

ЕКИПНАТА РАБОТА ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА ДУХОВНИ ГРИЖИ В КЛИНИЧНИ УСЛОВИЯ



П. Аспарухова

П. Аспарухова и П. Маринова
Филиал „Проф. д-р. И. Митев“ – Враца,
Медицински университет – София

Резюме: В настоящата статия се представят резултати от проучване, проведено в четири многопрофилни болници в градовете Монтана, Плевен, Русе и София. Разглеждат се въпроси, свързани с приложимостта на духовните грижи в клиничната практика. Набляга се върху екипа, неговата структура и принципите на работа. Очертава се специфичната роля на всеки член от екипа по отношение на физическите, емоционалните и духовните нужди на пациента – при прилагането на духовната грижа като елемент от цялостна грижа за пациентите.

Проучването е финансирано от съвета по медицинска наука при МУ – София, конкурс „Млад изследовател“.

Ключови думи: духовни грижи, екипна работа, пациент, лечение

Summary: This article presents the results of a study conducted in four multiprofile hospitals in Montana, Pleven, Ruse and Sofia. Issues related to feasibility of spiritual care in clinical settings are discussed, as the team, its structure and principles of work are emphasized. The specific role of each team member is outlined in terms of the patient's physical, emotional and spiritual needs of the patient in the course of providing spiritual care as a part of the overall care for the patients. The study was funded by the Council of Medical Sciences at MU – Sofia during the “Young researcher” competition.

The study was funded by the Council of Medical Science by MU – Sofia, contest “Young explorer”.

Key words: spiritual care, team work, patient, treatment

Въведение

Духовната грижа отдавна е призната като основен елемент в осигуряването на цялостната грижа за пациентите [10]. Хроничните заболявания и свързаната с тях уязвимост на хората поставят въпроса не само как да се осигури необходимото лечение [3], но и – как то да се съчетае с грижата за пациентите, защото лечителското изкуство се свързва с умението на терапевтичния екип да мотивира пациента за активно участие и съдействие в лечебния процес [4]. Духовните грижи имат широк фокус и са отговорност на всички членове от екипа – болногледач, медицинска сестра, лекар, психолог, духовно лице и др. Всеки от тях може да чуе

духовната болка на пациента и неговото семейство. Да бъде съпричастен към нея с внимание, състрадателност и компетентно поведение, тъй като „духовното измерение“ често се изразява чрез човечността на грижите, прилагани от специалистите в здравеопазването [10].

Един ефективно сътруднически екип се характеризира с централна позиция на болния и близките, междупрофилен подход към проблемите на грижите, използване на общ език и средства, допълване и избягване на дублиране, уважаване и ценене на ролята на всеки от екипа и знаене на собствените граници [1].

Активното изслушване дава възможност на пациента не само да сподели оплакванията си,

но да направи т. нар. психокатарзис (душевно пречистване), говорейки за своите мисли и чувства, усещайки, че е разбран. Това помага за постигане на душевно равновесие на самия болен, но едновременно той дава информация на опитния лекар, за да може да формулира най-пълно болестта като био-психо-социално явление [2]. Зачитането на духовните нужди на пациентите и помощта за тяхното удовлетворяване представляват съществена част и от основните сестрински грижи при всяка една ситуация [7], защото потребността от сестринска грижа е универсална, тя е необходима на човека от раждането до смъртта [6].

В същото време, признавайки собствените си ограничения в предоставянето на духовната грижа, медицинската сестра може да потърси услугата на други членове от екипа - психолог или духовно лице [9]. Свещениците пък, освободени от задължението да поставят диагнози и да изготвят лечебни програми, могат да помогнат на пациентите по начини, които не са достъпни за медицината и свързаните с нея професии [5].

Днес лечението на пациенти в болницата е сложен и отговорен процес, който изисква обединените усилия на терапевтичен екип, както и на остойността на човешкия живот и човешкото достойнството на най-високо ниво [8].

Целта на изследването е да се проучи екипната работа при предоставянето на духовни грижи в клинични условия.

Материали и методи

Изследването е проведено през периода август-септември на 2013 г. Проучени са 200 медицински сестри, работещи в лечебни заведения на територията на страната. Обхванатите болници се намират в гр. Монтана – МБАЛ „д-р Стамен Илиев“ АД, гр. Русе – МБАЛ „Русе“, гр. Плевен – УМБАЛ „Георги Странски“ и в гр. София – Специализирана болница за активно лечение по онкология ЕАД. В процеса на изследването са използвани документален, социологически и статистически методи. За проучване мнението на медицинските сестри е разработена анкетна карта, съдържаща закрити и открити въпроси. От закритите са приложени многовариантни въпроси, оценъчна скала и въпроси за оценка на важността. Участието е доброволно и е гарантирана пълна анонимност на анкетираните. Данните от проучването са обработени чрез статисти-

ческата програма SPSS, а графиките са изготвени посредством програмата Microsoft Excel.

Статията е част от проучване, финансирано от Съвета по медицинска наука при Медицински университет София, конкурс „Млад изследовател“.

Резултати и обсъждане

Възрастта на отговорилите медицински сестри варира в границите от 25 до 60 години. Разпределението е както следва: най-голям е броят във възрастовата група между 46-60 годишна възраст – 42,5%, между 36-45 години – 34,5%, на трето място – 15,5% са между 25-35 години, а тези над 60 години са 7,5%.

От анализа на анкетата сред медицинските сестри може да се заключи, че преобладава групата на професионалисти с трудов стаж над 10 години – 78,4%, следвани от тези до 5 години – 13,7% и до 10 години – 7,9%. От анкетираните с полувисше образование са 54,0%, със степен „бакалавър“ – 33,8% и с „магистър“ – 12,1% (табл. 1).

Таблица 1. Трудов стаж и образование на респондентите

Обект на изследване	Трудов стаж			Образование		
	До 5 г.	До 10 г.	Над 10 г.	Полувисше	Бакалавър	Магистър
200 бр.	13,7%	7,9%	78,4%	54,0%	33,8%	12,1%

Болестта нарушава живота на пациента във всички аспекти – физически, умствен, емоционален, социален, религиозен и духовен, и поражда хаос. В състояние на отчаяние болният търси помощ – медицинска, емоционална, социална, а понякога и помощ, свързана с религиозни и духовни потребности, чието удовлетворяване не би могло да бъде постигнато, поради това, че духовните грижи не се прилагат в клинични условия. От отговорите при проучването 92,00% от медицински сестри са категорични, че духовните грижи не се прилагат в работата им, за 3,0% тези грижи са задължителни, но не успяват да ги приложат, 2,5% споделят, че духовните грижи в клинични условия са задължение в работата им и се прилагат и други 2,5% са на мнение, че болните не желаят такъв тип грижа.

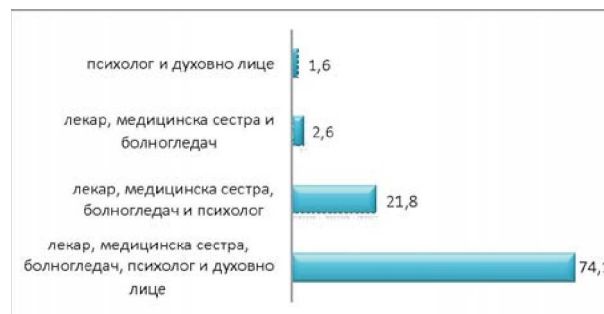
Пред медицинските професионалисти стои моралната отговорност да признават и уважават културната и индивидуалната специфика

на всеки пациент. Да предлагат и прилагат грижа в рамките на собствената му култура и религия. Във връзка с това потърсихме мнението на медицинските сестри за връзката между духовната култура на пациента и начина на прилагане на духовната грижа чрез въпроса: „Как осъществявате духовните грижи според духовната култура на болния?“ Отговорите в ранжиран вид са в следната последователност: 47,4% от анкетираните споделят, че дават информация на пациентите за услугите, които предлага лечебното заведение; 27,3% обръщат внимание на техните мисли и чувства, 18,6% обсъждат въпроси за живота на фона на личната им съдба, 5,7% в графа „друго“ са отбелязали, че нямат време за това и едва 1,0% обръщат внимание на ритуалните практики за пациентите. Това показва, че медицинските сестри не са достатъчно подготвени, за да удовлетворят духовните нужни на болните.

Болничното лечение е отговорен и сложен процес, който изисква общи усилия на терапевтичния екип. В хода на изследването се установи, че 69,9% от медицинските сестри напълно са запознати с принципите на екипната работа, 25,5% отчасти и 4,6% не са запознати. Терапевтичният екип в клинични условия се сблъсква с много напрежение в грижата за болните – физическо, умствено, духовно и социално. Твърде често, независимо от тяхната научна и техническа компетентност, терапевтични възможности и умения, членовете на екипа не са в състояние да стабилизират пациента и да му вдъхнат вяра и надежда. Това налага един по-широк аспект на екипната грижа при болните, за по-лесно постигане на качествени здравни грижи. При анкетирането прави впечатление, че повече от половината респондиращи медицински сестри – 74,1% считат, че съставът на екипа за духовни грижи трябва да включва: лекар, медицинска сестра, болногледач, психолог и духовно лице. За 21,8% това са лекар, медицинска сестра, болногледач и психолог; при 2,6% – лекар, медицинска сестра и болногледач са определящите в екипа и за 1,6% това са психолог и духовно лице. Познаването на екипа за духовни грижи от респондентите гарантира по-високо ниво на здравни грижи и толерантно отношение към пациентите (фиг. 1).

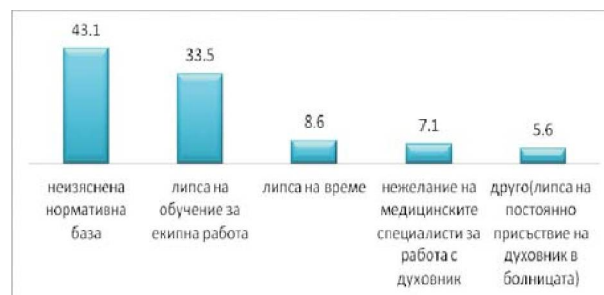
В същото време 38,5% от участниците в изследването споделят, че в болницата, където работят, няма духовник, 27,0% не са запоз-

нати, 19,5% са на мнение, че работи на щат, 11,0% считат, че работи при заявка на пациент и 4,0% са отговорили, че близките си водят духовник. Тези факти говорят красноречиво за това, че ролята на духовника е пренебрегвана в клинични условия.



Фиг. 1. Какъв трябва да е екипа прилагащ духовни грижи?

На въпроса: Работите ли в екип с духовно лице, посочвайки повече от един възможен отговор, най-голямо е процентното разпределение на отговорилите, че няма изградена система за работа – 67,5%, няма регламентираны взаимоотношения за всеки член от екипа – 15,5%, само понякога работят – 11,0%, за 8,0% не е необходима помощта на духовно лице, 6,5% нямат допирни точки, при 5% често се налага да работят в екип и по равно, 1,0% са ранжирани отговорите, че се работи трудно и хаотично. Като водеща причина за липсата на екипна работа с духовник – 43,1% от медицинските сестрите сочат неизяснена нормативна база, 33,5% липса на обучение за екипна работа, 8,6% липса на време, 7,1% нежелание на медицинските специалисти за работа с духовник, 5,6% в графа друго(липса на постоянно присъствие на духовник в болницата) и 2,0% нежелание на духовниците за работа с медицинските специалисти (фиг. 2).



Фиг. 2. Причини за липсата на екипна работа между медицински специалисти и духовник

Изводи

Анализирайки процентите и резултатите от проучването определяме следните изводи:

1. Належащи са нормативни промени за прилагането на духовните грижи като елемент на холистичната грижа. Тяхната липса в болничните заведения нарушава човешките права на пациентите.

2. Необходимо е следдипломно обучение за всички медицински сестри с полувисше образование и такива с образователно-квалификационна степен “специалист“, обучавани по учебни програми, в които не е включено учебно съдържание в областта на духовните грижи.

3. Важно е в болничните заведения да има не само параклиси, но и свещенослужители, които да бъдат обучени за работа в екип с медицински специалисти.

4. За екипната работа в областта на духовните грижи в болничните заведения е необходимо да се създаде система, с конкретни правила за работа, регламентиращи взаимоотношенията между свещеници, медицински специалисти и пациенти, така че да са защитени правата на пациента.

Заклучение

От направеното проучване е видно, че духовните грижи намират все още малка приложимост в клинични условия – 92% от изследваните лица не прилагат такъв вид грижа и едва 1,0% обръщат внимание на ритуалните практики на пациента. Недостатъчната приложимост на духовната грижа се дължи от една страна на липсата на нормативна база, на липсата на изградена система и правила за прилагането ѝ и от друга страна на минималния брой работни места за свещенослужители към болничните заведения, които служители в екип с медицински лица да прилагат духовна грижа при всеки желаещ и нуждаещ се пациент. Медицинските сестри имат много добри познания за екип, имат и правилна ориентация за вида на екипа, но нямат достатъчно знания и конкретна подготовка за прилагането на духовните грижи. Това се дължи на факта, че 54% от анкетирания са с полувисше медицинско образование, а в учебните програми за медицинските сестри, обучавани в този период в полувисши институти, не е включено за изучаване учебно съдържание в областта на духовните грижи.

Използвана литература:

1. Александрова, С. Екипът за палиативни грижи – състав и роли. В помощ на практиката.
2. Ачкова, М. Приложна психология в медицината и здравните грижи, София, 2001.
3. Воденичаров, Ц. и С. Попова. Социална медицина, София, 2009.
4. Петрова Г., П. Балканска и П, Л. Чакърва. Овладяване на био-психо-социалния подход към болния, посредством интерактивни методи на обучение с пациент. – Здравна политика и мениджмънт, 11, 2011, № 1.
5. Ритър, С. Ръководство по психиатрично сестринство, София, 1995.
6. Стамболова, И. Сестрински грижи при соматични заболявания, София 2012.
7. Хендерсон, В. Основни принципи на сестринските грижи.
8. Vuchkov, J. Healthcare Chaplaincy in Bulgaria& Traditions and problems. – Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy, 6, 2003, № 2.
9. Margaret, G. Hutchison. Unity and Diversity in Spiritual Care. Spiritual Care Nursing. Practic. September, 1998 – members.tripod.com/~marg_hutchison/nurse1.html.
10. www.radcliffe-oxford.com/books/ samplechapter – Spiritual distress.

Адрес за кореспонденция:

Петя Атанасова Аспарухова – асистент
Катедра „Здравни грижи“
Филиал „Проф. д-р. И. Митев“ – Враца
Университетски комплекс, Корпус 1, ет. 1-2
Медицински университет – София
тел: 0887298308
e-mail: asparuhova_pa@abv.bg