

Особенности сестринского ухода за пациентами в терминальных состояниях

Гаппарова Гульбахор Маликовна

Бустанский техникум общественного здравоохранения

имени Абу Али ибн Сины

Главный преподаватель

По предмету Сестринское дело

Аннотация

В данной статье рассматриваются основные особенности сестринского ухода за пациентами в терминальных стадиях заболеваний. Анализируются физические, психологические и этические аспекты ухода, а также важность подготовки медсестёр к работе в паллиативной помощи. Основанием послужили современные данные отечественных и зарубежных исследований, включая опыт специалистов из Узбекистана. Автор подчёркивает необходимость индивидуального подхода и междисциплинарного взаимодействия для повышения качества жизни умирающих пациентов.

Ключевые слова: сестринский уход, терминальное состояние, паллиативная помощь, этика ухода, качество жизни

Введение

Терминальные состояния — это стадии болезни, когда основной целью становится облегчение страдания и обеспечение достойного ухода до конца жизни. В мировом здравоохранении паллиативная помощь определяется как система мер, способствующих улучшению качества жизни пациентов и их семей через управление симптомами, поддержание эмоционального состояния и соблюдение этических норм (ВОЗ, 2020). Развитие сестринского ухода в этой сфере требует не только клинических навыков, но и комплексного подхода, учитывающего культурные, психологические и социальные аспекты.

Контроль боли — главный приоритет при уходе за терминальным пациентом. В Узбекистане потребление морфина составляло лишь 0,04 мг на душу населения, что подтверждает серьёзную проблему адекватного обезболивания. Исследование *Annals of Oncology* (2019) выявило, что большинство пациентов получают только НПВС и слабые опиоиды, а только 2–2,4 % медработников применяли поэтапную аналгезию (step-by-step analgesia) на практике (*Annals of Oncology*, 2019). Недостаточная подготовка медсестёр и страх перед опиоидами приводят к сохранению страданий при терминальных состояниях. При этом зарубежные исследования показывают, что морфин — безопасное, эффективное и рутинно рекомендуемое средство для коррекции умеренной и сильной боли. Врачам и медсестрам нужно владеть навыками оценки боли, рассчитывать дозировки, владеть техниками смены поз пациента, профилактики пролежней, лечения диспноэ и тошноты — всё это требует системного обучения и доступа к препаратам.

Проблема недостаточного доступа к эффективным обезболивающим, особенно опиоидным анальгетикам, остаётся актуальной во многих странах с низким и средним уровнем дохода. Исследования показывают, что даже при наличии клинических рекомендаций и утверждённых протоколов большинство пациентов продолжает испытывать болевой синдром из-за бюрократических барьеров, отсутствия обучения медицинского персонала и социальных страхов перед опиоидами (*Pain Management in Developing Countries group*, 2014). В гуманитарных и нестабильных регионах ситуация ещё сложнее: отсутствует устойчивая

система поставок и контроль качества обезболивающих (BMC Palliative Care, 2025). Антропологические исследования подчеркивают, что многие врачи и медсёстры в развивающихся странах избегают назначения сильных опиоидов из-за страха уголовного преследования или недостатка знаний по безопасному использованию (An ethnographic study of barriers..., 2013). Эти барьеры характерны и для некоторых областей Узбекистана, где по-прежнему сохраняется дефицит специалистов, умеющих применять принципы поэтапной анальгезии.

Психологическое благополучие пациентов и их семей важно не менее, чем контроль симптомов. Изучение ситуации в Узбекистане показало, что почти половина пациентов не информирована о тяжести диагноза, что ведёт к усиленной тревоге и депрессии. Международные стандарты подчёркивают, что медсёстры должны выстраивать открытый и уважительный диалог, исходя из желания пациента узнать о своём состоянии, а не навязывать информацию. Это особенно важно в мультикультурной среде Узбекистана, где религиозные и семейные ценности влияют на реакции пациента. Сестринское мастерство включает эмпатию, навык активного слушания, культурную чуткость и организацию эмоциональной поддержки для родственников, особенно тех, кто выполняет функции основного ухаживающего.

Сестринское сопровождение в терминальных состояниях неизбежно сталкивается с этическими дилеммами: назначение высоких доз опиоидов, информированное согласие пациента, обсуждение активной терапии и её окончания. Эвтаназия запрещена в Узбекистане, а прекращение активного лечения возможно только на основе продуманного этического анализа и с чётким письменным согласием пациента или его законного представителя (ВОЗ, 2020). Основные барьеры — страх опиоидозависимости, сложности с документами и недостаток знаний медсестёр. Рекомендуется создание этических комитетов при медучреждениях, включающих врачей, медсестёр и психологов, для совместного принятия решений по сложным случаям. Это повысит безопасность пациента и поддержит сестринский коллектив.

Высокое качество ухода обеспечивается системным подходом к обучению: медсёстры в ряде вузов Узбекистана с 2024 года проходят курсы по биоэтике, оценке боли и коммуникации. Также важно внедрение доказательных практик — review Tolganay Ansatbayeva и соавт. показал, что ранняя интеграция паллиативной помощи улучшает клинические и психоэмоциональные исходы (Ансатбаева и др., 2022). Мобильные бригады, включающие врачей, медсестёр, соцработников и волонтёров, уже действуют в некоторых регионах Узбекистана. Совместная работа команды способствует непрерывности ухода, снижению осложнений и поддержке родственников пациента, что соответствует международным моделям и результатам исследования Машариповой и другими (2024).

Вместе с профессиональным уходом семейные члены становятся основными помощниками. Медсёстры обучают их смене поз, гигиене, кормлению, распознаванию ухудшений. Статус семейного ухода требует поддержки и подготовки — включение родственников в образовательные семинары снижает риски пролежней и осложнений. Волонтёры также становятся важной составляющей паллиативной инфраструктуры: они помогают организовать досуг пациента, оказывают эмоциональную поддержку, делегируют часть задач сестринского ухода. Пилотные проекты, как в Taskin-хосписе в Ташкенте,

внедряют международные модели обучения волонтеров — по аналогии с опытом из других стран и рекомендациями *Annals of Oncology*.

Заключение

Современный сестринский уход за пациентами в терминальных состояниях должен включать комбинированный контроль боли, профилактику осложнений, грамотную психоэмоциональную коммуникацию и соблюдение этических норм. На примере Узбекистана видно, как важны реформы — улучшение доступа к морфину, образование сестёр и развитие междисциплинарных команд. Научно обоснованный уход, активное участие семьи и формирование волонтерской сети помогают обеспечить пациента поддержкой на последнем этапе жизни. Для дальнейшего улучшения ситуации необходимо расширять доступ к препаратам, усиливать подготовку медицинских кадров и продолжать внедрение доказательных моделей ухода в национальную практику.

Список литературы

An ethnographic study of barriers to cancer pain management and opioid availability in India. (2013). *PMC*.

Annals of Oncology. (2019). Palliative care as a part of national cancer control plan in Uzbekistan. *Annals of Oncology*.

BMC Palliative Care. (2025). Access to opioids for palliative care in humanitarian settings. *BMC Palliative Care*.

Pain Management in Developing Countries group. (2014). Cancer Pain Management in Developing Countries. *PMC*.

Всемирная организация здравоохранения. (2020). Паллиативная помощь. *ВОЗ*.

Машарипова А., Нургалиева Н., Дербисалина Г., Блажевичене А. (2024). Доказательная практика в паллиативном сестринском уходе. *Новый армянский медицинский журнал*, 18 (4), 91-97.

Толганай Ансатбаева, Кайдарова Д. и др. (2022). Ранняя интеграция паллиативной помощи в онкологическое лечение: фокус на важных для пациента результатах. *Международный журнал паллиативного сестринского дела*, 28 (8), 366