

ротнась. На кожныя 10000 народжаных дзяцей памірала 269 ва ўзросце да 1 года, 43% памірала ва ўзросце да 5 гадоў.

У цэлым падчас Расійскай імперыі ахова здароўя на Беларусі патрабавала значнага развіцця.

ПРИОРИТЕТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЭТИКИ И НРАВСТВЕННОСТИ, СОЗДАННУЮ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ

Самойло Л.Л., Смирнова Г.Д., Губарь Л.М., Резник Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский колледж»

В современном мире растет доля людей пожилого возраста. В целом, в экономически развитых странах, доля лиц старше 60 лет составляет 22–32% общей численности населения, в нашей стране – более 25%. Происходящие с людьми возрастные изменения обуславливают общее негативное отношение к старению. К сожалению, очень трудно изменить в лучшую сторону взгляды общества в целом, но для будущих медработников главным приоритетом должно стать положительное видение старения в системе медико-социального обслуживания пожилых и престарелых граждан, особенно через призму милосердия и доброты, заботы и защищенности, общения, уважения и внимания, помощи и понимания.

Почти 100 лет назад Флоренс Найтингейл определила приоритеты организации сестринского ухода: «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезни, техническую – для ухода за больным». Сестринский уход означал последовательную смену действий, выполненных медсестрой по отношению к пациенту с целью предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения до минимума, возникающих у него проблем и трудностей. Но сестринский процесс многогранен и не может быть сведен в набор стандартных паттернов поведения: в каждом действии, в каждом вербальном и невербальном аспекте содержится, помимо его непосредственного значения и закономерности, то или иное психотерапевтическое воздействие. Каждым своим словом, поступком мы что-то внушаем себе и окружающим. Это влияние особенно сильно на психику пожилого человека, который часто неосознанно ищет дополнительную информацию о своем состоянии в поведении окружающих.

Высокая планка требований к специалистам среднего медицинского звена диктует необходимость развития личностных качеств, соответствующих позициям этики и деонтологии. В процессе общения с пациентами, медицинские сестры могут наблюдать и исследовать симптомы тех или иных заболеваний. Подобная информация может оказаться полезной для врачей при постановке ими диагнозов заболеваний. Наблюдение играет большую роль в тех случаях, когда человек не может ясно объяснить свои проблемы. Ведь обсудить с медсестрой или другим приходящим медперсоналом свои тревоги жалобы и симптомы значительно легче. Медикам необходимо наблюдать за реакциями пожилых людей на лекарства (проявление побочных эффектов). Медикам необходимо знать причины и уметь различать признаки проявления возможных изменений, а также оказывать клиентам помощь в адаптации к ним, а в случае обнаружения острых изменений, необходимо своевременно предоставлять медицинскую помощь. Именно это стало отправным моментом в проведенном нами начиная с 2005 года учебном исследовании, которое охватило: 547 медиков и 218 пожилых пациентов и позволило выяснить: с одной стороны, каков сегодня образ жизни у пожилых пациентов в больницах г. Гродно и у пациентов ОСУ - отделений сестринского ухода (как меняются структура их повседневности, круг общения, социальный статус и материальное положение - иначе говоря, что представляют собой сегодня старость и старение), а с другой стороны – мы проанализировали приоритеты медиков и учащихся колледжа по сестринскому уходу за пожилыми пациентами.

В основном отношение к нашему опросу было доброжелательным, а пожилыми респондентами расценивалось как хоть какое-то внимание, как они выражались. Поэтому первым пунктом нашей анкеты было выяснение – пациентов, с какого возраста респонденты считают себя пожилыми. Начало старости у молодых людей чаще соотносится со временем выхода на пенсию – 55-60 лет. Но если для каждого десятого молодого человека 50-летний пациент уже считался пожилым, то только лишь каждому четвертому пенсионеру 60 лет хотелось бы, чтобы его считали пожилым. У работающих медицинских сестер разных возрастных групп существенных различий в определении границы старения не наблюдается.

Основная нуждаемость по возрастному распределению пациентов в обычных стационарах города Гродно распределилась практически равномерно на 2 возрастные группы 50–59-летних и 60–69-летних, а далее, и особенно в возрасте 80 лет и старше, пациентов всего было около 2%. У медицинского персонала предпочтительным возрастом для ухода за пожилыми пациентами оказался возраст 50–60 лет, по мере его увеличения пациенты становятся «сложными», «требовательными», «капризными»...

Личностное отношение к пожилым пациентам осознанно, либо неосознанно, всегда соотносится с собственными возможностями и представлениями, а также идущими извне требованиями. Среднестатистический анализ коммуникативных установок показал, что у 1/3 медперсонала и пожилых пациентов открытая жестокость в отношениях присутствует – это происходит, когда не скрывается негативная оценка по поводу большинства окружающих: выводы о них резкие, однозначные. Чаще всего это было присуще работающим медсестрам, пациентам ОСУ и вообще пожилым пациентам. Завуалированная жестокость в отношениях к людям, в суждениях о них, настороженность присущи как 21% медработников, так и пожилым пациентам (особенно пациентам ОСУ). Это свидетельствует о том, что мелкие проблемы других их не интересуют, что им просто не хочется замечать их. Максимальные значения обоснованного негативизма в суждениях о людях оказались у 1/3 всех медработников. Основной способ его выражения – это объективно обусловленные отрицательные выводы о некоторых типах людей и отдельных сторонах взаимодействия: ведь в жизни имеют место огорчительные явления, не замечать которые было бы наивно. Склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с пациентами и в наблюдении за социальной действительностью оказалась высокой у 1/4 учащих колледжа и 1/3 участников ВОВ.

Негативный личный опыт общения с окружающими прослеживался в группах учащих – недостаток коммуникативных умений в общении с пациентами или боязнь последних – это явление, приходящее с опытом, и у медсестер ОСУ – здесь он играет роль конденсатора, который удерживает постоянное высокое напряжение отрицательной энергии эмоций – порой достаточно небольшого провоцирующего обстоятельства, чтобы такой опыт воспроизвелся в сознании и поведении личности и отразился на отношениях с людьми. Общий анализ общего среднестатистического балла свидетельствует о наличии выраженной негативной коммуникативной установки в группах всех медсестер, пожилых пациентов и пациентов ОСУ.

Есть еще один угол зрения – это жизненные эмоции в разном возрасте. Судя по ответам на вопрос, о том, какие чувства и эмоции определяли их настроение в последние 2 – 3 недели, только у наших учащих преобладающими оказались положительные эмоции, у работающих преобладание положительных эмоций в какой-то мере, возможно, обуславливало их пребывание на переподготовке, а вот в возрастных группах, начиная от 50 лет, отрицательные эмоции не только преобладали, но частота их упоминаний шла по нарастающей. Чем старше, тем чаще настроение определяется усталостью, беспокойством или тревогой, беспомощностью, печалью, страхом; тем реже надежда на лучшее, у них меньше интереса к жизни, спокойствия, решимости.

Среднестатистический анализ эмпатических способностей проводился только у представителей медицины, как по показателям отдельных шкал, так и по их общей среднестатистической суммарной оценке уровня эмпатии. У половины всех опрашиваемых оказался средний уровень эмпатии, а среди медсестер ОСУ высокий уровень эмпатии не наблюдался вообще. Распределение оценок с учетом значимости параметров выявили тенденцию к преобладанию эмоционального канала эмпатии (42%

случаев во всех группах), при этом у респондентов четко прослеживается способность входить в эмоциональный резонанс с окружающими - сопереживать, соучаствовать. Не менее значимой для 37% оказалась и проникающая способность в эмпатии, позволяющая создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Рациональный канал эмпатии оказался наиболее значимым для медсестер ОСУ. Он характеризует направленность внимания на сущность человека - на его состояния, проблемы, поведение - пациент привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет непредвзято выявлять его сущность. Интуитивный канал эмпатии оказался более выраженным у молодежи. Их балльная оценка свидетельствует о способности действовать в условиях дефицита исходной информации о пациентах, опираться на интуицию.

Определение приоритетов медперсонала больниц и у учащихся колледжа при уходе за пожилыми пациентами затруднений не вызвали. Главное – это профессиональная компетентность. Тем не менее, выяснилось, что те будущие медработники, которые сами имеют проблемы со здоровьем, ценят больше всего в уходе защищенность и общение. Проводя оценку качеств, необходимых им для ухода за пожилыми: будущие медицинские сестры выбрали умения, касающиеся любых изменений состояния пациента.

Подводя итог, мы хотим процитировать Кофи Аннана: «Старение населения – это не бремя для человечества, это наше с вами будущее достижение, это общее достижение, это результат победы над болезнями, это результат повышения уровня жизни, это наше социальное завоевание». Развитие человеческого вида идет от человека разумного к человеку мудрому, активно использующему накопленный опыт, поэтому сегодня лозунг "почетной старости", должен смениться лозунгом "активное долголетие". Общество должно осознать важность, необходимость большого числа пожилых людей, научиться продлевать жизнь индивидуума, создать систему, обеспечивающую максимальную отдачу старшим поколением. Поэтому от медицинских работников требуется как их профессионализм, так и их терпение и понимание.

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЛАЗАРЯ ЯКОВЛЕВИЧА СИТЕРМАНА (1894-1941)

Семенова А. Н., Замойский А. С.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
ГУ «Белорусский научно-исследовательский центр электронной документации»*

Исследовательский интерес представляет судьба белорусских медицинских работников, внесших значительный вклад в развитие отечественного здравоохранения. В период нацистской оккупации медицинская наука Беларуси понесла громадный ущерб. Шокирующим случаем стала расправа нацистов над известным еврейским врачом профессором Лазарем Ситерманом, которого оккупанты подвергали изощренным издевательствам. Гибель этого ученого (выдающегося терапевта и кардиолога республики) стала невосполнимой утратой для белорусской медицинской науки. Материалы о его деятельности отложились в архивах республики, литературе того времени, воспоминаниях, в том числе его сына Якова Этингера (Ситермана), которому удалось бежать из Минского гетто, после войны он был усыновлен профессором Второго московского медицинского института Яковом Гиляриевичем Этингером [1].

Лазарь Яковлевич Ситерман родился в семье фармацевта в Мозыре. В Российской империи для многих евреев медицинская специальность давала в будущем возможность карьерного роста, так как при поступлении на другие специальности существовали ограничения. Он поступил на престижный медицинский факультет Юрьевского (Дерптского) университета (в настоящее время Тарту в Эстонии). Окончание учебы в 1916 году пришлось на период Первой мировой войны. Ситерман был призван в действующую армию и служил терапевтом в госпиталях на Западном фронте, затем был мобилизован в Красную Армию [1]. Переход в гражданскую медицину совпал с по-