

# МЕДСЕСТРА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

**Е.В. Зарайская**, медсестра  
Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника №1  
**E-mail:** zarayskaya\_e@mail.ru

**Описана работа медсестры эндоскопии детской поликлиники. Показано, что ее успешность зависит не только от профессионального мастерства, но и от личностных качеств медицинского работника.**

**Ключевые слова:** эзофагогастродуоденоскопия, психолого-педагогический профессионализм.



Современная медсестра принимает решения в условиях нестандартных ситуаций; особенно это касается работы с детьми и экстремальных ситуаций при лимите времени.

Работа медсестры-эндоскописта детской поликлиники сопряжена с большими психологическими и физическими нагрузками. Ее успешность зависит не только от профессионального мастерства, но и от личностных качеств, особенностей психики, свойств нервной системы.

Ошибки при оказании медицинской помощи детям, нарушения профессиональных технологий, значительное число жалоб на качество работы медицинских учреждений могут быть связаны с эмоциональным выгоранием персонала, с недостаточно высоким уровнем его психолого-педагогической подготовки, не отвечающим современным требованиям, о чем можно судить по отзывам родственников детей, количеству нелицеприятных публикаций в средствах массовой информации. Безусловно, существует противоречие между социальной потребностью в квалифицированном, компетентном медицинском работнике, способном

к самостоятельному продуктивному решению профессиональных задач, и уровнем психолого-педагогической подготовки сестринского персонала. Для снятия этого противоречия необходимо решить задачу профессиональной психолого-педагогической подготовки медсестер.

## **Психологические аспекты деятельности медсестры-эндоскописта детской поликлиники**

В педиатрии взаимоотношения между медицинским работником и пациентом особенно значимы. Если больной ребенок осознает, что ему хотят помочь, а не просто заставляют делать что-то неприятное, то он, вероятно, будет активно участвовать в лечебном процессе. Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать все то, что испытывает и переживает ребенок, не только его сиюминутные ощущения, но и общее самочувствие, его представление о своей болезни, ее причинах. Детям вообще свойственны доверчивость, внушаемость, непонимание степени опасности заболевания, манипуляции или хирургического вмешательства, оптимизм, отсутствие психических комплексов, что облегчает контакт с ними. И, наоборот, контакт с дутьми затрудняется их боязнью, полярностью и неадекватностью реакций, негативизмом, низкими сознательно-волевыми качествами, склонностью к симуляции и диссимуляции, редкими, но опасными психосоматическими реакциями, когда страх перед манипуляцией способен осложниться срывом компенсаторных механизмов.

В последние десятилетия в современной медицине широкое распространение получили методы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов, которые позволяют обходиться без широких открытых хирургических вмешательств, в частности эндоскопия.

Эндоскопия (от лат. *endos* – внутри, *sporia* – осматривать) стала неотъемлемой частью клинической педиатрии и применяется повсеместно. Принципиально новый подход к диагностике, визу-

альная оценка изменений внутренних органов с лабораторным и морфологическим изучением биологических субстратов, полученных при эндоскопии, позволяет диагностировать заболевания на ранних, доклинических стадиях, улучшить результаты лечения. Хотя первое эндоскопическое исследование у ребенка было успешно выполнено в прошлом столетии (из бронха бескровно, методом трахеобронхоскопии, было извлечено инородное тело), однако возможности эндоскопии в детской практике долгое время не могли полностью реализоваться.

Эндоскопические исследования представляли большую опасность для ребенка, выполнялись небольшим кругом специалистов и чаще – по витальным показаниям. Неоценимый вклад в развитие детской эндоскопии внесли представители отечественной и зарубежной педиатрии, которые успешно разрабатывали и решали вопросы методического характера, позволившие обосновать проведение инструментальных исследований на органах дыхания и пищеварения у детей. Широкое использование эндоскопии в педиатрии стало возможным в начале 60-х годов, когда на основе достижений научно-технического прогресса были сконструированы детские эндоскопы разных типов, которые отвечали требованиям, предъявляемым к инструментальным вмешательствам у детей. Эти аппараты, обладающие высокой разрешающей способностью, создали идеальные условия не только для визуального наблюдения, но и для кинофотодокументации.

Наиболее активно развивается исследование органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), дыхательных путей, мочевой и половой систем и др.

**Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)** – осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Основными показаниями к проведению данного эндоскопического исследования являются обнаружение пороков и аномалий развития у малыша, подозрения на внутренние кровотечения, у детей грудного и раннего возраста – подозрение на врожденные и приобретенные пороки развития органов: недоразвитие или отсутствие органа или части органа; аномальные сообщения между различными органами; аномальные сужения (например, пищевода, места перехода желудка в кишечник), которые могут проявляться частыми упорными срыгиваниями младенца, нарушениями дыхания, плохой прибавкой веса и т.д. У детей постарше на 1-е место выходят воспалительные заболевания (*гастродуодениты* – воспаление слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки и т.д.) и расстройства органов пищеварения, проявляющиеся в большинстве случаев болями в животе разного характера, тошнотой, рвотой, отрыжкой, изжогой и т.д. Нередко хронические расстройства пищева-



рения у детей напрямую связаны с инфекцией *Helicobacter pylori* (бактерии, играющие ведущую роль в развитии хронического гастрита, язв двенадцатиперстной кишки желудка). Во время ЭГДС можно обнаружить признаки присутствия этой инфекции в желудке, а *биопсия* (взятие кусочка ткани) слизистой оболочки желудка позволяет провести экспресс-диагностику заболевания.

Нередки случаи, когда ребенок из любопытства берет в рот и проглатывает различные предметы (монеты, пуговицы, мелкие детали игрушек, батарейки, булавки и т.д.). В большинстве случаев удаление инородных тел из ЖКТ возможно только с помощью эндоскопических методик.

Существует ряд противопоказаний для проведения плановой ЭГДС:

- признаки сердечно-легочной недостаточности III степени;

- осложнение серьезных заболеваний и пороков развития сердца и легких;
- грубые деформации грудного отдела позвоночника;
- острые воспалительные процессы в глотке и острые респираторные заболевания;
- психические расстройства;
- заболевания с выраженными нарушениями свертываемости крови.

Противопоказаний для экстренной ЭГДС у детей в стационаре практически не существует (исключение – крайне тяжелое состояние пациента). ЭГДС проводят натощак с помощью гибких эндоскопов небольшого диаметра, специально адаптированных для детей. Ребенок перед исследованием не должен принимать пищу и жидкость в течение 5–6 ч. Большое значение имеет психологическая подготовка ребенка к исследованию. Врач, назначивший ЭГДС, а также родители ребенка в доступной форме объясняют, что исследование безболезненно, хотя и может доставить некоторые неприятные ощущения. Сама процедура занимает в среднем 1–2 мин. Ребенка укладывают на процедурный стол на левый бок, объясняют правила поведения во время процедуры (малышу советуют спокойно и ровно дышать, не делать глотательных движений, чтобы слюна стекала на полотенце, подчеркивают безболезненность процедуры). После психологической подготовки дети довольно легко соглашаются на эндоскопию и хорошо ее переносят. Ребенку вводится специальный загубник, защищающий эндоскоп от его зубов, и удерживается во время всего исследования. Анестезия – как местная, так и общая, проводится в редких случаях по особым показаниям – при крайне неадекватной реакции ребенка на процедуру. После исследования ребенка можно сразу покормить, дать воды. Если проводилась местная анестезия, прием пищи должен быть отложен на 30–40 мин. Исследование, как правило, переносится детьми хорошо, большинство из них согласны повторить процедуру, если это будет необходимо.

В системе медсестра–ребенок существует важнейшее промежуточное звено – мать, родители и родственники. К сожалению, больной малыш часто не может самостоятельно описать свои жалобы, характер и локализацию боли, а также время начала заболевания. В связи с этим педиатр или медсестра, как правило, составляет представление о болезни маленького пациента на основании жалоб, предъявляемых родителями, объективного осмотра ребенка и данных дополнительного обследования.

Таким образом, медицинская деонтология предъявляет особые требования к персоналу, работающему с детьми, так как он контактирует не только с ребенком, но и с его ближайшими родст-

венниками, в первую очередь – с его матерью, чье восприятие состояния здоровья ребенка и особенности личности тоже надо учитывать. Медсестра должна убедить мать ребенка в том, что ее уверенное, спокойное поведение может помочь ребенку. У «рыдающих» мам дети поправляются медленнее.

### **Проблема детских страхов перед медицинскими вмешательствами**

Неврозы и страхи, связанные с медицинскими манипуляциями, свойственны не только тяжело и длительно болеющим детям, но и практически здоровым, так как всякий ребенок сталкивается в своей жизни с медицинскими осмотрами, профилактическими прививками, болеет простудными заболеваниями. Страхи – естественная и, возможно, необходимая составная часть психологического развития ребенка. Бояться того, чего действительно надо бояться, делать попытки избегать или, по крайней мере, сводить к минимуму опасность просто необходимо, чтобы приспособиться к окружающей среде.

У детей раннего возраста и дошкольников реакция на стрессовые факторы трансформируется в заболевания внутренних органов и двигательные расстройства.

### **Неврозы детского возраста**

*Невроз навязчивых состояний.* Для фобических неврозов (фобий) характерны навязчивые страхи, для обсессивных неврозов – навязчивые движения (тики). Нервные тики могут проявляться по-разному.

*Истерический невроз.* Для данного типа неврозов характерны моторные припадки: крики, рыдания, падения на пол и т.д.

*Ипохондрический невроз.* Чрезмерная озабоченность собственным здоровьем, как правило, свойственна пожилым людям. Однако ипохондриками бывают и подростки: страх заболеть буквально управляет им жизнь.

*Астенический невроз.* Дети, страдающие неврастенией, тяжело переносят любое психическое напряжение, быстро утомляются, страдают расстройствами сна, часто плачут, легко впадают в раздражение. Вегетосудистая дистония – нередкий спутник астенического невроза.

*Невроз страха.* Для подобного невроза характерны регулярные приступы страха. «Сценарии» страхов крайне разнообразны: тут боязнь и темноты, и одиночества, и смерти, и пожара, и развода родителей...

*Депрессивный невроз* типичен для подросткового возраста. Стремление к одиночеству и подавленное настроение – самые распространенные симптомы депрессивного невроза.

## Методы и средства пропаганды медицинских знаний

Метод	Средства
Устный	Лекция, беседа, совет, дискуссия, информационное выступление по радио, вечер вопросов и ответов, громкое чтение и др.
Печатный	Памятка, листовка, статья в газете, доска вопросов и ответов, лозунг, книга, брошюра, стенная санитарная печать и др.
Наглядный	Плакаты, слайды, натуральные объекты, муляжи, фотографии
Смешанный	Телевидение, кинофильмы, выставки (стационарные и передвижные), уголки здоровья, курсовые занятия, театрализованные постановки

**Проявления неврозов в детском возрасте**

Детские неврозы могут проявляться по-разному – все зависит от типа и тяжести заболевания. Перечислим наиболее распространенные невротические проявления:

- *тики* – автоматизированные привычные движения: мигание, подергивание плечами или головой, облизывание губ и т.д.;
- *энурез* – неосознанное недержание мочи (преимущественно во время сна);
- *анорексия* – невротические расстройства аппетита встречаются даже у дошкольников; попытка накормить ребенка насильно может лишь вызывать отторжение, в том числе и в прямом смысле этого слова (рвоту или частые срыгивания);
- *заикание*;
- *расстройства сна*.

Все перечисленные малоприятные нарушения могут как комбинироваться, так и проявляться по отдельности. Лечение неврозов – комплексное, длительное, и множество провоцирующих факторов могут вернуть уже стабильное внутреннее состояние ребенка в прежнее болезненное русло.

Медицинский работник обязан осознавать всю меру ответственности, возложенной на него гуманнейшей из профессий, и всячески содействовать предотвращению возникновения любых форм детских неврозов. Достаточно большое количество страхов как у детей, так и у их родителей обусловлено недостаточной информированностью, созданием (пусть даже невольно) ситуации тягостного ожидания неизвестности.

**Информированность родителей как фактор повышения качества сестринской помощи**

В последние годы все очевиднее становится то, что достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между медицинским работником и пациентом не будет сформировано партнерских отношений и истинного сотрудничества. В педиатрической практике чаще всего родители, а не сам маленький пациент выбирает, как поступить: следовать ли рекомендациям врача по приему лекарств, изменить ли питание

в сторону оздоровления, повысить ли физическую активность, отказаться ли от вредных для здоровья привычек и пр. И здесь роль медсестры как источника информации для пациента трудно переоценить. Одним из путей формирования партнерства в системе медик–пациент является обучение пациентов либо их представителей, предоставление им полной и достоверной информации как о самом заболевании, так и о мерах профилактики.

В современном информационном обществе люди получают информацию о здоровье из разных источников – из средств массовой информации, наглядной рекламы, медицинской и популярной литературы, от медицинских работников, друзей, коллег, родственников и др. Однако наиболее авторитетным источником информации о здоровье для большинства людей являются именно медицинские работники. Вот почему важно, чтобы медсестра, дающая совет пациенту, была сама не только хорошо информирована, но и умела подать информацию, четко зная цель, которой хочет достичь своим сообщением. Информирование пациента, профилактическое консультирование, повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья (и здоровья своего ребенка) – основа современного подхода к профилактике заболеваний и обеспечения ее высокого качества в условиях реальной сестринской практики.

Цель гигиенического просвещения (консультирования) – дать соответствующие знания, обучить необходимым навыкам и умениям, сформировать мотивацию к изменениям нездоровых привычек и поддержать стремление пациента к оздоровлению и выполнению рекомендаций и назначений врача.

Гигиеническое обучение и воспитание направлено на повышение санитарной культуры в первую очередь родителей, профилактику заболеваний у детей и распространение знаний о здоровом образе жизни (как самого ребенка, так и членов его семьи). При этом важно, чтобы используемые участковой медсестрой методы и средства гигиенического обучения были максимально эффективны.

Методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни (см. таблицу).

Применяя разные средства гигиенического обучения и воспитания населения, автор знает, что степень усвоения информации зависит от методов обучения: 5% – лекция; 10% – чтение; 20% – аудиовизуальные средства; 30% – использование наглядных пособий; 50% – обсуждение в группах; 70% – обучение практикой действия; 90% – выступление в роли обучающего.

К наиболее современным формам работы по гигиеническому обучению населения могут быть отнесены конференции, праздники здоровья, телефон доверия, школы здоровья, различного рода тренинги и др. О важности достоверной и своевременной информированности родителей для повышения качества медицинской помощи наглядно свидетельствует система общероссийской вакцинации.

Таким образом, характер взаимоотношений между медицинским работником и ребенком-пациентом в основном определяется коммуникативным потенциалом медицинского работника. Сформированная коммуникативная компетентность медицинского работника при общении с детьми оказывает существенное влияние на удовлетворенность родителей и родственников детей-пациентов качеством медицинской помощи. Для квалифицированного оказания медицинской помощи детям медицинскому работнику необходимо

иметь не только глубокие теоретические знания, умело использовать практические навыки, но и тонко понимать психологию больного ребенка и его родителей, четко представлять себе существующие в этой области этические проблемы.

#### Рекомендуемая литература

Искусство быть родителем. Научно-практический сборник под ред. Е.В. Шишмаковской. – Благовещенск, 2000.

Лазоренко А. Особенности эндоскопических исследований в детском возрасте. 2012.

Материалы отчета «Исследования МУЗ «Щелковская районная больница»». – Щелково, 2009.

Щербаков П.Л. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Медсестра, 2013; 1; 15–19.

#### AN ENDOSCOPY NURSE OF CHILDREN'S POLYCLINIC: A PSYCHOLOGICAL ASPECT

E.V. Zaraiskaya, Nurse

Petropavlovsk-Kamchatsky Town Children's Polyclinic  
One

**The paper describes an endoscopy nurse's work. Its success is shown to be related to not only the professional skills, but also personality measures of the healthcare worker.**

**Key words:** *esophagogastroduodenoscopy, psychological and pedagogical professional competence.*

## ХРОНИКА

### Бронхиальная астма

13 ноября с.г. в Москве состоялась пресс-конференция, посвященная бронхиальной астме. На вопросы журналистов отвечали известные специалисты в области лечения бронхолегочных заболеваний: профессор А.С. Белевский – главный внештатный специалист-пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы; профессор С.Н. Авдеев – заместитель директора по научной работе, руководитель клинического отдела НИИ пульмонологии; В.В. Архипов – профессор кафедры клинической фармакологии Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Астма – хроническое респираторное заболевание, характеризующееся обструкцией бронхов и развивающееся в результате воспаления слизистой оболочки дыхательных путей и спазма мышц. У больных астмой при контакте с аллергенами (например, с пылью), при респираторно-вирусной инфекции может возникнуть обострение вследствие стимуляции воспаления в бронхах или провоцирования острого бронхоспазма. В результате возникают трудности с дыханием, сужение дыхательных путей, гиперсекреция слизи в них.

Бронхиальная астма – важнейшая медико-социальная проблема. В мире ею страдают около 300 млн человек, и заболеваемость продолжает расти. Ожидается, что этот показатель увеличится к 2025 г. до 450 млн. Причины возникновения астмы изучены не

полностью. Самые значительные факторы риска ее развития – генетическая предрасположенность, содержание в окружающей среде веществ, которые могут провоцировать аллергические реакции. Астма оказывает значительное физическое и эмоциональное воздействие на страдающих ею людей. Повторяющиеся приступы астмы часто приводят к бессоннице, дневной усталости, снижению активности, работоспособности. Болезнь часто мешает полноценной жизни, выполнению повседневных задач на работе и в семье, что может вызвать апатию и депрессию.

Имеющиеся в арсенале врачей лекарственные средства позволили значительно улучшить состояние пациентов с бронхиальной астмой, однако даже при проведении регулярной терапии около половины больных не достигают контроля над заболеванием. Это значит, что они по-прежнему страдают от приступов одышки и вынуждены ограничивать повседневную активность.

На Конференции обсуждались современные тенденции в лечении бронхиальной астмы с учетом новейших научных данных. В частности, были представлены сведения о применении нового класса лекарственных препаратов – М-холинолитиков длительного действия. Эти препараты улучшают функцию легких, снижают риск обострений, что облегчает положение самых сложных категорий пациентов.