К проблеме становления института семейной медсестры в Армении – информированное согласие населения

А.М.Кушкян

Кафедра сестринского дела НИЗ МЗ РА

375014 Ереван, ул. Комитаса 49/5

При разработке любой здравоохранной программы следует учитывать следующие положения:

- здоровье народа – здоровье миллионов индивидуумов;
- программа нужна народу, а не правительству;
- программа должна поддерживаться народом, а не насильственно сверху.

Если исходить из этих постулатов, то для реализации программы нужна полная информированность объекта программы (населения) и субъектов (медицинских работников). К сожалению, следует отметить, что информированность населения основывается на сведениях, получаемых неофициально, отсутствуют грамотное использование средств массовой информации (для населения) и соответствующее предметное объяснение (для медработников).

Мы попытались выяснить степень информированности нашего населения о роли и месте семейной медсестры, и готовность доверить ей свое здоровье (как они понимают ее функции). Мы опросили 282 семьи, в которых один из членов хоть раз побывал в стационаре и нуждается в постоянной медицинской помощи. Нас интересовал вопрос – хотят ли они, чтобы их постоянно патронировала одна медсестра. Положительно ответили 73.8%. Видоизменив вопрос, мы выяснили, что 68.8% связывают этот патронаж с понятием “семейная медсестра”, 8.5 – отрицают ее необходимость, 11.3 – затруднились ответить и 19.9% не дали ответа. Вполне вероятно, что последние два варианта ответа могут быть результатом недостатка информации относительно роли семейной медсестры. Это предположение в известной степени подтверждается вариантами ответов на вопрос – для чего им нужна семейная медсестра: 66.0% отводят ей роль связующего звена между пациентом и врачом, 61 – считают, что она нужна для того, чтобы следить за здоровьем детей, 60.3 – за здоровьем всех членов семьи, 56.7 – пожилых и стариков и 56.7% – давать различные советы. Отрицательные ответы составляют 7.1, 9.9, 9.9, 8.5, 12.8% соответственно.

Практически 27–32% не имеют представления для

чего нужна семейная медсестра. На общий вопрос: “Готовы ли Вы доверить медсестре оказание первой помощи вам и вашей семье?” 66.7% опрошенных ответили положительно. При ответе на вопрос: “В чем заключается оказание первой помощи?” выяснилось, что 66.7% доверяют медсестре измерить давление, 53.9 – готовы получить совет при плохом самочувствии, 51.8 – обработать небольшую ранку и сделать перевязку, т.е. речь идет о предельном ограничении деятельности медсестры, о внутреннем сопротивлении доверить ей свое здоровье.

При отсутствии доверия населения и убежденности последнего, что именно семейная медсестра несет ответственность за состояние здоровья семьи, внедрение в республике института семейной медсестры и подготовку последних можно поставить под сомнение, ибо золотое правило относительно деятельности этой категории медработников гласит: “При оказании помощи семьям от них должно быть получено информированное согласие, а в соответствующих законах и правилах должны быть четко определены права как членов семьи, так и медсестры”. Если пациент – пользователь служб или услуг здравоохранения, [1, 2], то ему и предоставляется право выбора и принятия решения о своих потребностях в отношении здоровья и его охраны.

Здесь, пожалуй, уместно более подробно остановиться на определении “предоставление реальных возможностей и полномочий” (ПРВП) пациентам. Дело в том, что в настоящее время ПРВП рассматривается как основополагающая концепция в реформировании системы здравоохранения по всему Европейскому региону ВОЗ.

С самого начала оговорим, что медсестра не несет ответственности за поощрение, стимулирование, или, иными словами, за обеспечение “реальных возможностей и правомочий” пациентам, ибо это касается прав человека в обществе в той или иной стране. Применительно к здравоохранению предоставление реальных возможностей и правомочий может быть определено как предоставление пациентам права выбора и приня-

тия решений о своих потребностях в отношении своего здоровья и его охраны. Malin и Teasdale [3] считают, что концепция ПРВП подразумевает "терапевтические взаимоотношения между медсестрой и пациентом..., основанные на взаимоуважении, доверии, равенстве достоинств", что является элементом этического кодекса, принятого Международным советом медсестер.

В контексте данной работы нас интересует предоставление реальных возможностей и правомочий как на микро-, так и на макроуровне.

На макроуровне ПРВП означает, в какой мере пациент влияет на принятие решений в области политики и управления здравоохранением. Иначе говоря, на макроуровне основным является необходимость вовлечения широких масс населения (т.е. потребителей здравоохранения) в процессы разработки и формирования политики при одновременной ответственности за сохранение и поддержание своего здоровья. "Концентрация внимания не на болезни, а в большей степени на здоровье, на превентивных и просветительских мерах, а не на лечении, а также на попытке повышения информированности людей в отношении их выбора, когда дело касается их здоровья, представляет собой усилия, направленные на достижение большего чувства ответственности" [4].

Таким образом, существует прочная связь между концепцией предоставления реальных возможностей и правомочий и соответствующей подготовкой населения.

На микроуровне ПРВП означает, что пациент участвует в принятии решений, касающихся его здоровья, когда он нуждается в лечении.

В обоих случаях необходимо занять информированную позицию и сделать информированный выбор. Иными словами, речь идет об обеспечении права на самоопределение, как это изложено в документах ВОЗ и хартиях ряда стран. Люди должны знать, как организованы службы здравоохранения и как получить к ним доступ, "в какую дверь войти", чтобы получить должную помощь. Традиционный подход основывается на предоставлении обобщенной информации пассивному, восприимчивому и "непросвещенному" населению [5]. Концепция ПРВП основана прежде всего

на медико-санитарном просвещении, т.е. новый подход предполагает нацеленность на отдельного человека и на работу с людьми для повышения их чувства самоуважения и их мотивации для ведения здорового образа жизни. Такой подход требует активного участия профессиональных работников здравоохранения, включая медсестер, особенно семейных. Однако медсестры сами должны обладать соответствующими полномочиями.

Не только правовая основа страны и профессиональные нормативные акты определяют полномочия семейной медсестры, но и сами медсестры должны быть вооружены необходимыми знаниями. Их базовые и непрерывные программы обучения должны включать изучение различных деклараций по правам человека, международных и национальных этических кодексов, законодательств по здравоохранению и т.д.

Как один из примеров роли медсестры в деле предоставления пациентам прав и правомочий рассматривается ключевой вопрос информированного согласия, т.е. осуществления выбора того, что происходит в рамках системы здравоохранения.

Вегпан [6] пишет "... согласие можно определить как добровольное и ненавязанное решение, принятое достаточно компетентным или независимым лицом на основе достаточной информации и размышлений, для того чтобы принять или отвергнуть предлагаемый курс действий".

В широком смысле слова, где согласие определяется как соглашение, достигнутое между двумя или большим числом лиц об образе действий, информированное согласие более сложно. Оно подразумевает "взаимоотношения между лицами, которые обмениваются информацией и знаниями о конкретной проблеме" [7].

Насколько необходимо информированное согласие пациента в плане сохранения его здоровья, настолько необходимо информированное согласие человека (семьи) доверить свое здоровье семейной медсестре.

Преодоление информационного вакуума относительно роли и месте семейной медсестры в деле первичной медико-санитарной помощи должно осуществляться в равной степени как в кругу населения, так и среди самих медсестер.

Поступила 22.10.02

Литература

1. Citizens' choice and patients' rights, Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996г. (неопубликованный документ EUR/CP/CARE 94 01/ CN 01 (A)).
2. Code of nurses: ethical concepts applied to nursing, Женева, Международный союз медсестер, 1973г.,
3. Malin N., Teasdale K. J. of Advanced Nursing, 1991, 16:657.
4. EUR/00/5019309/10, 00410 - 29.03.2000
5. Tones K. Tilfords Health education: effectiveness, efficiency and equity. London, Chapman Hall, 1994.
6. Brennan, M.A. J. of Advanced Nursing, 1997, 25, p. 477.
7. Berry D.L. Informed consent: process and clinical issues. Oncology nursing forum, 1996, 23/3:507.