

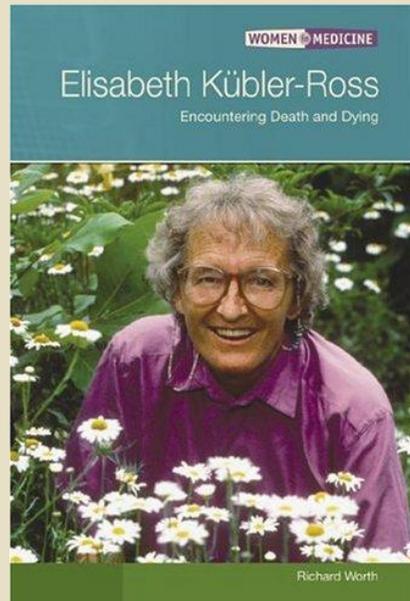


**ЛЕКЦИЯ №14**  
**ПРИНЦИПЫ**  
**ОКАЗАНИЯ**  
**ПАЛЛИАТИВНОЙ**  
**ПОМОЩИ.**

- **Горе, стадии горевания**
- В состоянии пациента наступает такой момент, когда он, его родные понимают неизбежность смерти.
- **Чужая смерть** – *испытание* для любого человека. Медсестра должна знать возможные реакции пациента и его близких на полученную информацию, и должна быть готовой к адекватной психологической поддержке с такого момента и до конца, понимая индивидуальность каждого случая.
- **Печаль, переживание** – специфическое поведение, которое появляется после потери значимого человека, органа или части тела. Оно прекращается после того, как человек смирится с этой потерей.
- **Потерей** может стать утрата работы, конечности в результате ампутации, потеря возможности двигаться самостоятельно, потери зрения или слуха, потеря родного человека, потеря жизни. Когда говорят о потере жизни, имеется в виду и тот, кто ушел, и те, кто переживает потерю близкого человека. Жизнь – серия потерь. Естественная *реакция* человека на потерю – горе.
- **Горе** – эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий (фаз).

- **Пять стадий модели Кюблер-Росс**

- Имя доктора Элизабет Кюблер-Росс на слуху благодаря ее работе над темами смерти и умирания, оказавшей значительное влияние на современную медицину. В 1969 г. Кюблер-Росс описала пять стадий горя в своей книге «О смерти и умирании», которые соответствуют нормальным чувствам человека, когда они имеют дело с изменениями, как в личной жизни, так и на работе. Видите ли, все изменения несут потери в какой-либо степени. Поэтому пятиступенчатую модель очень полезно использовать, чтобы понять реакцию людей на изменения.



○ Пять стадий горя, о которых писала Кюблер-Росс:

○ Отрицание

○ Злость

○ Торг

○ Депрессия

○ Принятие





◦ Стадии могут длиться разные периоды и могут сменять друг друга или существовать одновременно. Это будет идеальным думать, что все мы достигнем стадии «Принятие» со всеми изменениями, с которыми нам предстоит столкнуться, но часто бывает, что некоторые люди закливаются на одной из стадий и не могут двигаться дальше.

## ◦ Шок или отрицание



◦ «Я не могу в это поверить», «Такого не бывает», «Не со мной!», «Только не снова!»

## ◦ **Отрицание**

◦ Это зачастую временная защита, которая дает нам время собрать информацию об изменениях перед тем, как переходить на другие этапы. Это начальная стадия оцепенения и шока. Мы не хотим верить, что изменения происходят. Если мы притворимся, что изменений нет, если мы отдалимся от него, то, возможно, оно исчезнет. Слегка похоже на страуса, прячущего голову в песок.



## ◦ Злость

- *«Почему я? Это несправедливо!» «Нет! Я не могу это принять!»*
- Когда мы осознаем, что изменения реальны и коснутся нас, наше отрицание переходит в злость. Мы злимся и обвиняем кого-то или что-то в том, что с нами происходит. Что интересно, наша злость может быть направлена совершенно в разные стороны. Люди могут злиться на начальника, самих себя, даже Бога. В тяжелые экономические времена во всем винят экономику. Это вина правительства или топ-менеджмента — надо было все спрогнозировать и просчитать. Вы можете больше раздражаться на коллег или членов семьи. Вы обнаружите, что люди начинают цепляться к мелочам



## ◦ Торг

- *«Только дай мне дожить до того, как дети окончат школу.»; «Я все сделаю, повремени пока? Еще несколько лет.»*
- Это естественная реакция умирающих людей. Попытка отложить неизбежное. Мы часто видим подобное поведение, когда люди переживают изменения. Мы начинаем торговаться, лишь бы отдалить перемены или найти выход из ситуации. Большинство сделок мы пытаемся заключить с Богом, другими людьми, с жизнью. Мы говорим «Если я пообещаю это делать, ты не допустишь этих изменений в моей жизни». В рабочих ситуациях некоторые начинают усерднее работать и часто остаются сверхурочно, пытаясь избежать сокращения.



## ◦ Депрессия

- *«Я так несчастен, разве меня может что-то беспокоить?»; «К чему попытки?»*
- Когда мы понимаем, что торг не дает результатов, приближающиеся перемены становятся реальными. Мы понимаем все потери, которые повлекут за собой перемены, и все, что нам придется оставить. Это толкает людей в состояние подавленности, депрессии, отсутствие энергии. Стадия депрессии часто заметна в рабочей обстановке. Люди, сталкивающиеся с переменами на работе, достигают состояния, когда они чувствуют себя демотивированными и крайне неуверенными в их будущем. На практике эта стадия характеризуется частым отсутствием. Люди берут больничные листы.

◦



## ○Принятие

- *«Все будет хорошо.»; «Я не могу победить это, но я могу хорошо подготовиться к этому.»*
- Когда люди понимают, что борьба с переменами не дает результатов, они двигаются к стадии принятия. Это не счастливое состояние, скорее покорное принятие изменение, и чувство, что они должны с этим смириться. В первый раз люди начинают оценивать перспективы. Это как поезд, въезжающий в тоннель. *«Я не знаю, что там за поворотом. Я должен двигаться по рельсам, Мне страшно, но нет выбора, Надеюсь, там есть свет в конце...»*
- Это может превратиться в креативное состояние, поскольку заставляет людей изучать и искать новые возможности. Люди открывают новое в себе, и это всегда здорово осознавать мужество, которое необходимо для принятия.



◦ . Помните, Кюблер-Росс говорила, что мы колеблемся между стадиями. Однажды Вы почувствуете принятие, но потом за кофе на работе Вы слышите новости, которые отбрасывают Вас назад к стадии злости. Это нормально! Хотя она не включила надежду в список своих пяти стадий, Кюблер-Росс добавляет, что **надежда**—это важная нить, связующая все стадии.

Эта надежда дает веру, что у изменений хороший конец, и что у всего происходящего есть свой особый смысл, который мы поймем со временем.

Живите так, чтобы оглядываясь назад, Вы не сказали:  
«Господи, как же я так потратил свою жизнь?»  
Элизабет Кюблер-Росс, M.D.(1926–2004).



## ◦ **Принципы паллиативной медицины**

◦ В основе паллиативной медицины лежит:

◦ Система поддержки пациента, помогающая ему жить настолько возможно качественно в финальный период жизни.

◦ Уход за пациентом, основанный на искренней заботе и милосердии.

◦ Психологическая и духовная помощь пациентам перед лицом надвигающейся смерти.

◦ Устранение и облегчение страданий обреченных пациентов, вызванных болью и другими мучительными симптомами.

◦ Психологическая помощь членам семьи и близким пациента.

◦ **Паллиативная помощь состоит из следующих компонентов:**

◦ Реабилитация.

◦ Психотерапия.

◦ Забота об умирающих.

◦ Поддержка семьи во время болезни близкого человека и после смерти.

◦ Исследования.

# Оказание паллиативной помощи



- **Паллиативная помощь проводится:**
- На дому.
- В поликлинике (дневной стационар, дневной хоспис).
- В стационаре (в отделениях паллиативной помощи – хосписе).
- Выездной бригадой паллиативной помощи.



- Паллиативное лечение начинается тогда, когда все другие виды лечения не являются эффективными, когда отказывают жизненно важные органы. Первостепенно целью его является не продлить жизнь, а сделать оставшуюся жизнь более комфортной и значимой.
- Цель паллиативного лечения – поддержание максимально возможного уровня здоровья на определённом этапе жизни, связанном с её потерей.
- Специалисты паллиативного лечения исповедуют эстетическое кредо: если невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, качество жизни пациента становится более важным, чем её продление.

# ХОСПИС – ЭТО...

- ▶ ...учреждение социальной службы и системы здравоохранения, предназначенное для обеспечения симптоматического (паллиативного) лечения неизлечимых больных;



◦ Тема отношения врача к умирающему больному проходит через всю историю медицины, начиная с Гиппократов и вплоть до современной эпохи хосписов. Гиппократ в книге "Об искусстве", в частности, говорит о цели медицины: "Она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя силу болезней, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки". Врачебный обычай по возможности исключать из своей практики проблемы умирающих пациентов господствовал до нового времени, на рубеже которого (1605г) английский философ Френсис Бекон предсказал: "Я убежден, что долг врача не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями даже тогда, когда нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать смерть более легкой и спокойной".

◦ В зачаточном виде помощь умирающим больным была делом монастырей, где возникли в средние века первые хосписы. Слово **"хоспис"** английского происхождения, означает "дом для приюта странников", "странноприимный дом". Они создавались для оказания помощи заболевшим странникам, шедшим для поклонения Гробу Господню.

◦ Первое заведение для ухода за умирающими от рака больными создана в Лионе (Франция) в 1842 году Жиан Гаррньер. В 1879 году такой же хоспис открыли ирландские сёстры милосердия. В 1905 году в Лондоне открыла и возглавила подобное заведение баронесса Сесилия Сондерс. Начав работу социальным работником, она позже получила диплом медсестры, а затем врача. В её "Приюте Святого Кристофера" оказывалась не только квалифицированная помощь умирающим, но также разрабатывались стандарты квалифицированной паллиативной помощи, включая домашние условия. Сесилия Сондерс заложила философию хосписного движения. Она первая решила сказать правду о неотвратимом исходе одному из своих пациентов, попыталась найти *путь* к общению, оказанию психологической поддержки.



◦ В России первый хоспис был открыт в 1990 году в Санкт-Петербурге по инициативе английского журналиста Виктора Зорза и врача – психотерапевта А.В.Гнездилова. Виктор Зорза, чья дочь умерла в 1975 году от рака в английском хосписе, в благодарность работникам этого учреждения, написал документальную книгу. Со своей женой он стал инициатором хосписного движения в США, оказывал помощь России. О московском хосписе, созданном в сентябре 1994 года, написано: "В этом доме не чувствуешь смерти, хотя здесь умирают люди". Здесь не говорят слова "умер", говорят "ушёл". Палаты в нём на одного или четырёх пациентов. Число человек в палатах выверено – двое привыкают друг к другу и тяжелее переносят потерю соседа, а если палата на троих, двое объединяются против третьего. Палаты просторные, оборудованы функциональными кроватями, противопрележневыми матрасами, средствами связи с сестринским постом. Имеются душевые и туалетные комнаты применительно к специфике и состоянию больных. Каждая палата имеет отдельный *выход* во дворик. Имеется православная часовня, и созданы условия для удовлетворения религиозных потребностей пациентами других конфессий. Обстановка в хосписе близкая к обычным условиям жизни человека.

- **Основы хосписного движения**

- За смерть нельзя платить.

- Хоспис – дом жизни, а не смерти.

- Смерть, как и рождение – естественный процесс, его нельзя ни торопить, ни тормозить.

- Хоспис – система комплексной медицинской помощи, психологической и социальной помощи пациенту.

- Хоспис – не стены, а люди, сострадающие, любящие, заботливые.

-

- **Понятие боли**

- Смерть, как физический распад, почти всегда сопровождается болью.
- Боль – эмоциональная *реакция* организма на повреждающее воздействие.
- Боль – это все, что причиняет беспокойство больному. Она существует тогда, когда сам испытывающий её человек говорит о ней.
- Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей, или описываемое, исходя из такого повреждения.
- Боль – одна из главных причин обращения за медицинской помощью. симптом многих заболеваний и действий внешних повреждающих факторов.
- Боль – биологический механизм защиты, сигнал об опасности для здоровья и жизни.
- Боль – включает субъективный и объективный компоненты, но не имеет объективных методов измерения.



◦ **Медсестра должна уметь:**

◦ Оценивать характер, интенсивность, локализацию боли.

◦ Выявить факторы, влияющие на появление, усиление или уменьшение боли.

◦ Обучить пациента вести оценку боли, используя специальные линейки и шкалы.

◦ Выполнять назначения врача по обезболиванию, обучать родственников пациента.

◦ **Типы боли:**

- Стадийная – короткая по продолжительности, возникающая в период получения травмы.
- Острая – возникает в результате повреждения тканей. Имеет разную продолжительность, но не более 6 месяцев. Прекращается после заживления.
- Хроническая – сохраняется более продолжительное время, чем требуется для заживления.



◦ **Виды боли:**

- Поверхностная – часто при воздействиях механических повреждений, высоких или низких температур.
- Глубокая – в суставах, мышцах (тупая, мучительная, терзающая).
- Боль внутренних органов – связывается часто с конкретным органом (сердце, желудок).
- Невралгия – появляется при повреждении периферических нервов.
- Иррадиирующая – отдающая в другие участки тела (при инфаркте миокарда в левое плечо, руку и т.д.).
- Фантомная боль – ощущается в ампутированной конечности.
- Психологическая боль – наблюдается при отсутствии видимых физических раздражителей.

◦ **Факторы, усиливающие боль у онкологических больных**

◦ Шум.

◦ Депрессия.

◦ Бессонница.

◦ Жажда.

◦ Недостаточное питание.

◦ Охлаждение.

◦ Небрежное обращение.

◦ Нарушение технологий ухода и манипуляций.

◦ Отсутствие общения и информации.

◦ **Наиболее частые причины болей у онкологических больных**

◦ Поражение костей.

◦ Сдавление нервов.

◦ Прорастание опухоли в мягкие ткани.

◦ Вовлечение в процесс внутренних органов.

◦ Повышение внутричерепного давления.

◦ Мышечный спазм.

◦ Распространение опухоли в забрюшинное пространство.

- **Приёмы обезболивания**

- Более, чем у 90 % онкологических больных можно достичь уменьшения или устранения боли приёмом анальгетиков и дополнительных лекарственных препаратов. Симптоматическое обезболивание включает лекарственные средства, физиотерапию и психотерапию.

- **Принципы назначения анальгетиков:**

- **1 принцип** – назначение анальгетики "по часам", доза подбирается с учётом силы и характера боли, постепенно увеличивается, пока больной не почувствует облегчения.

- **2 принцип** – назначение анальгетиков "по восходящей" - принцип "обезболивающей лестницы"

- **1 ступень** – ненаркотический анальгетик + вспомогательный препарат.

- **2 ступень** – слабый опиат + ненаркотический анальгетик + вспомогательный препарат.

- **3 ступень** – сильнодействующий анальгетик.

- **Медсестра должна проинструктировать:**
- О регулярности приёма анальгетика – каждые 4 часа.
- Первый и последний приёмы – во время пробуждения и отхода ко сну , соответственно.
- Дополнительное время приёма – 10 – 14 – 18 часов.
- Об эффективности такой схемы.
- О дозе, как принимать, чем запивать.
- О возможных побочных эффектах – тошнота, сонливость, запоры.
- **Дополнительные приёмы обезболивания:**
- Физические – изменение положения тела, применение тепла или холода, массаж.
- Физиологические – общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления, гипноз.