

A photograph of a snowy night scene. A bright street lamp in the upper center illuminates the scene, casting a warm glow on the snow-covered ground and the bare branches of trees. The sky is dark, and the ground is covered in a thick layer of snow. The overall atmosphere is quiet and somber.

ПОТЕРИ. СМЕРТЬ. ГОРЕ.

Преподаватель ЧБМК Цетвинская О.А.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Паллиативная помощь (от фр. palliatif от лат. pallium — покрывало, плащ) — это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания.



СПЕКТР ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

- Больные со злокачественными опухолями;
- Больные с необратимой сердечно-сосудистой недостаточностью;
- Больные с необратимой почечной недостаточностью;
- Больные с необратимой печёночной недостаточностью;
- Больные с тяжёлыми необратимыми поражениями головного мозга;
- Больные СПИДом.



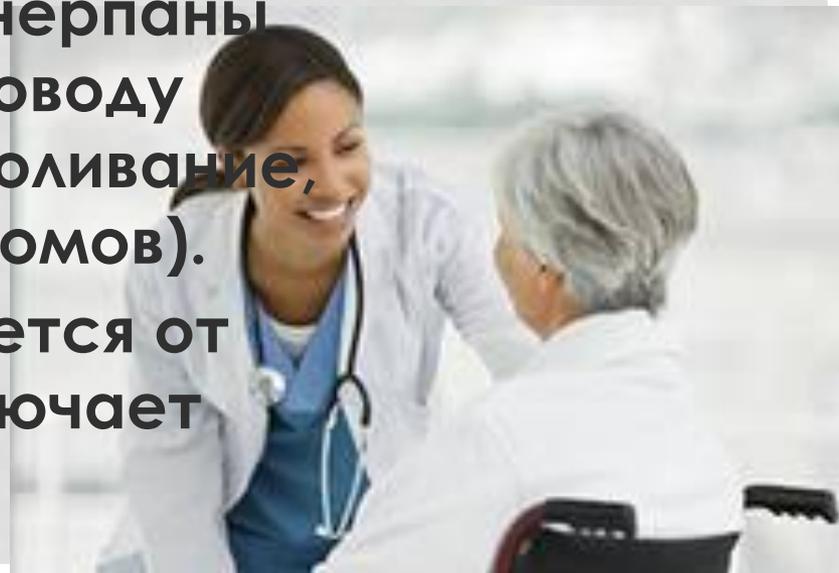
ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:

- Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.
- Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
- Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.
- Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
- Решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека.



ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Паллиативная медицина — раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны (паллиативные операции по поводу неоперабельного рака, обезболивание, купирование тягостных симптомов). Паллиативная помощь отличается от паллиативной медицины и включает в себя последнюю.

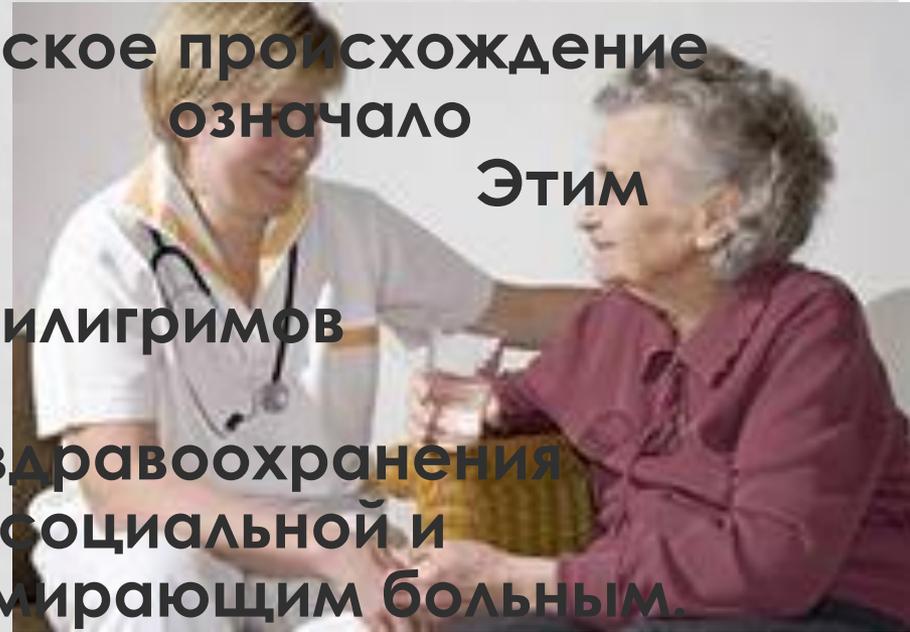


ХОСПИСЫ

Слово «хоспис» имеет латинское происхождение и первоначально означало «чужестранец», «гость». Этим термином с VI века н.э. обозначали места отдыха пилигримов (странников).

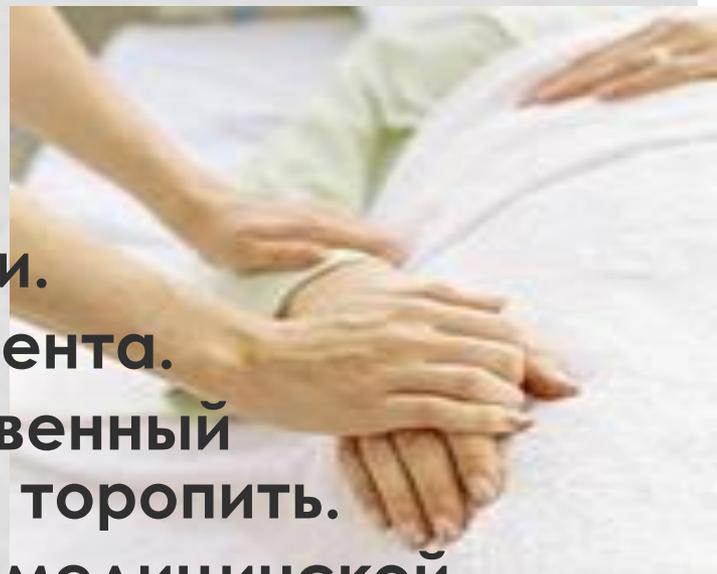
Сегодня, это – учреждения здравоохранения для оказания медицинской, социальной и психологической помощи умирающим больным.

Хосписная помощь является одним из вариантов паллиативной помощи, — это всеобъемлющая помощь больному в конце жизни (чаще всего в последние 6 мес.) и умирающему человеку.



ПРИНЦИПЫ ХОСПИСА

- Услуги хосписа бесплатны. За смерть нельзя платить, как и за рождение.
- Хоспис – дом жизни, а не смерти.
- Хоспис – улучшение жизни пациента.
- Смерть, как и рождение естественный процесс. Его нельзя тормозить и торопить.
- Хоспис – система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.
- Хоспис – школа и поддержка родственников и близких пациента.
- Хоспис – это мировоззрение гуманизма.



ХОСПИСЫ

Развитие хосписного движения и открытие огромного числа этих учреждений в различных странах постепенно привело к тому, что понятие «хоспис» стало включать в себя не только тип учреждения для неизлечимо больных, но и концепцию ухода за умирающими больными.



СТРУКТУРА ХОСПИСОВ

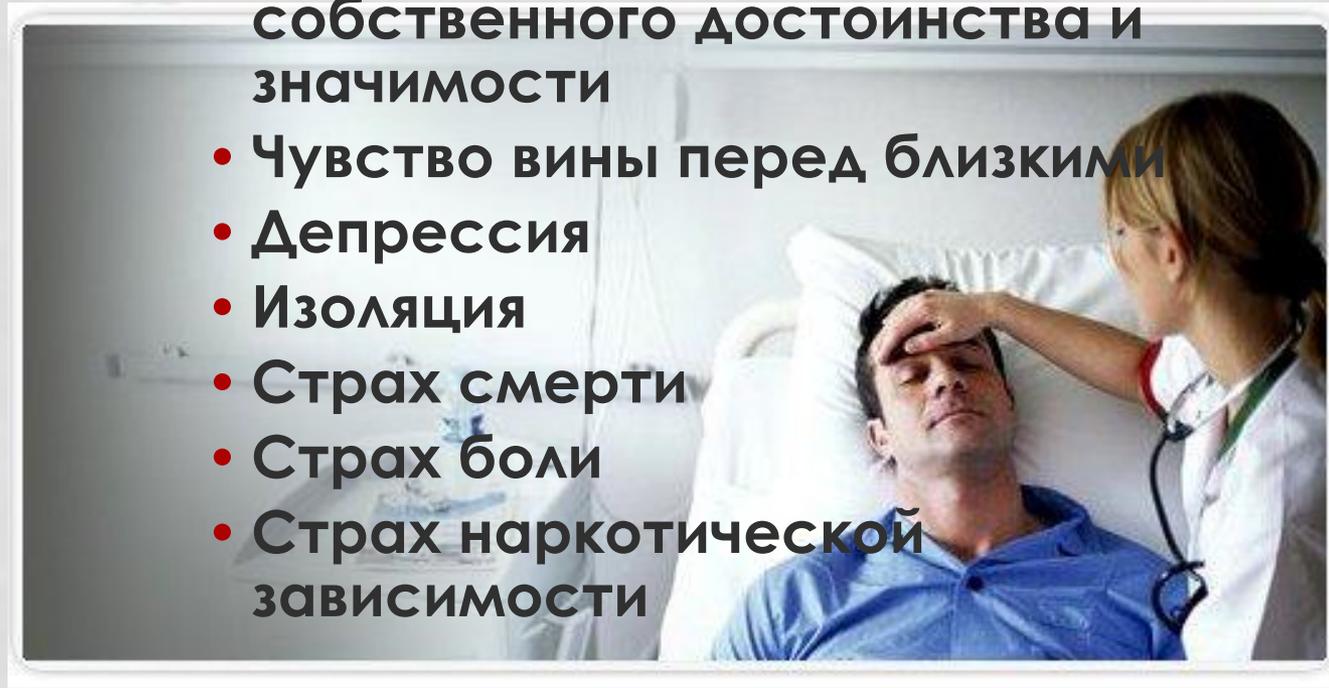
- Выездная служба;
- Дневной стационар;
- Стационарное отделение;
- Административное подразделение;
- Учебно-методическое подразделение;
- Социально-психологическое подразделение;
- Волонтерское;
- Хозяйственное.



НАСТОЯЩИЕ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УМИРАЮЩЕГО ПАЦИЕНТА

- Кахексия
- Спутанность сознания
- Боль
- Одышка
- Кашель
- Тошнота
- Рвота
- Анорексия
- Запор
- Понос
- Кожный зуд
- Отёки
- Асцит

- Сонливость
- Бессоница
- Пролежни, раны
- Снижение чувства собственного достоинства и значимости
- Чувство вины перед близкими
- Депрессия
- Изоляция
- Страх смерти
- Страх боли
- Страх наркотической зависимости



ЦЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА УМИРАЮЩИМИ ПАЦИЕНТАМИ:

- Поддерживать пациента в комфортных и безопасных условиях, насколько это возможно.
- Создать для него максимально возможную автономию при удовлетворении своих потребностей.
- Помочь пациенту в его горе и в преодолении этого горя, связанного с ощущением непрерывных потерь.
- Помочь пациенту и его близким подготовиться к смерти.



СТАДИИ ГОРЯ



Отрицание
("Это не так")



Протест
("Почему я?")



Просьба об отсрочке
("Не сейчас")



Депрессия



Принятие ("Пусть будет!")

СТАДИИ ТЕРМИНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

ПРЕАГОНИЯ. Характеризуется нарушением функций ЦНС и резким ухудшением гемодинамики:

- сознание сохранено, спутанное, пациент заторможен;
- кожные покровы бледные или цианотичные;
- пульс нитевидный, тахикардия, АД падает до 80 мм. рт.ст., дыхание учащается;
- зрачок узкий, реакция на свет ослаблена.

Длительность этой фазы от нескольких минут до нескольких суток.

АГОНИЯ. Для агонии характерно:

- отсутствие сознания, но пациент может слышать;
- резкая бледность кожных покровов с выраженным акроцианозом, мраморность;
- пульс определяется только на крупных артериях, брадикардия;
- дыхание редкое, аритмичное, судорожное;
- зрачки расширены, реакция на свет резко снижена;
- могут возникнуть судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Длительность этой фазы от нескольких минут до нескольких часов.

КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. Клиническая смерть наступает с момента остановки сердца и дыхания. Продолжительность 3-6 минут.

Если с помощью реанимационных мероприятий жизнедеятельность организма не была восстановлена, то в тканях возникают необратимые изменения, и наступает **БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ.**



СТАДИИ ГОРЯ, ПЕРЕЖИВАЕМЫЕ РОДСТВЕННИКАМИ УМЕРШЕГО



**шок, оцепенение,
неверие**



боль



отчаяние



принятие



**разрешение и
перестройка**

- **Шок, оцепенение, неверие.** Скорбящие люди чувствуют себя в отрыве от жизни, т.к. реальность смерти ещё полностью достигла сознания и они не готовы принять потерю.
- **Боль**, испытываемая из-за отсутствия умершего человека. Parkes С.М. (1986г.) так описывает это состояние: «отсутствие умершего ощущается везде. Дом и семья наполнены болезненными воспоминаниями. Горе несёт скорбящего на волне сильного и длительного напряжения, охватывает сильнейшая тоска».
- **Отчаяние (волнение, гнев, нежелание вспоминать).** Наступает, когда приходит осознание того, что умерший никогда не вернётся. В это время часто отмечается снижение концентрации внимания злость, вина, раздражительность, беспокойство и чрезмерная печаль.

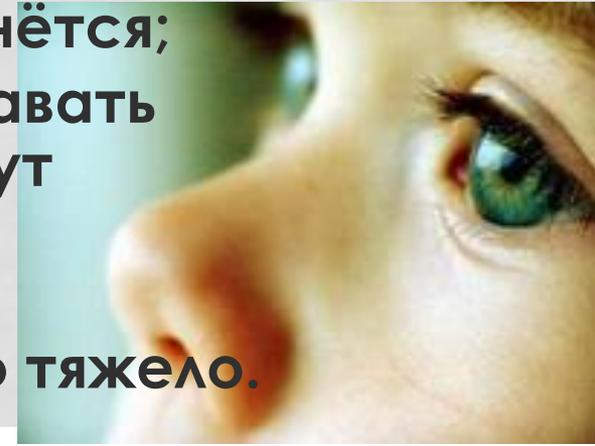
- **Принятие (осознание смерти).** Скорбящие люди могут мысленно сознавать неизбежность потери задолго до того, как их чувства дадут им возможность принять правду. Депрессия и колебания чувств может продолжаться больше года после похорон.
- **Разрешение и перестройка.** Вместе с умершим человеком уходят старые привычки поведения и возникают новые, которые ведут к новой фазе принятия решений. В этой фазе человек в состоянии вспомнить умершего без всепоглощающей печали.

Вывод. Знаний стадий горя, переживаемого близкими умершего помогает избежать неправильного отношения к скорбящему, вспыльчивого суждения о его переживаниях в настоящий момент.



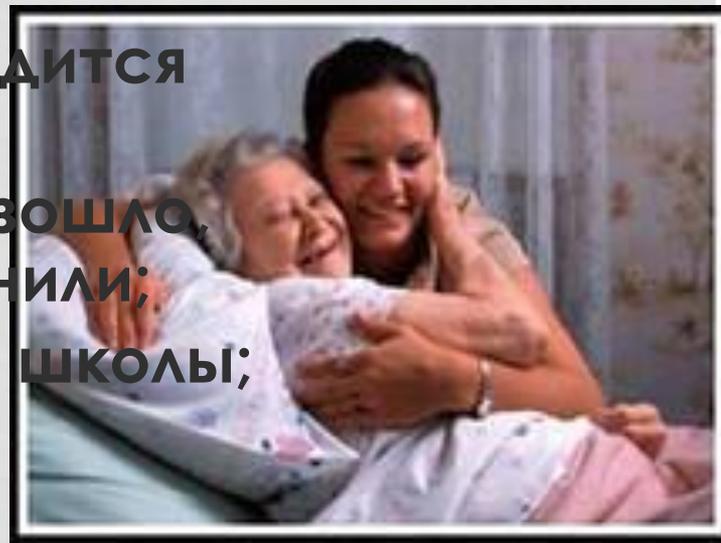
ГРУППЫ, ПОДВЕРЖЕННЫЕ РИСКУ СИЛЬНЕЙШЕЙ СКОБИ

- Пожилые люди, пережившие потерю близкого человека, чувствуют себя более изолированными и нуждаются в сочувствии.
- Дети, утратившие близких им людей, очень уязвимы и более осознанно воспринимают смерть, чем думают об этом взрослые:
 - до 2 лет дети не могут отдавать себе отчёта в том, что кто-то из семьи умер. Но они очень этим обеспокоены;
 - от 3 до 5 лет дети не считают смерть необратимым явлением и думают, что умерший вернётся;
 - 6 - 9 лет – постепенно начинают осознавать необратимость смерти, их мысли могут быть связаны с приведениями;
 - Подростки особенно эмоционально уязвимы и переносят утрату особенно тяжело.



ДЕТИ ПО-ОСОБЕННОМУ РЕАГИРУЮТ НА ПОТЕРЮ РОДИТЕЛЕЙ. СУЩЕСТВУЕТ НЕСКОЛЬКО СИТУАЦИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОВЛИЯТЬ НА РЕБЁНКА:

- Оставшийся из родителей находится в глубокой печали;
- Ребёнок не понимает, что произошло, потому что ему чётко не объяснили;
- Изменение места жительства и школы;
- Малочисленность семейных и социальных контактов;
- Ухудшение экономического и социального положения семьи, особенно когда умер отец;
- Вступление в брак оставшегося из родителей до того времени, пока ребёнок свыкнется с мыслью, что умерший не возвратится;
- Ухудшение заботы о ребёнке.



СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БОЛИ



ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ

Хроническая боль (ХБ) значительно отличается от острой боли по многообразным проявлениям, обусловленным постоянством и силой чувства боли, а также часто возникающей резистентностью к различным лечебным воздействиям.

ХБ занимает одно из ведущих мест в онкологии среди тяжелых патологических синдромов и встречается примерно у 70-90% больных в стадии генерализации онкологического процесса.



МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ БОЛИ

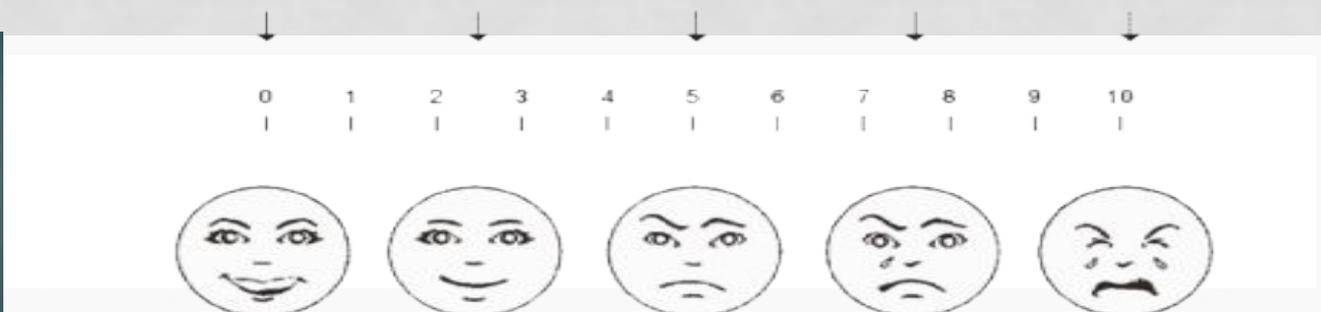
Для оценки многофакторного болевого синдрома чаще всего пользуются специально разработанной анкетой McGill.³ Данная анкета содержит 20 групп прилагательных, которые описывают боль. Пациента просят подчеркнуть по одному слову из каждой группы, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения.

Интенсивность боли оценивают также с помощью различных шкал.

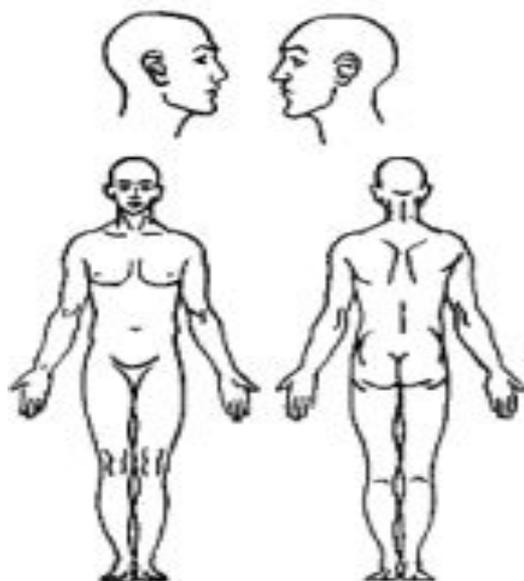
Для клинических целей наиболее употребительными являются:

визуально-аналоговая шкала (ВАШ),
шкала лиц, шкала вербальных оценок (ШВО),
цветовая шкала.



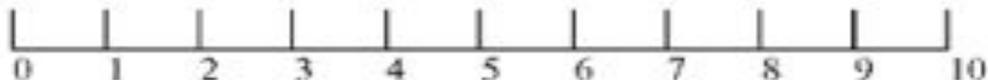


Карта самооценки боли



Характеристика боли

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Дульсирующая | Задевающая |
| Резущая | Раскалывающая |
| Жгучая | Жесточая |
| Жалящая | Доставляющая страдание |
| Продолжительная | Отражающаяся |
| Приглушённая | Вонзающаяся |
| Утомительная | Мучающая |
| Ослепляющая | Непереносимая |
| Интенсивная | Удовлетворительно переносимая |
| Пронизывающая | Мягкая, легко переносимая |
| Ноющая | Можно справиться |
| Стреляющая | Абсолютно нормально переносимая |
| Терзающая | Практически не ощущается |
| Иссушающая | Активна внутри помещения |
| Тупая | Активна на улице |
| Пугающая | Боли нет |
| Раздражающая | Расслаблена |
| Распространяющаяся из одной точки | |
| Вызывающая тошноту | |
| Колошащая | |
| Сокрушительная | |
| Саднящая | |



Нет боли

Сильнейшая боль

Что облегчает боль?

Что делает боль сильнее?

.....

.....

СТАНДАРТНЫЙ ПЛАН УХОДА ПРИ БОЛИ

Проблема	Цели ухода	Сестринские вмешательства
1. Боль в области	1. Пациент не будет испытывать боль (боль уменьшится)	1. Провести невербальную оценку интенсивности боли, используя линейки боли или шкалу для оценки боли (при оценке указать, по какой шкале проводилась оценка интенсивности боли). Указать, кем проведена оценка боли (сестрой, пациентом)
		2. Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента
		3. Давать (вводить) анальгетики в соответствии с назначением врача и проводить сестринскую оценку эффективности использования этих препаратов, консультируясь с врачом при неадекватной анальгезии
		4. Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль
		5. Объяснить пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения
		6. Использовать известные процедуры расслабления для облегчения боли

ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

- доза анальгетика подбирается индивидуально в зависимости от интенсивности и характера ХБ, необходимо добиваться устранения или значительного облегчения боли;

- назначаются анальгетики строго "по часам", очередная доза препарата вводится до прекращения действия предыдущей;

- анальгетики применяются "по восходящей", т.е. от максимальной дозы слабо действующего опиоида к минимальной дозе сильнодействующего.



На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адьювантными средствами: кортикостероидами, антидепрессантами, транквилизаторами и др.



3 Ступень - Сильная боль

- Сильные опиоиды
- ± Неопиоидные анальгетики
- ± Адьювантные препараты



2 Ступень - Умеренная боль

- Слабые опиоиды
- ± Неопиоидные анальгетики
- ± Адьювантные препараты



1 Ступень - Слабая боль

- Неопиоидные анальгетики
- ± Адьювантные препараты

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ СНЯТИЯ БОЛИ

Поддерживаю щие	Когнитивные	Поведенческие	Физические
Забота о семье Информирование Сочувствие Прово выбора Игры прочие	Музыка Отвлечение Воображение Гипноз прочие	Глубокое дыхание Расслабление прочие	Прикосновение Тепло и холод Чрезкожная электростиму ляция нервов прочие

- Поддерживающая терапия направлена на оказание психологической помощи;
- когнитивная – воздействует на мысли и образное мышление больного, способствует отвлечению от боли;
- поведенческая - изменяет поведение, позволяет уменьшить возбуждение, снизить болевые ощущения, тошноту и рвоту;
- Физиотерапия оказывает влияние на сенсорную систему.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ПРИМЕРЫ ЛИНЕЕК И ШКАЛ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ

Шкала для характеристики ослабления боли:

- А - боль полностью исчезла;
- Б - боль почти исчезла;
- В - боль значительно уменьшилась;
- Г - боль уменьшилась слегка;
- Д - нет заметного уменьшения боли.

Шкала успокоения:

- 0 - успокоение отсутствует;
- 1 - слабое успокоение; дремотное состояние, быстрое (лёгкое) пробуждение;
- 2 - умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое (лёгкое) пробуждение;
- 3 - сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента;
- 4 - пациент спит, глубокий сон.



ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ, ДОКЛАДОВ, ПРЕЗЕНТАЦИЙ

- История хосписной помощи.
- Философия хосписной помощи.
- Хосписы в России и в Челябинске.
- Паллиативная помощь онкологическим больным и больным с другими хроническими прогрессирующими заболеваниями (ВИЧ, СПИД, туберкулез и др.).
- Хосписная помощь вместо эвтаназии.
- Этические проблемы хосписной помощи.
- Духовные аспекты паллиативной помощи.
- Роль сестричества в оказании помощи неизлечимым пациентам.
- Хронический болевой синдром. Проблемы, решения.
- Синдром «профессионального выгорания» у сотрудников хосписов.
- Роль медицинской сестры в паллиативной помощи.
- Психологическая поддержка пациента, работа с родственниками.
- Стадии горя.
- Этические аспекты в работе с умирающими пациентами.
- Ритуальные обычаи народов России.

**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ**

