядку, що ми маємо справу з патологічним явищем. Необґрунтований страх смерті – одна з форм нав’язливих страхів, він може бути проявом невроту, психозу, різноманітних панічних станів. Страх смерті, подібно страху перед божевільням, може виражати відірваність від людей, середовища. Він може бути пов’язаний і з прагненням звільнитися від напруги, від непомірної навантаженості. Є й такі психологічні теорії, прихильники яких вихідною причиною всіх необґрунтованих страхів, що не мають реально-го підґрунтя, причиною болісного занепокоєння в кінцевому підсумку, вважають страх смерті.

Минають роки, люди старіють, втрачають багатьох рідних і близьких. Думка про наближення смерті часто з’являється у людей похилого віку. Самотність, поступове ослаблення звичних зв’язків з життям посилюють це відчуття.

Людство створило безліч міфів про смерть. Центральною проблемою більшості віросповідань є питання про життя в потойбічному світі, про життя після смерті. Люди, які відчувають страх перед смертю, шукали заспокоєння в тому, що після смерті життя не припиняється, що можливе її продовження в іншій формі і після смерті. Так релігія дає віруючим заспокоєння, розсіює їх страх перед смертю. Віруючі стверджують, що той, хто при земному житті вірив у Бога чи був звернений

у віру хоча б на смертному одрі, вмирає легко, заспокоєним, однак це далеко не так, Симона де Бовуар в одній зі своїх новел описує таку “легку” смерть своєї матері. Все життя набожна, на смертному одрі відмовляється прийняти від церкви полегшення душі і не допускає до себе священика.

#### *Етапи вмирання*

У результаті нових психологічних досліджень були отримані цікаві дані: людина зазвичай помирає так, як жила. Всі ті сили, почуття, думки, образи поведінки, які були характерні для її життя, властиві й її смерті. У людей зі здоровою нервовою системою зазвичай не відбувається перед смертю змін особистості. Помилкове те твердження, що людина завжди і безумовно хоче жити. Змучений нестерпним болем, виснажений хронічною недугою хворий, якому вже не допомагають жодні болезаспокійливі засоби, часто чекає смерті як порятунку, як виходу з лежачого нестерпного страждання. У роботах з психотерапії звертається увага на механізми особистості вмираючих. Кюблер Росс вважає, що процес смерті – це характерний психічний процес, в ході якого, згідно з його спостереженнями, можна виділити п’ять етапів.

Спочатку найчастіше відзначається реакція заперечення можливості близької смерті: “цього не може бути” ... У міру погіршення стану, посилення небезпеки, можливо, через збільшення скарг хворого охоплює занепокоєння, він може почати шукати нового лікаря, вимагати повторення обстеження і тощо, такий стан може бути більш-менш тривалим. Заперечення може поєднуватися з передчуттям справжнього положення або навіть з повною свідомістю неминучості кінця. То хворий не вірить, то раптом задає питання: “А, може, все-таки, так?”. Реакція заперечення окремих людей може відзначатися до останньої хвилини життя, в зв’язку з кінцем може відзначатися й ейфорія.

Прикладом може слугувати смерть А. П. Чехова, який сам був лікарем. Письменник, перебуваючи у передсмертному стані (він хворів на туберкульоз легенів), був оптимістично збуджений: неправильно оцінивши, що відбувається з ним, він заявив, що з кашлем до нього повертається здоров’я.

Пізніше початкову стадію змінює гнів, напруженість, обурення: “Саме мені це випало на долю”. Хворий продовжує боротися з боліснішими стражданнями. Багато чого він би віддав зара-

ди того, щоб тільки звільнитися від мук. Чого тільки він не обіцяє, тільки б стало легше.

На етапі, який умовно отримав назву "угоди з життям", хворий нерідко звертається і до Бога з різними бажаннями та проханнями.

Наступний етап розвитку хвороби може призвести до депресії, прояву усвідомлення своєї провини і самобичування (Чим я цього заслужив?).

На останньому етапі, етапі повного смирення, прийняття безвиході положення, змучений украй, хворий хоче лише відпочити, заснути. Це вже прощання. Буває, що хворий прийнявши одного разу факт катастрофи, змирившись з долею, раптом знову заперечує. В один момент він знає, що його чекає, усвідомлює це, а в наступного – знову поводить себе так, немов ні про що таке й не думав, не чув, будує нові плани.

Часто сильні духом люди в момент смерті виявляються провісниками життєствердження. Вони вперто чинять опір смерті. Відомі приклади, коли смерть наступала в момент прояву відчайдушної ненависті до неї.

Більшість лікарів і сестер, які щодня стикаються з страхом перед смертю, часто підходять до цього явища не просто професійно, вони всіма силами прагнуть захиститися від його впливу. "Звикли бачити смерть, загартувалися", – кажучи про це в повсякденному житті. Але за цим, – як уже вказували, ховається відчуженість, страх і відсутність основ того підходу, який необхідний у зв'язку з цією ситуацією.

Це підтверджується тими надзвичайно цікавими спостереженнями, які були проведені серед медсестер одного з відділень інтенсивної терапії, де лікували людей похилого віку. З'ясувалося, що медсестри не могли дати задовільної відповіді на питання хворих. У більшості випадків вони відволікали увагу хворих або заперечували факти ("Сто років жити будете" ...), а в деяких випадках вдавалися до фаталістичних відповідей на зразок: "Всі там будемо...", "Всіх нас чекає одне і те ж..."

Більш освічені сестри частіше обговорювали з хворими їхні проблеми, акцентуючи увагу на думках і реакціях хворих. Вони вже вміли деякою мірою заспокоїти хворих.

Глибоке розуміння всіх процесів, що протікають у людському організмі, прагнення зрозуміти саму людину у всіх її проявах до останньої іскри життя веде до істинно гуманного поведіння. Таке всебічне розуміння людини, турбота про неї – невід'ємна вимога діяльності лікаря, поряд з на-

данням фізичної допомоги хворому і виявленням причин фізіологічних і патологічних явищ. Фізичні та душевні страждання невіддільні одне від одного. Безпорадність, залежність вмираючої людини від оточуючих, її ізолюваність пояснюють, чому вона потребує такої допомоги. Світло, темрява, шум тощо – все це може заважати хворому, а тому облік впливу цих подразників має важливе значення для догляду за ним. До бажань хворого потрібно ставитися з глибокою увагою, про незаперечність цієї вимоги свідчить і те, що у людей склався звичай виконувати останнє бажання вмираючого, яким би воно не було.

Турбота рідних, увага друзів, відвідування ними хворого також необхідні. Лікар, навіть якщо він вже нічого не може зробити для хворого, повинен відвідувати його; приводом для таких відвідувань може бути хоча б симптоматичне лікування. Прощаючись з хворим словами: "До завтра", медсестра має великий вплив на психіку хворого. Деякі дослідники вважають, що дрібні знаки уваги можуть висловлювати ставлення лікаря до хворого.

Що можна сказати вмираючому?

Чи доцільно за будь-яку ціну підтримувати в ньому життя? Навіть тоді, коли це шкідливо, брехливо, нещиро? Заходи біля ліжка вмираючого диктуються актуальною обстановкою, потребами і можливостями їх виконання. Однак високий такт необхідний у будь-якому випадку. Характер і широта роботи з вмираючим залежать від його фізичного стану та особливостей його особистості, його емоційної налаштованості, світогляду.

Якщо у хворого відзначається виражена реакція заперечення, якщо він і знати не бажає про смерть, то говорити з ним про смерть не можна, це було б грубою помилкою. Вірити твердженням хворих, що вони можуть перенести будь-яку звістку, що їм "спокійно можна сказати все", слід лише в обґрунтованих випадках, у цьому відношенні треба бути дуже обережним, оскільки такі твердження дуже часто нічого не значать. Зміни особистості, її перебудова, що виникає в результаті хронічного захворювання, змінений стан самої свідомості хворих часто не дозволяють повідомити йому правду. У таких випадках вмираючий не здатний по-справжньому зрозуміти, про що, власне кажучи, йде мова. Багато закордонних авторів пропонують: якщо дозволяють особливості особистості хворого, можна сказати йому правду. Якщо хворий дійсно готовий прийняти



будь-яку звістку, якщо об'єктивне становище більш-менш зрозуміле для нього, лікар може бути щирим. У багатьох дослідних роботах можна прочитати і про те, що серед науковців і психологів йдуть суперечки про правильності цього методу, і багато лікарів не схильні повідомляти хворому про наближення смерті. Чим пояснюється таке протиріччя? Дослідження тривають, відповіді на поставлене питання ще немає. Очевидно, можливість повідомлення правди хворому залежить від багатьох умов. Крім усього зазначеного, і від методів роботи з конкретним хворим: якщо в нашому розпорядженні достатньо часу, якщо з вмираючим працює психотерапевт, можлива і щира розмова на цю тему. Однак за нинішніх умов роботи, при перевантаженості лікарів, нестачі часу впровадити це в життя так, щоб не заподіяти шкоди вмираючому, здається поки неможливим. З іншого боку, багато чого залежить і від форми, стилю повідомлення, від кількості інформації та її характеру тощо.

Рецепту, дійсного при всіх обставинах, в будь-якому випадку, дати не можна. Необхідні заходи визначаються в індивідуальному порядку для кожного окремого хворого, найважливішим є великий такт. Потрібно стежити за тим, щоб біля ліжка помираючого, навіть якщо він знаходиться в несвідомому стані, не прозвучали слова, які можуть його вразити, образити. Глибина втрати свідомості може бути мінливою, хворий може сприйняти ті чи інші зауваження. Найважливіше і абсолютно нешкідливе – вислухати хворого. Усі дослідники підкреслюють, що одним з найважливіших засобів роботи з вмираючими є прагнення допомогти всіма силами: розповідь хворого про свої найпотаємніші переживання допомагає розвіяти його страхи й сумніви, усунути його ізольованість, замкнутість. Якщо хворий буде відчувати турботу про себе, йому буде легше переносити удари долі. У цей надзвичайний період життя багато чому можемо навчитися у нього і ми. "Мертві вчать живих", – говорить латинське прислів'я. Те ж можна сказати і про вмираючих.

Усвідомлюючи це чи ні, лікарі і медсестри виробили своє розуміння того, що дослідники Глейзер і Стросс називають "прийнятний стиль того, як зустрічати смерть". Людині тим легше приховати, що він помирає, чим менше він сам підозрює про це. Незнання може навіть стати важливим фактором одужання, а для лікуючого персоналу умовою ефективності його дій.

Те, що ми сьогодні називаємо прекрасною смертю, – смерть у невіданні – точно відповідає тому, що в далекому минулому вважалося нещастям і прокляттям: смерть раптова, непередбачена, до якої людина не встигла підготуватися. Однак вмирання в лікарні часто триває довго, і пацієнт здатний за діями і поведінкою лікарів і медсестер зрозуміти, що його чекає. Тому лікуючий персонал інстинктивно, несвідомо змушує хворого, який від них залежить і хоче їм догодити, розігрувати незнання. У деяких випадках мовчання перетворюється на безмовну співучасть, в інших випадках страх робить неможливою ніяку комунікацію між вмираючим і тими, хто за ним доглядає. Пасивність хворого підтримується заспокійливими препаратами, особливо в кінці, коли страждання стають нестерпними. Морфій знімає біль, але він не притуплює свідомість, шокуючи вмираючого, забираючи бажане для всіх незнання своєї долі.

#### *Ставлення медперсоналу до смерті хворих*

Діяльність, поведінка медсестри, що постійно знаходиться серед хворих, надзвичайно важлива. Проведені дослідження показали, що у медсестер дуже сильні враження, почуття, пов'язані з вмираючими хворими і самим фактом їх смерті. Було зібрано письмові роботи ста сестер, присвячені вмираючим хворим. Ці роботи підтвердили, що все те, що пов'язано зі смертю хворих, становить серйозне психічне навантаження для сестер. Причому вони по-різному реагують на смерть хворих, що викликає таке сильне психічне напруження. На основі робіт сестер можна було бачити, що частина їх (38%), разом зі своїми хворими, сподівається, вірить, чекає: а раптом ... раптом все-таки можна допомогти.

Стан емоційного і фізичного виснаження медичного персоналу, зайнятого допомогою вмираючим, отримало у літературі назву "синдром вигорання". У доповіді Комітету експертів ВООЗ, присвяченому паліативному лікуванню, після рекомендацій, що стосуються проблеми відбору персоналу для надання такої допомоги, йдеться: "Медичний персонал, найімовірніше, зможе знайти емоційну підтримку всередині тих колективів, члени яких виявляють високий ступінь взаємної поваги, мають чітко визначені і всіма підтримувані цілі і де влада відповідальна".

"Звикнути до смерті ніколи не можна. Я знала, що стан хворого критичний і що незабаром він помре. Адже його хвороба невиліковна. Стан

день у день погіршувався, і все-таки, коли я входила в палату, всі ці факти переставали для мене існувати. Біля ліжка хворого я думала тільки про те, що, можливо, ще не все втрачено, він ще може одужати, знову буде веселим і бадьорим. Я була просто нездатна змиритися з дійсністю. Мене постійно займала думка, від якої я не можу звільнитися і зараз: «Ну, чому ж люди повинні вмирати!», – ось уривок з написаного однієї з сестер.

Інша частина сестер (23 %) намагається відсторонити від себе страхи, як тільки хворого торкнеться подих смерті. Рационально мислячі перекладають відповідальність на самих хворих (12 %): «Тільки вони самі винні у своїй смерті ("Навіщо стільки пив?", "Чому не дотримувався приписів лікаря?")». І, нарешті, (27 %) сестер взагалі не займає це питання страху смерті вони "ніколи не відчували", "не відзначали". Словом – реакція заперечення.

**Висновок.** Багато хто стає медичними працівниками через враження, які вони пережили ще в

дитинстві. Вони захоплюються боротьбою і перемогами лікарів і сестер над смертю, бачать у них всемогутніх магів і самі хочуть стати такими ж. Але часто ці очікування не виправдовуються, з'являються зломленість, пригніченість, супроводжують "поразки". Особливо явні зневіра та пригніченість у працюючих з важкохворими (відділення інтенсивної терапії, онкологічні відділення та ін.). З письмових робіт сестер з'ясовується, що майже половина їх особливо турботлива відносно вмираючих, невиліковних хворих, а інша половина їх доглядає за такими хворими через обов'язки, механічно виконуючи свої завдання. Звідси випливає, що з самими сестрами треба займатися, потрібно обговорювати їхні враження, допомогти їм сформулювати в словах свої переживання, послабити їх психічну напругу. Особливо важливо це для тих, хто належить до другої групи, бо механічно працюють сестри, які не бажають брати до відома стану своїх хворих.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Зільбер А. П. Трактат про евтаназію. – Петрозаводськ, 1998 р.
2. Харді І. Лікар, сестра, хворий. Психологія праці з хворими. – Будапешт, 1988 р.
3. Арьес Ф. Людина перед лицем смерті. – Москва: "Прогресс", 1992 р.
4. Митрополит Антоній Сурозький Життя, хвороба,

смерть. – Москва: Видавництво Зачатівського Монастиря, 1997 р.

5. Вступ до біоетики. – Москва: "Прогрес-Традиция", 1998 р.

6. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний // Этюды критической медицины. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998. – Т. 4.

## КОМПОНЕНТИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Н. В. Климчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ІНІ медсестринства*

---

Мета паліативної медицини – турбота про хворого та підтримка на пізніх стадіях хвороби, щоб людина могла прожити цей період часу якомога комфортніше.

---

## COMPONENTS OF THE PALLIATIVE CARE IN UKRAINE

N. V. Klymchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

The aim of palliative medicine is care and support of patients on the late stages of diseases, ensuring those people to be able to spend this period of their life as comfortable as possible.

---

**Вступ.** Паліативна медицина – це всеохоплююча активна турбота про хворого та його родину, яка здійснюється командою фахівців в той період, коли хвороба вже не піддається лікуванню і несприятливий період може наступити протягом нетривалого часу. Мета паліативної медицини – турбота про хворого та підтримка на пізніх стадіях хвороби для того, щоб вони могли прожити цей період часу якомога комфортніше.

**Основна частина.** За даними національних та міжнародних експертів, в Україні щороку не менше 500 тисяч осіб потребують паліативної допомоги, зокрема, це дорослі та діти в термінальних стадіях онкологічних і серцево-судинних захворювань, СНІДу і туберкульозу, хворих з тяжкими травматичними і дегенеративними ураженнями головного і спинного мозку, периферійної нервової системи і опорно-рухового апарату, інвалідів та людей старечого віку тощо. Окрім того, члени сімей паліативних пацієнтів також потребують професійної допомоги. Коли в сім'ї з'являється невиліковно хвора людина, особливо впродовж останніх місяців та тижнів перед смертю, це спричиняє зниження якості життя усієї родини та стає причиною тяжких психоемоційних, соціальних та економічних розладів її функціонування. Під час

© Н. В. Климчук, 2011

економічної кризи очікується збільшення кількості сімей, які перейшли межу бідності через надмірні видатки на потреби тяжкохворого члена родини. Тому, окрім спеціалізованої медичної допомоги, такі пацієнти та їхні близькі потребують також відповідної соціальної, психологічної і духовної підтримки. З урахуванням рідних та близьких тяжкохворих кількість потребуючих паліативної опіки щороку в Україні становить близько 1,5 мільйона осіб, що робить цю проблему одним з найбільш важливих медико-соціальних завдань уряду та суспільства.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) запровадила паліативну допомогу як окремий напрямок медицини у 1982 році. Спочатку паліативну допомогу визначали як догляд за людиною в останні дні її життя. У 2002 році ВООЗ розширила поняття паліативної допомоги. Сьогодні найбільш широко застосовується наступне визначення: паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та

інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки.

Цей підхід включає забезпечення адекватного знеболювання пацієнта. При цьому біль розглядається як комплексне фізичне, соціальне, психологічне, духовне страждання. Відповідно, паліативна допомога складається з медичних, соціальних, психологічних і духовних компонентів.

Медична складова паліативної допомоги полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, в тому числі, болю, консультуванні та навчанні пацієнта та його рідних і близьких навичкам догляду за хворим.

Відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, паліативна медицина повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990) та Барселонська декларація (1996) закликають усі держави світу включити паліативну допомогу в структуру національних систем охорони здоров'я. Згідно з існуючими визначеннями, паліативна медицина – це галузь наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є покращення якості життя та полегшення страждань пацієнтів з різними нозологічними формами хронічних невиліковних хвороб, переважно в термінальному періоді їх прогресування та за умов, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними.

Починати паліативну допомогу слід паралельно з іншими видами лікування (наприклад, хіміо- чи радіотерапією, хірургічним або консервативним лікуванням) пацієнта з невиліковним хронічним захворюванням. Тоді як специфічне (патогенетичне або етіотропне) лікування спрямоване на видужання пацієнта, паліативна допомога повинна забезпечити профілактику і зменшення страждань, які виникають внаслідок невинного прогресування захворювання. Паліативна допомога та етіотропна терапія повинні бути об'єднані в єдиний курс лікування пацієнта. Починати надавати паліативну допомогу необхідно до того, як симптоми стануть неконтрольованими.

Соціальний компонент паліативної допомоги має на меті підтримку найменш захищених верств суспільства, якими є невиліковно хворі в кінці їхнього життя. Відповідно до цієї мети, завданнями соціальної роботи у сфері паліативної допомоги є розширення можливостей пацієнта, з'єднання його з ре-

сурсами, що забезпечують підтримку, забезпечення діяльності системи надання комплексних послуг таким особам, а також сприяння тому, щоб ця система відповідала потребам пацієнта.

Психологічний компонент паліативної допомоги вирішує завдання полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їхніх родичів та персоналу, залученого до надання паліативної допомоги, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати. Паліативна допомога також допомагає хворому зберегти максимально можливу активність до останнього дня життя. Психологічна підтримка родини хворого покликана зменшити негативний психоемоційний вплив та стрес, пов'язаний з невиліковним захворюванням рідної та близької людини, допомогти їм полегшити горе втрати, при необхідності – з використанням психологічного консультування після смерті хворого.

Хворий, який потребує паліативної допомоги, має невід'ємне право на задоволення своїх духовних потреб, у тому числі шляхом релігійних відправ, відповідно до своїх переконань, соціальної, культурної та духовної ідентичності або уподобання. У випадку, коли релігійна приналежність хворого є невизначеною або непевною, духовна підтримка має сприяти його духовній, релігійній або конфесійній самоідентифікації, якщо остання розглядається або сприймається хворим як проблема або потреба. Проте стан хворого та його оточення не можуть бути використані як засіб для останнього.

Права паліативних пацієнтів на доступну кваліфіковану якісну медичну допомогу гарантується так само, як і право кожного громадянина України Конституцією України та регламентується Законом України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", іншими Законами України, деякими Постановами Кабінету Міністрів України та наказами Міністерства охорони здоров'я України.

Конституція України гарантує кожному громадянину право на медичну допомогу у разі погіршення стану здоров'я, право на гідне життя, право на інформацію та інші права (статті 3, 27, 28, 49).

Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 року № 2801-XII зі змінами і доповненнями (далі – Основи) встановлює право кожного громадянина на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включно вільний вибір лікаря, методів і місця лікування (ст. 6, ст. 38 Основ).

Пацієнт, який досяг повноліття, також має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я (ст. 39 Основ).

Законодавчо закріплено право пацієнта, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, відмовитися від лікування (ст. 43 Основ).

Розвиток паліативної допомоги в Україні декларується у Заходах Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки, затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. Наказом МОЗ України № 368 від 03.07.2007 р. затверджено «Клінічний протокол надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію».

Важливим завданням законодавства щодо прав людини і комплексного підходу паліативної допомоги є гарантування і забезпечення невід'ємної гідності особи, принципів універсальності та недискримінації.

Хворий має право одержати доступну та правдиву інформацію щодо свого стану та прогнозу захворювання, призначення паліативної допомоги, методів та результатів лікування, можливих ускладнень та існуючих альтернатив, та дати згоду повідомити про це членів родини.

Таким чином, пацієнти, які страждають через невиліковні хвороби, мають право на вибір методів і місця лікування, право на інформацію про методи лікування та лікарські препарати, можливі наслідки їхнього впливу, право на першочергове забезпечення допоміжними засобами, доступність ефективного знеболення, забезпечення гідного життя до останніх хвилин, право погодитися або відмовитися від запропонованих лікарем засобів лікування тощо.

Заклад, де невиліковні (інкурабельні) хворі можуть отримати професійну, спеціалізовану, комплексну й багатопрофільну паліативну допомогу, в багатьох країнах називається хоспісом.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Новиков Г. А., Чиссов В. И. Паллиативная помощь онкологическим больным. — М.: ООД: Медицина за качество жизни, 2006. — 192 с.
2. Москвьяк Е.И., Билинский Б.Т. Морально-этические проблемы «Хосписа» — приюта для инкурабельных больных // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3. — С. 159.

Першу згадку про хоспіс (з латини – притулок, захисток) у близькому до сучасного значення можна знайти ще у письмових свідоцтвах Середньовіччя. Серед прочан, що йшли в Святі Землі, було багато людей, які сподівалися, що Всевишній позбавить їх від тяжкої хвороби. Дорогою вони зупинялися у монастирях для того, щоб перепочити. Приміщення, які надавалися таким людям, називалися хоспісами. Перший хоспіс у Радянському Союзі був створений в Санкт-Петербурзі у 1990 році. В Україні перші хоспіси з'явилися у 1996 році у Львові, Івано-Франківську (за ініціативи управління охорони здоров'я відповідних обласних державних адміністрацій) та Коростені (Житомирська обл., за ініціативи Української православної церкви та обласного осередку Товариства Червоного Хреста України). Отже, хоспіс – це заклад для невиліковно хворих людей, часто в термінальних стадіях захворювання, які потребують постійної сторонньої допомоги та догляду. Хоспіс – це не звичайна лікарня, тому що тут найголовніше не дороге медичне устаткування і прилади, а особлива атмосфера та персонал, який здатний зрозуміти пацієнта, розділити з ним радість і горе, посипчувати, утішити та заспокоїти.

**Висновок.** Паліативна і хоспісна допомога довела свою ефективність у покращенні якості життя невиліковно хворим пацієнтам з різними типами захворювань та обмеженим прогнозом життя та членам їхніх родин і повинна бути доступною для хворого цілодобово і надаватися в обсязі, прийнятному для пацієнта, відповідно до міжнародних стандартів та клінічних протоколів, з урахуванням потреб і згоди конкретного пацієнта вдома, у поліклініці (як консультативна послуга) або в стаціонарних лікувально-профілактичних закладах будь-яких форм власності з використанням різних організаційних форм медичного обслуговування, у тому числі, у денному стаціонарі, у спеціалізованих стаціонарах (хоспісах або відділеннях паліативної допомоги).

3. Андріішин Л.І., Дацун Н.Б., Кулікова І.І. Івано-Франківський Хоспіс – досвід роботи, проблеми та перспективи // Тези доповіді науково-практ. конференції «Онкологія – XXI». – К.: Купріянов О., 2003. – С. 139-140.
4. Callaway M. Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword / M. Callaway, F. D. Ferris // J. Pain Symptom Management. – 2007. – Vol. 33, (5). – P. 483–485.



## АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ПОДОЛАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЯК СКЛADOVA ПАЛІАТИВНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМ

О. М. Креховська-Лепявко, Ю. М. Когунь, Н. Б. Галіяш,  
В. Є. Городецький, Н. В. Петренко

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

У статті описано принципи застосування альтернативних методів боротьби з больовим синдромом під час догляду за вмираючим хворим. Показано, що фізичні методи впливу дозволяють зменшити рівень больових відчуттів у паліативних пацієнтів, тим самим даючи можливість знизити дозу медикаментозних протибольових засобів.

## ALTERNATIVE METHODS OF PAIN SYNDROME CONTROL AS A PART OF PALLIATIVE CARE

O. M. Krekhovska-Lepiavko, Yu. M. Kohun, N. B. Haliyash,  
V. Ye. Horodetskyi, N. V. Petrenko

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

The article adduces the principles of alternative techniques application to control pain syndrome during the care of dying patients. It is shown that the impact of physical methods allow to reduce the level of pain in palliative patients, thereby allowing to lower the dose of analgetic medications.

**Вступ.** Тема ставлення людини до смерті має загальнолюдське значення. Тут інтереси медицини переплітаються з інтересами релігії, філософії, мистецтва, психології і т.д. Відповідно до християнських поглядів, душа людини безсмертна, смерть існує тільки в межах земного (гріховного) світу, а в кожному конкретному випадку питання про життя і смерть, у кінцевому рахунку, в руках Творця (Бога). З численних філософських пояснень таємниці смерті наведемо матеріалістичне міркування старогрецького мудреця Епікура (341-270 р. до н.е.): "Найстрашніше зло – смерть, не має до нас ніякого відношення, тому що коли ми існуємо, смерть ще не присутня; а коли смерть присутня, тоді ми вже не існуємо".

Як правило, вмираючий хворий відчуває фізичні страждання.

© О. М. Креховська-Лепявко, Ю. М. Когунь, Н. Б. Галіяш та ін., 2011

Гіпократ стверджував, що якщо людина, у якої боляче тіло, не страждає, значить, у неї хвора ще й психіка.

**Основна частина.** Догляд за помираючим хворим – важке випробування для кожного медичного працівника, тому що важко зрозуміти своє безсилля. В цей період життя він стає для хворого найближчою людиною, допомагає жити (не втрачаючи людської гідності, задовольняючи фізичні, емоційні і духовні потреби), відчувати останні радощі.

Основні складники допомоги включають:

- емоційну, соціальну і духовну підтримку;
- симптоматичне лікування;
- психотерапію.

Медична сестра, доглядаючи за помираючим хворим, повинна вміти дати відповідь на такі питання пацієнта:

- В чому суть хвороби?

- Що можна зробити для поліпшення загального стану?
- Чи я буду страждати?
- Скільки я проживу?
- Чи зможу я залишитися вдома, чи помру в лікарні?

Це найважчі запитання. Для того, щоб обговорювати їх з хворим, потрібна чесність, такт і досвід.

Хворий хоче відчувати себе захищеним. Він чекає, щоб його заспокоїли, сказали, що він не буде страждати. Хворому важливо знати, що оточуючі роблять усе можливе, щоб він не відчував себе ізольованим, що від нього щось приховують. Найгірше для хворого – це відмова медичного працівника від допомоги.

Частою і гострою проблемою у помираючих хворих є біль.

Беручи до уваги складність і різноманітність патогенетичних механізмів виникнення хронічного болю, його терапія не може бути обмежена лише медикаментозними методами. У ряді випадків значне полегшення пацієнтові може принести застосування фізичних факторів, таких, як тепло, холод, світло, вода, механічний вплив, динамічне навантаження та електричний струм. Фізичні методи впливу часто дозволяють розірвати існуюче коло "біль – м'язова напруга – порушення кровообігу – біль".

Теплолікування особливо ефективно при лікуванні м'язових спазмів, міофасціального болю і загального кістково-м'язового дискомфорту, пов'язаного з нерухомістю і слабкістю. Нагрівання послаблює біль як конкурентний подразник, а також за рахунок прямого впливу на тканини. Відчуття тепла послаблює ноцицептивну передачу в дорзальних рогах спинного мозку і може викликати гальмівний ефект на рівні стовбура мозку. Місцевий ефект теплового впливу включає м'язову релаксацію, збільшення припливу крові і піддатливості тканин. Теплолікування поверхневих тканин проводиться за допомогою водяних або електричних грілок, а також спеціальними лампами. Прогрівання глибоких тканин досягається ультразвуком, короткохвильовою діатермією і мікрохвилями. Теплолікування може викликати ушкодження тканин і тому протипоказане:

- у зонах, що прилягають до металевих або синтетичних протезів;
- у зонах зі зниженою чутливістю, паралізованих частинах тіла або для ішемізованих тканин;
- в інфікованих зонах;

- безпосередньо над пухлинною ділянкою.

Кріотерапія дозволяє за рахунок дії холоду знизити місцеву запальну реакцію і зменшити вивільнення медіаторів запалення. Показана при спастичному м'язовому болю. Здійснюється локальним впливом мішура з льодом, холодною водою або зрошенням охолоджуючого агента, такого, як хлоретил. Кріотерапія протипоказана на ділянках з порушеннями чутливості і недостатнім кровопостачанням.

Механічні види терапії (дотик, масаж) – можуть полегшити біль, викликаний м'язовим спазмом, міофасціальними синдромами або загальним кістково-м'язовим дискомфортом, пов'язаним з нерухомістю і слабкістю. Свідомий дотик до пацієнта рукою чинить заспокійливу і зігрівальну дію і не має побічних ефектів. Застосовується в лікуванні з використанням вібраційної терапії для усунення м'язового болю, напруги, болю після ушкодження нервів і ампутацій. Масаж сприяє виробленню ендорфінів, загальному, у тому числі й м'язовому, розслабленню, є ідеальним засобом прояву турботи про хворого. Масаж повинен підготувати пацієнта до власної фізичної активності, а не замінити її.

Фізичні вправи, активні та пасивні, можуть поліпшити контроль за болем і послабити загальний кістково-м'язовий дискомфорт, пов'язаний з нерухомістю і слабкістю. Фізична активність стимулює вироблення ендорфінів, викликає позитивні емоції і підвищення настрою. У міру виконання адекватно дозованих навантажень може поліпшуватися загальна фізична форма пацієнта, що приглушує негативні прояви прогресування основного захворювання.

Мануальна терапія – виконуваний руками комплекс біомеханічних прийомів, направлених на усунення болю і відновлення рухливості суглобів і хребта. Процедури мануальної терапії дещо нагадують масаж, відрізняючись від нього обмеженою локалізацією ділянок застосування і дозованою силою дії, застосовується для лікування болю у спині неонкологічного походження. Мануальна терапія протипоказана пацієнтам з онкологічними захворюваннями при наявності або ймовірності метастатичного ураження хребта.

Ортопедичні пристрої і пристосування.

Протези, шини та інші підтримуючі пристосування можуть полегшити або запобігти виникненню болю завдяки стабілізації або іммобілізації хворобливих ділянок. Допоміжні пристрої для ходьби,

такі, як милиці, ціпки, відіграють важливу роль у профілактиці болю, пов'язаного з рухом.

Імобілізація, що забезпечує використання інвалідного крісла і постільний режим, є необхідною для пацієнтів, що страждають від сильного болю на фоні оптимальної аналгетичної терапії і використання описаних вище засобів фізичної підтримки.

**Висновки.** Підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити:

1. Поряд із дієвими та ефективними медикаментозними методами подолання больового синдрому

вагоме місце займають альтернативні методи купування болю, підбір яких повинен здійснюватися індивідуально.

2. Застосування альтернативних методів для послаблення больового синдрому дає можливість знизити дозу медикаментозних протибольових засобів у паліативних хворих.

3. Поєднання різних методів боротьби з хронічним болем забезпечить досягнення кращого ефекту, мінімізує побічні впливи і підвищить якість медсестринського догляду за вмираючими хворими.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Князевич В.М., Митник З.М., Губський Ю.І. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – №3 (11) . – С. 55–63.

2. Нестеренко А. Просто пожити по-людськи // Голос України. – 2007. – 11 груд. (№ 231). – С.11.

3. Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: A randomized, double-blind study. / Bruera E., Palmer J.L., Bosnjak S. et al. // Journal of Clinical Oncology. – 2004. – Vol. 22(1). – P. 185–192.

4. Ernst E. Manual therapies for pain control: Chiropractic and massage / E. Ernst // Clinical Journal of Pain. – 2004. – Vol. 20(1). – P. 8–12.



## ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

М. Ю. Кохан

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

---

Паліативна допомога – вид медичної допомоги, спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин, які стикаються з проблемами невиліковної хвороби. Основне завдання паліативної допомоги – забезпечення гідного життя до останнього подиху безнадійно хворої людини.

---

## BASIC PRINCIPLES OF PALLIATIVE CARE

М. Yu. Kokhan

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

Palliative care is any form of medical care or treatment that concentrates on reducing the severity of the disease symptoms, or slow the disease's progress, rather than provide a cure. It aims at improving quality of life, by reducing or eliminating pain and other physical symptoms, enabling the patient to ease or resolve psychological and spiritual problems, and supporting the partner and family.

---

**Вступ.** Старіння населення, екологічні обставини, що погіршуються, відсутність етіотропного лікування злоякісних новоутворень не дозволяють будувати оптимістичних прогнозів про зниження рівня захворюваності на онкологічні хвороби і, зокрема, про зменшення числа хворих на поширені форми злоякісних новоутворень.

Аналітичні матеріали про стан здоров'я українського народу вказують на несприятливу демографічну ситуацію. Сьогодні, коли продовжується зростання захворюваності на злоякісні новоутворення і збільшується число хворих з 4 стадією раку та невпинно зростає епідемія СНІДу, як ніколи гостро постає необхідність розвитку паліативної допомоги.

Щорічно в Україні помирає 767 000 громадян, з них;

- 85 % – 650 250 помирають вдома;
- 10 % – 76 500 в інших місцях;
- 5 % – 38 250 в лікарнях.

В Україні реєструється 160 000 хворих на рак, помирає від онкозахворювань понад 100 000 осіб; 85 000 пацієнтів, які є невиліковними хворими, по-

© М. Ю. Кохан, 2011

мирають у дискомфорті та страшних муках; тільки 5 000 невиліковно хворих людей можуть знайти притулок в лікувальних установах країни.

Адекватний об'єм паліативної допомоги в лікувально-профілактичних установах України надається на 422 ліжках, тобто тільки 0,04% потреби нашого населення. Іншим проводиться безсистемна медикаментозна терапія хронічного болювого синдрому дільничними терапевтами за місцем проживання пацієнтів.

**Основна частина.** Паліативна онкологія – одна з складних і серйозних розділів медицини і, напевно, найважча галузь паліативної медицини, оскільки тут йдеться не тільки про неможливість повернення здоров'я і відновлення нормальної життєдіяльності, але і про неминучу визначеність трагічного (смертельного) результату.

Провідними принципами паліативної допомоги є:

- полегшення болю та інших симптомів захворювання для підвищення якості життя пацієнта;
- поєднання медичних, психологічних і духовних аспектів догляду за пацієнтом;
- якомога довша підтримка повноцінного активного життя пацієнтів;

- навчання членів родини пацієнта правилам полегшення страждань близької людини та надання допомоги після смерті пацієнта, щоб справитися з горем, пов'язаним з втратою;

- використання досвіду та спілкування між пацієнтом та надавачем послуг для забезпечення оптимальної комбінації втручань і медикаментів;

- утвердження життя та розцінювання смерті як природного процесу;

- неможливість прискорити або відстрочити смерть.

Основним симптомом в таких хворих є біль, він вважається одним із самих розповсюджених і важких патологічних станів. За визначенням Міжнародної асоціації щодо лікування болю (IASP) – "Біль являє собою неприємне сенсорне і емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим пошкодженням тканини". Незважаючи на те, що цей симптом в цілому не досить характерний для первинних пухлин і в більшості випадків є супутником дисемінованих форм злоякісних новоутворів, від болю страждає близько 60 % всіх онкохворих, і приблизно 87 % хворих в термінальній фазі захворювання. Ці дані підтверджує Комітет ВООЗ щодо знеболення при раку – у 30-50 % онкологічних хворих біль є основним симптомом. Враховуючи той факт, що ріст онкозахворюваності буде зберігатися, у перспективі, за прогнозом ВООЗ, близько 90 % хворих, які перебувають на обліку, будуть потребувати лише паліативної терапії, у тому числі і знеболювання.

Біль несприятливо впливає на якість життя хворих, є психологічно руйнівним чинником і постійно нагадує про невиліковність та прогресування хвороби. Саме тому знеболювання є важливою складовою частиною паліативної онкологічної практики.

Особливістю догляду за хворими із злоякісними новоутвореннями є необхідність особливого психологічного підходу. Онкологічні хворі мають дуже лабільну, уразливу психіку, що необхідно мати на увазі на всіх етапах догляду за цими хворими. Питання про те, чи потрібно повідомляти хворому діагноз, дотепер залишається неоднозначним і викликає суперечки.

При догляді за онкологічними хворими велике значення має регулярне спостереження за їхнім станом (зважування, вимір температури тіла, харчування і фізіологічні відправлення, самопочуття, настрої та ін.), ведення спеціального щоденника самим хворим або його родичами, тому що будь-які зміни можуть бути ознакою прогресування хвороби.

У кожному конкретному випадку фахівці онкологічної служби навчають хворого й родичів заходам гігієнічного характеру, правильному режиму харчування, що має свої особливості при різних формах захворювання й методах лікування. У деяких випадках, особливо після оперативного лікування, необхідний спеціалізований догляд, здійснюваний медичною сестрою онкологічного диспансеру або спеціально підготовленим родичем.

У всіх випадках головним у догляді за онкологічними хворими є строге дотримання рекомендацій лікаря-онколога і доброзичливе ставлення до хворого з боку навколишніх, насамперед родичів. Потрібно вжити заходів проти спроб хворого лікуватися знахарськими засобами, що може призвести до непередбачуваних ускладнень.

Усяке захворювання відбивається на психіці хворого. При онкологічних захворюваннях це виражено більш чітко. Симптоматика пухлинного процесу, що розвивається, не короткочасна, а тривала і наростаюча. Це викликає тривогу. Тривалий біль чи порушення функції важливих органів (нудота, відсутність апетиту, важкість в ділянці патологічного процесу та ін.) роблять людину дратівливою, примхливою, складною для родини і колективу.

Прихований, непомітний для хворого вплив на центральну нервову систему вогнища злоякісного росту викликає в багатьох хворих безпричинну психічну депресію. Цей факт давно помічений клініцистами. Він враховується ними при діагностиці раку внутрішніх органів. Психічна депресія є однією з ознак початкової стадії раку шлунка, легень, кишечника, шийки матки і входить до синдрому "малих ознак раку", запропонованого академіком О. І. Савицьким для ранньої діагностики раку. Психічну депресію хворих повинні мати на увазі і члени родини при взаєминах з онкологічними хворими. Це полегшить розуміння багатьох вчинків хворого.

Не менш важливими, такими, що викликають глибокі зміни психіки хворого, є подразники, що надходять у кору головного мозку через другу сигнальну систему за допомогою слова. Слово впливає на кору головного мозку, на вищу нервову діяльність людини, є в одних випадках могутнім лікувальним фактором, а в інших – причиною психічної травми.

Чому така різниця в поведінці хворих? Перший, за класифікацією І. П. Павлова, належить до категорії людей зі слабким типом вищої нервової діяль-

ності. Другий – представник сильного типу вищої нервової діяльності. Онкологічні хворі зі слабким типом вищої нервової діяльності легкоранимі небережним словом, потребують моральної, психічної підтримки, охоче вислуховують заспокійливі слова онколога і близьких. Підхід до них повинен бути обережним. Будь-який висновок потрібно висловлювати після попереднього з'ясування ступеня наявності в ньому інформації. Більш сприятливі в цьому відношенні хворі з сильним типом нервової діяльності, із деякою інертністю нервових процесів, їх повільністю. Їх складніше вивести з рівноваги, у них відсутня бурхлива реакція.

В Україні паліативна допомога та стандарти її надання практично відсутні. Сьогодні жоден медик не може сказати скільки українців потребує паліативної допомоги. Адже такої допомоги потребують пацієнти з онкологічними, неврологічними, хірургічними захворюваннями та травмами незалежно від віку та статі.

У сучасних складних економічних умовах України розвиток ідей хоспісного руху і надання паліативної допомоги хворим здійснюється в столиці та обласних центрах, де більше фінансових і органі-

заційних можливостей. Однак необхідно відшукати можливості надання якісної паліативної допомоги жителям районів і сіл, там, де соціальна напруженість навколо проблем вмираючих хворих і їх близьких виражена набагато гостріше. Тому зараз як ніколи актуальна проблема надання паліативної допомоги значної категорії пацієнтів в умовах районних центрів та сіл.

**Висновок.** Світовий досвід розвитку паліативної медицини і паліативного догляду, його аналіз, всебічна оцінка дозволили сформулювати основні принципи, за яких цей напрямок може успішно розвиватися. В основі його лежить дуже важлива проблема, без вирішення якої вся система працювати не буде, і це, насамперед, стосується України. Цією проблемою є політичне забезпечення. За наявності такої бази уваги до соціальних проблем можна будувати систему паліативного лікування. Але є ще дві сторони, відсутність яких не дозволить розвивати систему паліативного лікування і догляду. Перша – це наявність освітніх програм і надійних способів підготовки персоналу на всіх рівнях за принципом "від волонтера до лікаря", друга – доступність лікарських засобів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Айстраханов Д.Д., Банчук М.В., Волинкін І.І. та ін. Загальний огляд медико-демографічної ситуації та аналіз тенденцій у сфері охорони здоров'я за останні п'ять років (2002–2006 рр.) // Україна. Здоров'я нації: науково-практичне видання. – К.: Видавництво "Експерт", 2007. – С. 7-16.

2. Москвьяк Є. Й. Організаційні проблеми надання допомоги інкурабельним хворим // Врачебное дело. –

2007. – № 4. – С. 86.

3. Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями: Сб.ст. / Под рук. Ф. Бриссе-Виньо, при уч. Б. Ажшенбом-Бофти: пер. с франц. – К.: Сфера, 1999. – С. 60.

4. Новиков Г.А., Чиссов В.И. Паллиативная помощь онкологическим больным. — М.: ООД: Медицина за качество жизни, 2006. — 192 с.

## ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА – НЕОБХІДНИЙ КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Л. М. Зубкович

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

---

У статті висвітлено принципи лікування в онкології, зокрема паліативної. Звертається увага на проблеми суспільства, держави у подоланні даного захворювання. Викладені основні положення щодо ефективності паліативного лікування.

---

## PALLIATIVE CARE – NECESSARY COMPONENT OF COMPLEX TREATMENT OF ONCOLOGICAL PATIENTS

L. M. Zubkovych

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

This article adduces the principles of treatment in oncology, particularly in palliative care. The attention is paid to the problems of society and the state in overcoming of this disease. The main provisions of the effectiveness of palliative care are focused in this article.

---

**Вступ.** За даними національних та міжнародних експертів, в Україні щороку не менше 500 тисяч осіб потребують паліативної допомоги. Окрім спеціалізованої медичної допомоги, такі пацієнти та їхні близькі потребують також відповідної соціальної, психологічної і духовної підтримки [1].

У світі вже багато років існує поняття паліативної медицини як окремої галузі медицини, ціла система лікування "приречених", "інкурабельних" пацієнтів [2-4].

Для лікування онкологічних хворих застосовують три основні методи: хірургічний, променевий і хіміотерапевтичний. Самостійно претендують на радикальність лікування злоякісних пухлин тільки хірургічний і променевий методи. Лікування онкологічних хворих може бути радикальним, паліативним і симптоматичним. Паліативні операції не виліковують, а лише полегшують умови існування організму і тих тяжких симптомів, які викликає ця пухлина.

**Основна частина.** Паліативна допомога на даний час є необхідним компонентом комплексного

© Л. М. Зубкович, 2011

лікування онкологічних хворих на всіх етапах, а в окремих випадках набуває самостійного значення. У зв'язку з цим, розробка питань організації паліативної допомоги хворим з поширеними формами злоякісних новоутворень і вдосконалення методів лікування цього контингенту хворих є актуальною науково-практичною проблемою, що вимагає рішення багатьох медичних, соціальних і економічних задач. Паліативна допомога складається з медичних, соціальних, психологічних та духовних компонентів.

Світовий досвід розвитку паліативної медицини і паліативного догляду, його аналіз, всебічна оцінка дозволили сформулювати основні принципи, за яких цей напрям може успішно розвиватися. Але в Україні для створення подібної системи слід подолати такі проблеми, як:

- політичне забезпечення (за наявності уваги до соціальних проблем можна будувати систему паліативного лікування);
- наявність освітніх програм і надійних способів підготовки персоналу на всіх рівнях за принципом "від волонтера до лікаря";

- доступність лікарських засобів.

У медицині існує також поняття "симптоматична терапія" – діяльність, що ставить задачу ліквідації або зменшення проявів хвороби, спрямована на зменшення симптому, що викликає сильні страждання, незалежно від його причини. Але поняття "паліативне лікування" ширше за поняття "симптоматична терапія", оскільки включає не тільки зняття симптомів, але має на увазі ширший комплекс лікувальних заходів, що адаптують всю особу хворого до тяжкості захворювання. Медична складова паліативної допомоги полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, в тому числі болю, консультуванні та навчанні пацієнта та його рідних і близьких навичкам догляду за хворим.

Згідно з існуючими визначеннями, паліативна медицина – це галузь наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є покращення якості життя та полегшення страждань пацієнтів з різними нозологічними формами хронічних невиліковних хвороб, переважно в термінальному періоді їх прогресування та за умов, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними. Паліативна допомога і етіотропна терапія повинні бути об'єднані в єдиний курс лікування пацієнта. Починати надавати паліативну допомогу необхідно до того, як симптоми стануть неконтрольованими.

Соціальний компонент паліативної допомоги має на меті підтримку найменш захищених верств суспільства, якими є невиліковно хворі в кінці їхнього земного життя. Відповідно до цієї мети, завданнями соціальної роботи у сфері паліативної допомоги є розширення можливостей пацієнта, з'єднання його з ресурсами, що забезпечують підтримку, забезпечення діяльності системи надання комплексних послуг таким особам, а також сприяння тому, щоб ця система відповідала потребам пацієнта.

Психологічний компонент паліативної допомоги вирішує завдання полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їхніх родичів та персоналу, залученого до надання паліативної допомоги, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати.

Паліативне лікування повинне бути доступним для хворого цілодобово і надаватися в обсязі,

прийнятному для пацієнта, відповідно до затверджених стандартів та клінічних протоколів. Тому ВООЗ визнає, що в кожній країні повинні бути створені відповідні служби для задоволення медичних і соціальних потреб паліативних хворих.

Заклад, де невиліковні (інкурабельні) хворі можуть отримати професійну, спеціалізовану, комплексну й багатопрофільну паліативну допомогу, в багатьох країнах називається хоспісом.

Паліативна допомога призначається незалежно від стадії захворювання або основного лікування, в поєднанні з іншою терапією, яка забезпечує подовження життя, наприклад, така, як хіміотерапія і променева терапія, та включає дослідження, що необхідні для кращого розуміння динаміки захворювання, контролю та запобігання клінічних ускладнень.

Концепція паліативної медицини формувалася протягом багатьох століть одночасно із становленням хоспісного руху. У 1987 році у Великобританії паліативну допомогу визнали самостійним напрямком медицини, а його визначення було таким: "Галузь медицини, що вивчає пацієнтів з пізніми стадіями прогресуючих захворювань, при яких прогноз несприятливий, й задачі лікування зводяться до підтримки якості життя й допомагає таким пацієнтам". Хоспіси також різняться за формами надання паліативної допомоги. Отже, хоспіс – це заклад для невиліковно хворих людей, часом в термінальних стадіях захворювання, які потребують постійної сторонньої допомоги та догляду.

**Висновки.** Головні принципи паліативної допомоги – полегшувати біль та інші тяжкі прояви хвороби, а також поєднання медичної опіки, духовної та психологічної підтримки.

Гуманність, терпеливість, розуміння, вміння надати медичну допомогу, психологічна підтримка хворого, його рідних та близьких є дуже важливими для людини, щоб гідно залишити земне життя.

Паліативна допомога – комплекс заходів та послуг, які спрямовані на покращення якості життя невиліковно хворої людини на останніх етапах її життя. Це означає зменшення страждань, підтримка максимально можливої активності та участі у суспільному та родинному житті.

За висновками ВООЗ, максимальний комфорт для невиліковних пацієнтів передбачає максимально можливе усунення болю та інших проявів хвороби. Зменшити або усунути сильний біль можна лише опіоїдними анальгетиками, у подібній ситу-

ації альтернативи не існує. Окрім знеболення та усунення інших симптомів прояву хвороби, паліативна допомога включає надання соціальної, духовної та психологічної підтримки хворому та

рідним. Тому така допомога є не лише медичною проблемою, вона потребує міждисциплінарного підходу і ефективної координації медичних і соціальних служб.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Новиков Г. А., Чиссов В. И. Паллиативная помощь онкологическим больным. — М.: ООД: Медицина за качество жизни, 2006. — 192 с.

2. Москвяк Е. И., Билинский Б. Т. Морально-этические проблемы «Хосписа» — приюта для incurable больных // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3. — С. 159.

3. Швецов О. Б., Навальнева О. В., Палій О. І., Фурсова Т. І., Сисоєв С. Є. Досвід запровадження паліатив-

ної медицини в клінічній лікарні Львівської залізниці // Практика і досвід. — 2007. — № 3. — С. 74

4. Stjernsward J. The Public Health Strategy for Palliative Care / J. Stjernsward, K. M. Foley, F. D. Ferris // J. Pain Symptom Management. — 2007. — Vol. 33, (5). — P. 486 – 493.

5. Андрієшин Л. І., Дацун Н. Б., Кулікова І. І. Івано-Франківський Хоспіс — досвід роботи, проблеми та перспективи. // Тези доповіді. Науково-практ. Конференції «Онкологія — XXI». — К.: Купріянов О., 2003. — с. 139-140.



## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ З ОБМЕЖЕНИМ ПРОГНОЗОМ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

**М. А. Федішин**

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
ННІ медсестринства*

---

У статті подано інформацію про актуальність, визначення і принципи паліативної допомоги в Україні і Європі. Аспекти оцінки психологічної, духовної та соціальної сфер якості життя пацієнтів та їх сімей, які зіткнулись з небезпечною для життя хворобою або подією.

---

## URGENT ISSUES OF IMPLEMENTATION OF PALLIATIVE CARE AND HUMAN PATIENTS WITH LIMITED PROGNOSIS OF LIFE IN UKRAINE

**M. A. Fedyshyn**

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky  
Institute of Nursing*

---

The article contains information about the relevance, definitions and principles of palliative care in Ukraine and Europe, aspects of psychological, spiritual and social spheres of life quality of patients and their families faced with life threatening illness or event.

---

**Вступ.** Найбільш гострою демографічною проблемою сучасної України є надзвичайно високий рівень смертності населення, який невинно рік у рік зростає. За даними Державного комітету статистики України, впродовж останніх п'яти років смертність в Україні становить близько 800 тисяч осіб на рік, у 2007 році смертність населення досягла рівня 16,4 %. Структура смертності за причинами смерті в Україні залишається незмінною впродовж останнього десятиліття. Перше місце посідають хвороби системи кровообігу. У 2007 р. на цей клас хвороб припадало більше як 480 тисяч (або 63,0 %) смертних випадків. Від злоякісних новоутворень у 2007 р. померло понад 90 тисяч (або 11,8 %) наших співвітчизників, від зовнішніх причин захворюваності і смертності, які включають нещасні випадки, травми та отруєння, а також самогубства, – більше як 65 тисяч осіб (або 8,6 %).

**Основна частина.** В Україні, як і в усьому світі, із збільшенням кількості людей літнього й старечо-

© М. А. Федішин, 2011

го віку, зниженням смертності від інфекційних захворювань, неминуче зростає захворюваність на злоякісні новоутворення і смертність від них. Сьогодні в Україні на обліку в онкологічних лікувально-профілактичних закладах перебуває понад 910 тисяч хворих на злоякісні новоутворення, щороку виявляється 160 тисяч нових випадків цього захворювання. Ріст онкологічної захворюваності є одним з найвищих в Європі. За даними Національного канцер-реєстру України, протягом першого року з моменту встановлення діагнозу помирає біля 40 % пацієнтів, 35 % померлих від раку є людьми працездатного віку. Однією з причин такої високої смертності у хворих на злоякісні новоутворення є пізня діагностика захворювання. Питома частка хворих з III-IV стадією хвороби складає близько 40%, що значно вище, ніж у країнах Європи та США. А відсоток виживання при визначенні діагнозу і лікуванні на третій становить 42 %, на четвертій – лише 13-14 %, тоді як при ранній діагностиці і своєчасному лікуванні ці по-

казники становлять, відповідно, на першій стадії захворювання – 92 %, на другій – 88 %.

Актуальність розвитку паліативної допомоги в нашій країні підтверджується і матеріалами досліджень, одне з яких було здійснене у 2006 р. міжнародним експертом М. Коклен (на замовлення Інституту Відкритого Суспільства, США) спільно з експертами Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів з використанням експертного опитування та методу "фокус-груп". Інші дослідження були проведені у 2008 р. експертами Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів та Асоціації паліативної допомоги, за підтримки Міжнародного Фонду "Відродження". Експерти проаналізували стан доступності опіоїдних анальгетиків в Україні та здійснили опитування пацієнтів хоспісного відділення Київської міської клінічної лікарні № 2. Враховуючи "особливість" респондентів, опитування здійснювалося у формі нефокусованого, глибинного інтерв'ю. Дані опитування не є репрезентативними, проте дають можливість здійснити оцінку ситуації із захистом прав паліативних хворих в Україні та доступністю для них правової допомоги. Також опитування допомогло визначити основні потреби невиліковно хворих, яким надавалася медична допомога у паліативних і хоспісних відділеннях.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) запровадила паліативну допомогу як окремий напрямок медицини у 1982 році. Спочатку паліативну допомогу визначали як догляд за людиною в останні дні її життя. У 2002 році ВООЗ розширила поняття паліативної допомоги. Сьогодні найбільш широко застосовується наступне визначення: **паліативна допомога — це комплексний підхід, мета якого — забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки.**

Цей підхід включає забезпечення адекватного знеболення пацієнта. При цьому біль розглядається як комплексне фізичне, соціальне, психологічне, духовне страждання. Відповідно паліативна допомога складається з медичної, соціальної, психологічної та духовної компонент.

**Медична складова паліативної допомоги** полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, в тому числі, болю, консультуванні та навчанні пацієнта та його рідних і близьких навичкам догляду за хворим.

Відповідно до сучасних міжнародних підходів та концепцій, паліативна медицина повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки. Декларація ВООЗ (1990) та Барселонська декларація (1996) закликають усі держави світу включити паліативну допомогу в структуру національних систем охорони здоров'я.

Згідно з існуючими визначеннями, **паліативна медицина — це галузь наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є покращення якості життя та полегшення страждань пацієнтів з різними нозологічними формами хронічних невиліковних хвороб, переважно в термінальному періоді їх прогресування та за умов, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними.** Починати паліативну допомогу слід паралельно з іншими видами лікування (наприклад, хіміо- чи радіотерапією, хірургічним або консервативним лікуванням) пацієнта з невиліковним хронічним захворюванням. Тоді як специфічне (патогенетичне або етіотропне) лікування спрямоване на видужання пацієнта, паліативна допомога повинна забезпечити профілактику і зменшення страждань, які виникають внаслідок невинного прогресування захворювання. Паліативна допомога та етіотропна терапія повинні бути об'єднані в єдиний курс лікування пацієнта. Починати надавати паліативну допомогу необхідно до того, як симптоми стануть неконтрольованими.

Рішення про припинення реанімаційних заходів приймають лікарі на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта. **Головною умовою прийняття будь-яких рішень є максимальне забезпечення прав та інтересів паліативного хворого, відвертість та взаєморозуміння між персоналом, залученим до надання паліативної допомоги, і родиною пацієнта.**

**Соціальний компонент паліативної допомоги** має на меті підтримку найменш захищених верств суспільства, якими є невиліковно хворі в кінці їхнього земного життя. Відповідно до цієї мети, зав-



даннями соціальної роботи у сфері паліативної допомоги є розширення можливостей пацієнта, з'єднання його з ресурсами, що забезпечують підтримку, забезпечення діяльності системи надання комплексних послуг таким особам, а також сприяння тому, щоб ця система відповідала потребам пацієнта.

**Психологічний компонент паліативної допомоги** вирішує завдання полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їхніх родичів та персоналу, залученого до надання паліативної допомоги, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати. Паліативна допомога також допомагає хворому зберегти максимально можливу активність до останнього дня життя. Психологічна підтримка родини хворого покликана зменшити негативний психоемоційний вплив та стрес, пов'язаний з невиліковним захворюванням рідної та близької людини, допомогти їм полегшити горе втрати, при необхідності – з використанням психологічного консультування після смерті хворого.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Айстраханов Д.Д., Банчук М.В., Волинкін І.І. та ін. Загальний огляд медико-демографічної ситуації та аналіз тенденцій у сфері охорони здоров'я за останні п'ять років (2002-2006 рр.). // Україна. Здоров'я нації: науково-практичне видання. – К.: Видавництво "Експерт", 2007. – С. 7-16.
2. Москвяк Є. Й. Організаційні проблеми надання допомоги інкурабельним хворим // Врачебное дело. –

Хворий, який потребує паліативної допомоги, **має невід'ємне право** на задоволення своїх **духовних потреб**, у тому числі шляхом релігійних відправ, у відповідності зі своїми переконаннями, соціальною, культурною та духовною ідентичністю або уподобаннями. У випадку, коли релігійна приналежність хворого є невизначеною або непевною, духовна підтримка має сприяти його духовній, релігійній або конфесійній самоідентифікації, якщо остання розглядається або сприймається хворим як проблема або потреба. Проте стан хворого та його оточення не можуть бути використані з метою прозелітизму або як засіб для останнього.

**Висновок.** Актуальність проблеми адвокації, захисту і забезпечення прав паліативних хворих та членів їхніх родин зростає рік від року, що зумовлено швидким постарінням населення України і збільшенням кількості людей, які помирають у старечому віці від важких хронічних захворювань, які супроводжуються важкими фізичними стражданнями, емоційними та психічними розладами, соціальними проблемами, що вимагає міждисциплінарної та міжвідомчої координації.

2007. – № 4. – С. 86.

3. Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями: Сб.ст./Под рук. Ф. Бриссе-Виньо, при уч. Б. Ажшенбом-Бофти: Пер.с фр. – К.: Сфера, 1999. – С. 60.

4. Новиков Г.А., Чиссов В.И. Паллиативная помощь онкологическим больным. — М.: ООД: Медицина за качество жизни, 2006. — 192 с.

## ДІМ ДЛЯ ВМИРАЮЧИХ

Н. Я. Фарійон

*Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня*

---

У статті розглянуто питання філософії існування Хоспісів – багатопрофільних закладів, що передбачають систему допомоги смертельно хворим людям під час останніх місяців їх життя.

---

## HOUSE FOR THE DYING

N. Ya. Fariyon

*Ternopil Regional Municipal Clinical Ppsychoneurological Hospital*

---

This article adduces the philosophy question about existing of Hospices – multiprofile institutions, that provide the care system for mortally ill people during the last months of their lives.

---

**Вступ.** У нашому житті існують неприємні сторони, про які багато кому не хотілося б навіть думати [1-2]. Одна з них – забезпечення права людини гідно піти з життя, яке є важливою складовою гуманістично-організованих суспільств, щоб відхід людини у вічність був для людини безболісним і не сповненим духовних страждань.

**Основна частина.** Хвороба, старість і смерть стали в суспільстві табу. Людей спонукають відчувати провину за прожиті ними роки і питання про вік і здоров'я стає майже образою як безтактовне нагадування про інвалідність у непідходящий момент, а думки про смерть – небезпечною патологією. Можливо, тому ми і не говоримо вголос про те, що смерть людини – таке саме велике таїнство, як і її народження. Можливо, тому і не звертаємо уваги на страждання хворих і немічних, оберігаючи свою власну психіку і своє здоров'я.

Страх перед болем, перед смертю, самотністю, відсутність професійної медичної допомоги пацієнтові – наша гірка реальність. Невиліковних хворих у нас віддають на руки родині. Часто така людина опиняється наодинці зі своїм болем, зі страхом наближення смерті чи стрімким збіганням останніх крапель життя. Почуваються такі люди тягарем для рідних і часто у них з'являється бажання припинити цю останню життєву агонію [1-4].

© Н. Я. Фарійон, 2011

Для цього існують Хоспіси – багатопрофільна програма, що передбачає систему допомоги смертельно хворим людям під час останніх місяців їх життя.

Мета Хоспісу – створити добрі умови для хворого та надати допомогу його родині. Паліативний догляд затверджує життя та розглядає вмирання як нормальний природний процес; паліативний догляд не прискорює і не віддаляє смерть. Він забезпечує систему підтримки родині під час хвороби їх близьких та на період скорботи [3-4].

Філософія Хоспісу (*мета паліативної допомоги інкурабельним хворим*) базується на таких принципах:

1. Крім хворого, обслуговуванням охоплюється і його родина. Оскільки втрата стосується всієї родини хворого, що вмирає, необхідно допомогти членам родини впоратися з шоком у зв'язку з хворобою близької людини та підготуватися до втрати, що наближається.

2. Хоспіс скоріше надає тимчасове полегшення, ніж лікує. Формою лікування тут є контролювання болю та інших симптомів, а не хірургічне втручання або ж інші лікувальні процедури. Тільки коли контролюються такі симптоми, як нудота, блювання та біль, хворий здатен прийняти соціальну, психологічну та духовну підтримку.

3. Хоспісне обслуговування забезпечується багатопрофільною бригадою професіоналів, а

саме лікарів, медичних сестер, працівників медичної надомної допомоги, соціальних працівників, священників та волонтерів. Дії всіх спеціалістів координуються лікарем бригади.

4. Хоспіс відрізняється від звичайного домашнього, стаціонарного догляду за хворим широким використанням праці волонтерів.

5. Обслуговування у рамках програми Хоспісу здійснюється цілодобово сім днів на тиждень. Якщо навіть члени родини ніколи не звертаються вночі за допомогою, вони мають бути впевнені в тому, що з медичною сестрою або ж соціальним працівником завжди можна обговорити проблеми, що виникають, та одержати від них необхідну допомогу.

6. Хоспіс – це всеоб'ємна програма, що передбачає надання допомоги незалежно від того, де знаходиться хворий – у стаціонарі чи вдома. Хворі не просто потрапляють з одних умов до інших, скоріше програма Хоспісу є мостом між цими умовами життя хворого та передбачає відповідальність за нього всюди, де б він не був, забезпечуючи таким чином безперервний догляд.

Кодекс хоспісу:

1. Хоспіс – це не будинок смерті. Це високоякісне життя до кінця.

2. Основна ідея хоспісу – полегшити біль та страждання як фізичні, так і душевні. Ми мало можемо самі по собі і тільки з пацієнтом та його близькими знаходимо величезні сили та майже невичерпні можливості.

3. Не можна прискорювати смерть і не віддаляти смерть. Кожна людина живе своє життя.

4. Час його не знає ніхто. Ми – лише супутники на цьому етапі життя пацієнта.

5. За смерть не можна платити. Як і за народження.

6. Якщо пацієнта не можна вилікувати, то це не означає, що для нього неможливо нічого зробити. Те, що вважається дрібницею в житті – для нашого пацієнта має величезний сенс.

7. Пацієнт та його рідні єдині. Будь делікатним, входячи в родину. Не суди, а допомагай.

8. Пацієнт завжди правий. Він мудрий, він ближче до смерті.

9. Кожна людина є своєрідним індивідумом. Не можна нав'язувати пацієнтові свої переконання та погляди. Пацієнт дає нам більше, ніж ми спроможні йому дати.

10. Репутація Хоспісу – перш за все.

11. Не квапся, приходячи до пацієнта. Не стій над пацієнтом – посидь поруч з ним. Як би мало часу

не було, цього достатньо, щоб зробити все можливе. Якщо думаєш, що не все встиг, спілкування з близькими тебе заспокоїть.

12. Ти повинен приймати від пацієнта все, включаючи й агресію. Перед тим, як що-небудь робити, зрозумій людину, перед тим, як зрозуміти – прийми.

13. Говори правду, якщо пацієнт цього бажає. Завжди будь готовий до правди та відвертості, але не поспішай.

14. "Незапланований" візит не менш цінний, ніж візит "за графіком". Частіше заходь до пацієнта. Не можеш зайти – подзвони, не можеш подзвонити – згадай і все-таки подзвони.

15. Хоспіс – це будинок для пацієнтів.

16. Не залишай свою доброту, чесність та відвертість у пацієнта – завжди носи їх з собою.

17. Головне, що ти повинен знати, це те, що ти знаєш дуже мало.

Відхід у хоспіс посилається на надання медичних послуг, емоційну та моральну підтримку та духовні ресурси для людей. Невиліковно хворий – страшний діагноз, який в один момент змінює все в житті людини. З'являється страх перед смертю, болем, самотністю, страх бути тягарем для близьких. І до цього звикнути не можна. З цим треба навчитися жити, навіть якщо залишилося недовго. Якість життя до останньої хвилини – це філософія хоспісу. Тут надається не тільки медична, але й фізична, соціальна, психологічна, духовна допомога. У хоспісі повинні надаватись послуги психолога і священника, бо дуже важливо, щоб люди не йшли на той світ озлобленими, щоб мали можливість когось простити, прийти в останні дні до Бога. Часто саме тут люди приходять до усвідомлення свого змісту життя. "Треба розуміти, що ми всі підемо з життя, просто ті, хто спіткнувся об хворобу, йдуть швидше. Ми залишаємося, але також колись підемо. Тому важливо, щоб вони йшли гідно і в любові.

Історії пацієнтів хоспісу, як правило, закінчуються однаково – сюди приходять, щоб в останні дні порадіти життю, і згасають як воскова свічка. Тут вони знаходять свою розраду, підтримку та надію. Хоспіс – це лікарня для хворих людей, які йдуть раніше, ніж ми. А ті, хто залишаються, повинні допомагати тим, хто йде".

Це заклад, в якому не кожен медичний працівник зможе працювати, адже тут потрібно бути сильним психологом. Є чимало таких випадків, коли люди просто звільнялися з роботи, бо не ви-

тримували психологічного напруження. Чи не саме тут медичні сестри найбільше стикаються з болем, стражданнями, жалем. Працюючи день і ніч, вони все більш розуміють, як треба служити, допомагати і любити хворих. Весь персонал повинен розуміти, що потрібно виконувати все, а не тільки конкретні обов'язки, вписані в посадових інструкціях. Привітність і позитивна налаштованість медперсоналу до хворих забезпечують комфортний клімат спілкування, додають настрою, запобігають конфліктам. Зовнішнім виявом ввічливості є привітний вираз обличчя, зацікавлений погляд, прихильні жести, посмішка. Звичайно, не завжди людина може перебувати у гарному настрої. Іноді обставини слугують підставою для смутку, роздратування, а це вимагає від іншого коректності і тактовності. Тактовність передбачає міру, якої треба дотримуватись у розмові. Коректна і тактовна людина здатна відчувати межу, за яку не можна виходити у взаємостосунках. Увага до іншого не повинна бути нав'язливою і нахабною, що корелюється такою рисою, як делікатність. Вона додає врівноваженості і стриманості, допомагає краще володіти собою, залишатись природним у поведінці. Радість є нашою потребою і силою. Медична сестра, яка вдосконалює у собі дух радості, почувається менш втомленою і завжди готовою виконувати добрі справи.

Потрібно розуміти, що за своїм близьким родичем не так просто доглядати, а тут чужі люди. Постійний контакт із людським горем дає велике навантаження на персонал, тому всі працівники хоспісу також постійно потребують підтримки психолога. Є такий термін, як "лікування собою". Насправді висококваліфіковані медсестри чи лікарі у медичних закладах не завжди можуть бути добрими працівниками хоспісу, бо працювати у хоспісі – означає не лише лікувати, але й дарувати

свою любов та милосердя, а ця постійна віддача спричиняє "синдром вигорання".

Хоспіси потрібні і з професійно-медичного погляду, оскільки надають таку допомогу важким хворим. Головне завдання, яке ставить перед собою хоспіс, – це боротьба з болем, який є найчастішим і найстрашнішим симптомом термінального періоду. Звідси з'явилася назва "симптоматичне лікування", тобто зниження симптомів болю в кожному конкретний момент. А це допомагає полегшити і психологічний стан пацієнта. До речі, в хоспісі надається психологічна підтримка не лише хворим, але й родичам, які втрачають близьку людину. Всі, хто переживають важкий період втрати, переходять певні психологічні стадії – депресії, озлоблення на світ тощо.

Щоденна розмова персоналу хоспісу із відвідувачами – це велика психологічна допомога.

Важливі хоспіси і з огляду на гуманність. Тут допомагають і пацієнтам, і їхнім родичам, надаючи можливість полегшити психологічний клімат у сім'ї. Адже щодня, щогодини, щохвилини бачити, як згасає життя близької, дорогої людини і не могли нічим зарадити, дуже важко. І найголовніше: проживши гідно життя, людина має право гідно померти.

Найбільше серце крається, коли люди живуть і помирають на вулиці. Яка ж це жахлива доля, який біль, яка несправедливість. Серед людей убогих і хворих є щораз більше вмираючих, які не мали нагоди пізнати щасливе життя, любов, опіку, нормальний людський контакт з іншою особою. Хоспіси надають сенс життя пропащому, зневіреному, знищеному, які втратили надію – тих людей, які за своє життя не зазнали нічого, окрім голоду, спраги, болю й поневір'янь на вулиці.

**Висновок.** Сьогодні світ має багато ліків від різних хвороб, але те, чого найбільше бракує, є любов і допомога близьким.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Шумада І.В. Життя матері Терези. – 2007. – 252 с. 101-107, 139-144, 165-173, 215-226.
2. Лях К.Ф. Хоспис: допомога умираючим в сучасному суспільстві. – Издательский дом "Русский врач", 2008. – 2380 с.

3. Макарова О. Демографічні проблеми і соціальна політика // Праця і зарплата. – 2007. – 5 груд. (№45). – С. 4–5.
4. Миллионщикова В.В., Лопанов П.Н., Полишкис С.А. Хосписы. – Москва, 2003. – 280 с.

## ON–LINE ОСВІТА – МОЖЛИВІСТЬ ОТРИМАННЯ ДОДАТКОВИХ ЗНАНЬ У ВІЛЬНИЙ ВІД РОБОТИ ЧАС

С. О. Коноваленко

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

---

У статті розглянуто питання впровадження дистанційної освіти як один із елементів при реформуванні освітньої системи в Україні.

---

## ON–LINE EDUCATION AS AN OPPORTUNITY TO ACHIEVE NEW KNOWLEDGES SAVING YOUR TIME

S. O. Konovalenko

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

---

The article adduces the issues of distant education implementation as on important element of educational reform in Ukraine.

---

**Вступ.** З кожним роком можливості штучного інтелекту зростають, комп'ютерні технології дають людині все більше можливостей для розвитку – технічного, творчого, інтелектуального. Багато аспектів життя перенесено у мережу Internet, що дозволяє нам більше встигнути, дізнатися нове та цікаве, долаючи відстані і час. З іншого боку, завдяки мережі Internet потік інформації звідусіль настільки великий, що досягнути її хоча б зором – неможливо, не кажучи вже про сприйняття. На допомогу приходить on-line-освіта, яка концентрує у собі найголовніше з тієї чи іншої сфери життя суспільства.

**Основна частина.** Світовий процес переходу до інформаційного суспільства, а також економічні, політичні і соціальні зміни, які відбуваються в Україні, зумовлюють необхідність прискорення реформування системи освіти. Перш за все, це стосується задоволення освітніх потреб громадян протягом всього життя, забезпечення доступу до освітньої і професійної підготовки всіх, хто має необхідні здібності і адекватну підготовку.

Національною програмою "Освіта. Україна XXI століття" передбачений розвиток освіти на ос-

© С. О. Коноваленко, 2011

нові нових прогресивних концепцій, впровадження в навчально-виховний процес новітніх педагогічних технологій і науково-методичних досягнень, створення нової системи інформаційного забезпечення освіти, входження України в трансконтинентальну систему комп'ютерної інформації.

На сьогодні існує достатня кількість сучасних технологій, що довели свою ефективність і результативність. Але ми повинні пам'ятати про те, що студенти більш успішно засвоюють і пізнають те, що їм цікаво, тобто в них має виникнути потреба в інформації, а комп'ютер сам по собі є потужним мотиваційним поштовхом на сучасному етапі навчання, тому що на даний час всі сфери діяльності суспільства по-різному його використовують.

Найбільш ефективному рішенню вказаних проблем сприяє дистанційне навчання, здійснюване на основі сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій.

В Україні вже кілька років впроваджується форма дистанційного навчання. Залишаючись удома, учасник навчального процесу має змогу контактувати з викладачем-модератором, перебуваючи з ним на значній відстані. Іншими перевагами є індивідуальний підхід до кожного "учня",



залежно від рівня засвоєння ним програми, та майже повна відсутність особистісного фактора та можливість швидкого доповнення курсу новою інформацією.

Дистанційна освіта припускає безліч нових способів навчання. Студенти мають право вибирати, в числі іншого, як навчатимуться, які матеріали вони використовуватимуть – друкарські або електронні. Матеріально-технічне забезпечення дистанційної освіти утруднюють види зарахування, що ускладнилися, засоби доставки і способи подачі матеріали. Тому багато навчальних закладів або взагалі обходять дистанційну освіту стороною, або використовують його спрощену версію, що продиктоване труднощами в управлінні і викликаним зростанням витрат.

Якщо порівнювати витрати на навчання за традиційними формами освіти і витрати на дистанційне навчання, то можна прийти до висновку, що дистанційне навчання має ряд переваг. Так, наприклад, із загальних витрат на навчання можна відняти витрати на проїзд до центру навчання і мешкання в період навчання. Крім того, час для вивчення матеріалу вибирає студент самостійно, що дозволяє людині гнучкіше використовувати свій час, значно економити його для інших важливих справ і роботи.

Як показує досвід провідних університетів США, собівартість дистанційного навчання істотно нижча, оскільки головним чинником собівартості є оплата праці викладачів, яка в загальному підсумку залежить від кількості студентів на одного викладача. У разі дистанційного навчання це відношення може бути змінене у бік збільшення кількості студентів на одного викладача.

У системі традиційної освіти існують певні обмеження на час навчання, так звані семестри. У цей термін студент повинен укластися і здати необхідні дисципліни. Проте якщо студент готовий скласти іспити значно раніше від закінчення семестру, існують певні проблеми і складнощі в здійсненні цього задуму. У дистанційному навчанні таких обмежень немає. Навчальні матеріали, тести та іспити доступні студентові у будь-який час. Він може самостійно вибирати час і об'єм матеріалів, що вивчаються, і може, наприклад, за два-три дні інтенсивних занять вивчити і здати дисципліну, а за тиждень або місяць – скласти іспити за весь семестр. Це особливо зручно людям, які вже мають базовий рівень освіт, і вирішили розширити свої знання.

Студент не обмежений територіально тим місцем, де він повинен здобувати дистанційну освіту. Існує одне обмеження – можливість доступу до середовища передачі інформації. Так, наприклад, відео- і аудіокасети з навчальним матеріалом можуть бути вивчені студентом або в домашніх умовах, або в будь-якому іншому місці, де є аудіо- і відеоапаратура. Електронні курси і тести на базі Інтернет-технологій можна переглядати в будь-якому місці, де є доступ до Інтернету, на решті, звичайні книги і брошури студент може отримати поштою в будь-якій поштової установі.

Кожний з нас звик засвоювати інформацію і знання по-своєму. Одному необхідно довго повторювати і "вищерблювати" новий матеріал, іншому достатньо побіжного погляду, щоб зрозуміти суть, третій схильний до вивчення за методом від приватного до загального, четвертий, навпаки, вважає за краще спочатку вивчити теорію, а потім приклади. Скільки людей, стільки і переваг. У дистанційному навчанні завдяки великому спектру можливостей і технологій у студента з'являється можливість самостійно вибрати, яким способом він вивчатиме обрану дисципліну.

Можливо, хтось спочатку захоче познайомитися з відеоматеріалами, потім вивчити теорію, закріпивши тестом на практиці, а хтось все зробить навпаки, почне з тренувального тесту, щоб усвідомити об'єм необхідних знань, потім вивчить ці знання на основі теоретичних матеріалів, а потім прогляне практичні приклади на відео. Свобода вибору стилю навчання характерна дистанційному навчанню.

Студентам, що навчаються за дистанційними програмами, доводиться мати справу з новітніми технологіями уявлення і обробки інформації, такими, як комп'ютерні технології, відео- і аудіотехнології, ширококомовні кабельні і супутникові системи, Інтернет та ін. Тому їм мимоволі доводиться освоювати ці технології, отримуючи додаткові навички і уміння, які значно підвищують загальноосвітній і технічний рівень студента. Безліч освітніх установ готують і випускають фахівців з певного профілю.

Часто спеціалізація залежить від потреб регіону, в якому розташований вуз. Що ж робити студентові, охочому самостійно вивчити "непопулярні" в цьому регіоні дисципліни і науки? Студент знаходиться перед вибором – або їхати вчитися у віддалений навчальний заклад, або за допомогою доступних йому технологій вступити в програму дистанційного навчання цього закладу. Багато хто



вибирає шлях отримання знань за допомогою дистанційного навчання.

**Висновок.** Отже, дистанційне навчання це дешевший спосіб отримання знань, який дає можливість вибору власних темпів навчання, вивчати матеріали на території найбільш відповідній студентів, використовувати різноманітні засоби і способи навчання, отримувати додаткові знання та освіту у віддалених навчальних закладах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бут В. Дистанційне навчання – вимога часу // Директор школи. – 2004. – № 1. – С. 28-29.

2. Денисов Д.О. Дистанційна освіта в Україні // Актуальні питання дистанційної освіти, порівняння сучасного стану дистанційної освіти в Україні та країнах Західної Європи: зб. наук. праць: у 2 ч. – Суми, 2004. – Ч. 1: Педагогіка та методика навчання і виховання. – С. 44-48.

3. Жилінкова І. Дисертаційна освіта: комп'ютерні ко-

On-line-освіта – це самостійне навчання, незалежне від матеріального забезпечення, місця проживання чи стану здоров'я. Це – внутрішня мотивація, самодисципліна і творчий підхід. Вона може відбуватися в будь-якому місці і в будь-який час за умови доступу до мережі Internet, що робить процес навчання захоплюючим і повноцінним. Адже хто володіє інформацією – той володіє світом.

мунікації в сучасній освітній діяльності // Управління освітою. – від 4 лютого 2003 р. – № 1.

4. Про затвердження Положення про дистанційне навчання: Наказ МОН України від 21.01.2004р. № 40 // Офіційний вісник України. – 2004. – № 15. – С. 241-253.

5. Саввін А.О. Дистанційне навчання: Сутність та зміст // Педагогіка та психологія: зб. наук. праць Харківського держ. пед. ун-ту ім. Г.С. Сковороди. – Харків, 2001. – Вип. 17. – С. 21-27.

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

---

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 153 хворих на гострий холецистит. Запропоновано діагностично-лікувальний алгоритм.

---

## SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

---

The analysis of results of surgical treatment in patients with acute cholecystitis, was conducted. A diagnostically-medical algorithm was offered.

---

**Вступ.** Однією з актуальних проблем абдомінальної ургентної хірургії залишається лікування гострого холециститу. До останнього часу серед хірургів не припиняється дискусія з приводу раціональної тактики, керуючись якою хірург зміг би вирішити питання – коли показана і в які терміни слід виконати операцію з максимальною користю для хворого. Кожний автор трактує показання та терміни виконання операцій по-своєму, через що хірургічна активність при гострому холециститі, за даними різних авторів, коливається від 10 до 80 %. Проте втрата оптимальних термінів хірургічного втручання у хворих на гострий холецистит погіршує умови його виконання та збільшує кількість інтра- й післяопераційних ускладнень. Нами протягом останніх 20 років ретельно вивчалися питання хірургічного лікування хворих на гострий холецистит. Внаслідок чого, останнім часом період стриманої та активної тактики при гострому холециститі змінився новими підходами.

**Основна частина.** Вибір методу та термінів оперативного лікування хворих на гострий холецистит ґрунтувався на даних клінічного обстеження, дослідженні основних показників загального, біохімічного аналізів крові, активності ферментів, стану перекисного окислення ліпідів та імунітету у ступеня морфологічних змін печінки, жовчного

© О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук, 2011

міхура та жовчних шляхів. Залежно від вираженості таких порушень ми запропонувати алгоритм вибору термінів виконання операції. 1. У хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом, при відсутності супутніх захворювань незалежно від віку – показана екстрена операція. 2. При гострому холециститі, ускладненому перитонітом, і наявності фонових супутніх захворювань – показана термінова операція, при цьому тривалість передопераційної підготовки лімітується динамікою прогресування загальної патології. 3. У хворих з гострим деструктивним холециститом без симптомів розлитого перитоніту, при відсутності супутніх захворювань, показана теж термінова операція. 4. При наявності супутньої патології – відстрочена рання операція, після здійснення інтенсивної передопераційної підготовки й корекції порушених функцій організму. 5. Хворі на гострий холецистит без ознак перитоніту у віці 60 років і старше, у яких мають місце супутні захворювання, зниження реактивності організму, потребують передопераційної підготовки і корекції порушених функцій органів і систем, цим хворим показана відстрочена пізня операція. 6. При наявності гострого холециститу, ускладненого механічною жовтяницею, холангітом при відсутності супутніх захворювань, показана теж відстрочена рання операція. Проте у хворих з гострим холециститом, усклад-

ним панкреатитом, дотримувалися максимально консервативної хірургічної тактики, і лише при відсутності ефекту від проведеного лікування та погіршенні стану хворого виконували оперативне втручання, направлене на зняття жовчної гіпертензії та обмеження деструктивного запалення у підшлунковій залозі. Радикальну операцію доцільно здійснювати лише після стихання запальних процесів. 7. У ослаблених та у хворих похилого віку з ускладненим холециститом оперативні втручання доцільно проводити в два етапи, з використанням на першому етапі лапароскопічних технологій. У тяжких хворих похилого і старечого віку з деструктивними формами гострого холециститу, а також при наявності клініки біліарного панкреатиту, механічної жовтяниці, проводили лапароскопічну декомпресію жовчних шляхів за допомогою катетера діаметром 2 мм, герметичність якого створювали за допомогою нанесення клею МК-8. При сприятливому перебігу захворювання або відмові хворого від операції після стихання гострих явищ, катетер із жовчного міхура видаляли на 12-14 добу. Останнім часом, поряд з дренажуванням жовчного міхура, нами проводиться лапароскопічний контроль за перебігом запального процесу стінки міхура у цих хворих за допомогою фіброхоледоскопа "Pentax FSP 9 P" зовнішній діаметр якого – 3,2 мм, який вводимо через дренажну трубку, підведену до мікрохолецистостоми. За допомогою такого контролю

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Березицький Я.С., Ширяєв С.З., Березицький В.Я. Інтраопераційні й ранні післяопераційні ускладнення лапароскопічної холецистектомії // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 3. – С. 58-59.
2. Захараш М.П., Семендей М.І, Захараш Ю.М. Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гост-

ми мали можливість більш точно і об'єктивно оцінювати динаміку перебігу запального процесу і своєчасно підходити до вибору термінів, виду і об'єму оперативного втручання.

Із загального числа обстежених за екстремними показаннями у перші 4-6 години після інтенсивної передопераційної підготовки оперовано 22 (14,3 %) хворих. За терміновими показаннями, при відсутності ефекту від інтенсивної консервативної терапії і покращення стану хворого протягом 6-24 години, операції здійснили у 116 (75,8 %) хворих, і 15 (9,8 %) оперовані у відстроченому порядку, після клінічного покращення загального стану та ретельного обстеження хворого (лабораторного, УЗД та ін.). Розроблена в клініці тактика та упорядкування термінів виконання операцій у хворих на гострий холецистит дали можливість своєчасно і диференційовано підходити до вибору хірургічного методу лікування в кожному конкретному випадку захворювання й попередити виникнення різних інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

**Висновки.** Таким чином, упорядкування термінів виконання операцій та індивідуальний підхід до вибору методу та способу хірургічного лікування хворих на гострий холецистит дав можливість значно покращити результати лікування, попередити виникнення різних ускладнень з 3,0 % до 0,15 % та зменшити післяопераційну летальність до 2,0 % [3].

рому холециститі? // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 47-49.

3. Мішалов В.Г., Гойда С.М. Шляхи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 74-77.