Паллиативная помощь

Кафедра сестринского дела
к.м.н. В.В. Шипицына

Паллиативная помощь

- Паллиативная медицина приходит на смену радикальной с того момента, когда все средства использованы, эффекта нет, и перед пациентом возникает перспектива смерти.
- **Цель паллиативного лечения** – помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленный прогрессированием болезни (ВОЗ)

В основе паллиативной медицины лежит:

- Система поддержки пациента, помогающая ему жить насколько возможно качественно в финальный период жизни;
- Уход за пациентом, основанный на искренней заботе и милосердии;
- Психологическая и духовная помощь пациентам перед лицом надвигающей смерти;
- Устранение или облегчение страданий обреченных пациентов, вызванных болью и другими мучительными симптомами;
- Психологическая помощь членам семьи и близким пациента.
- Паллиативная помощь состоит из медицинской, психологической, социальной и духовной помощи.

Паллиативное лечение:

- Утверждает жизнь и воспринимает умирание как естественный процесс.
- Не ускоряет и не оттягивает смерть.
- Воспринимает пациента и его семью как единое целое для своей заботы
- Проводит контроль за болью и другими тяжелыми симптомами
- Объединяет психологические, социальные и духовные аспекты заботы и лечение пациентов
- Предоставляет пациентам систему поддержки активной жизни до самой смерти. Насколько это возможно
- Предоставляет систему поддержки и оказывает помощь семье в период болезни и смерти близкого человека.

В паллиативной помощи нуждаются:

1. инкурабельные онкологические больные;
2. пациенты, перенесшие инсульт;
3. больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции
4. больные с различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, находящимся в терминальной стадии развития болезни.

Задачи медицинской сестры в процессе оказания паллиативной помощи

- общий уход
- контроль за симптомами
- психологическая поддержка пациента и семьи
- обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи
- облегчение боли и смягчение других тягостных симптомом
- психологическая и духовная поддержка пациента
- поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти
- создание системы поддержки в семье больного во время болезни и смерти

(Продолжение)

- ощущение принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой)
- проявление любви, внимания к пациенту (общение с ним)
- понимание (идущее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания)
- самооценка (обусловленная участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, необходимо найти возможность для больного не только получать, но и давать)
- помощь семье после кончины пациента

Основные принципы оказания паллиативной мед помощи:

- Оценка состояния и определение приоритетной проблемы
- Объяснить понятными словами причины развития и появления симптомов заболевания
- Помощь должна быть индивидуальной
- Помощь не ограничивается только лекарствами
- Необходимо проводить профилактику стойких, мучительных симптомов
- Помощь надо проводить просто, доступными для больного средствами
- Не надо говорить: Я все использовал, Я сделал все, Я не зная, что еще можно сделать»

«Пациенты с инкурабельным заболеванием не должны более рассматриваться как медицинская неудача, для которых ничего более не дано.

Они нуждаются в паллиативной помощи, которая не означает второразрядной недостаточной помощи, но лечения, в котором большинство людей будет иметь надобность в определенный момент их жизни, и многого со времени постановки диагноза, требующего значительного искусства, и получение того, что обычно приносится в предупреждение, изучение и лечение болезни»

(Dr. Michael Kearney).

Преимущества и недостатки смерти дома.

Преимущества:

- это более естественно;
- умирающий может лучше распорядиться своей жизнью;
- сохраняется достоинство и уважение;
- умирающий чувствует себя безопаснее;
- для ухаживающего нет утомительной траты времени на дорогу;
- ухаживающий ощущает свою необходимость;
- домашняя еда, как правило, больше соответствует потребностям больного;

- постоянная близость помогает и ухаживающему, и больному;
- оба могут жить нормально и полноценно;
- оба имеют больше свободы и контроля, умирающий скорее может сказать, чего он действительно желает;
- дома есть и время, и место для того, чтобы выразить свою боль, гнев и страдания, свои обиды, поэтому здесь легче соглашаются, примиряются с собственной смертью;
- в доверительной и спокойной обстановке оба имеют время для внутренней подготовки к смерти (совместные и печальные хлопоты).

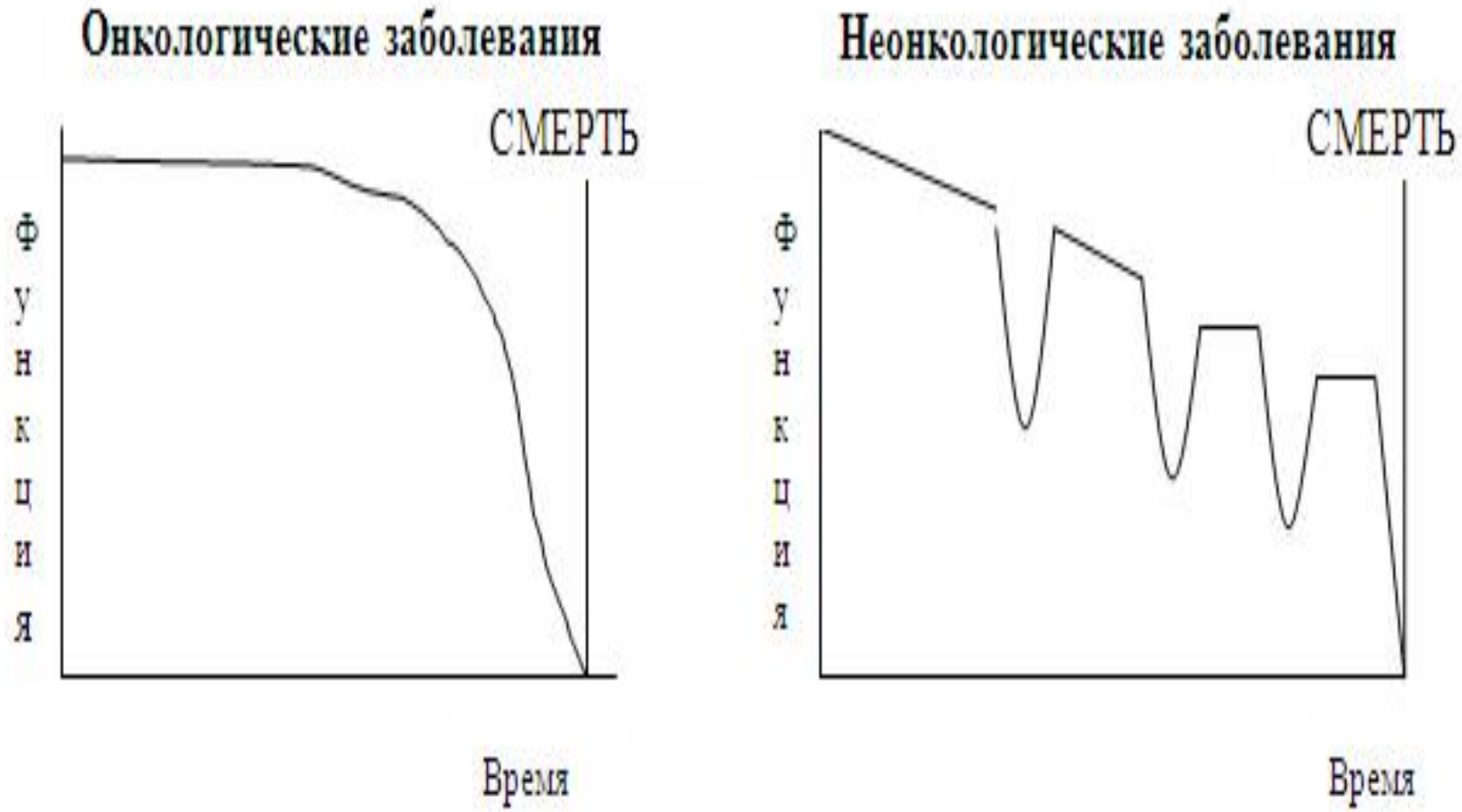
Недостатки:

- когда умирающий действительно не хочет этого;
- когда у семьи не хватает времени, чтобы заботиться об умирающем;
- когда больной хочет получать парентеральное питание, а патронажной или процедурной медицинской сестры нет;
- когда в доме нет никого, кто бы мог заботиться об умирающем;
- когда есть опасность, что ухаживающие будут сильно физически и духовно утомляться;
- когда в семье есть маленькие дети, за которыми тоже нужно ухаживать и это будет для ухаживающего слишком большой нагрузкой.

Частые потребности пациента:

- Хороший контроль за проявлениями болезни
- Ощущение безопасности
- Желание чувствовать себя нужным, не быть в тягость
- Человеческое общение, контакты. Благосклонность
- Разъяснение симптомов и болезни
- Возможность обсуждать процесс умирания
- Желание, несмотря на любое настроение быть понятым

«Траектория» болезни



Психологические реакции на смерть

- стадия - ***«отрицания»*** нет не я, это ошибка, не может быть»
- стадия ***«отрицание»*** **+ *«протест»*** (почему я, это ошибка)
- стадия ***«просьба об отсрочке»*** (еще не сейчас)
- стадия ***«депрессия»*** (я-умру, все кончено)
- стадия ***«принятие»*** (пусть будет, никуда не денешься, значит судьба)

Принципы психотерапевтической поддержки

- В стадию отрицания не мешать больному, «мост» к человеку должен строиться от него, а не от себя
- В стадию «агрессии» целесообразно дать больному « выплеснуться»
- В депрессивной стадии необходимо разделить переживание
- В стадии «принятии» необходимо поддерживать пациента.

Классическая и неклассическая концепция смерти

Классическая концепция тяготеет к организменному подходу в объяснении патологического процесса, согласно которому нарушение жизнедеятельности проистекает вследствие деструкции какого-либо внутреннего фактора функционирования организма: органа, системы органов, клетки, молекулярных или биохимических структур.

Р. Декарт полагал, что жизнь в разных ее проявлениях существует как бы автономно от окружающих ее условий, а смерть наступает либо по причине полной «выработки» жизненных сил (подобно тому, как кончается завод часового механизма), либо из-за поломки одного из звеньев этого живого механизма.

Смерть в такой трактовке является чем-то побочным, не существенным для самой жизни, наступающим «случайно» и превходящим исключительно извне. Она мгновенна, одномоментна.

Неклассическая концепция

По мысли **Н.Н. Федорова**, смертная ограниченность нынешнего человечества будет преодолеваться в будущем по мере совершенствования людей в процессе «общего дела» - «воскрешения отцов», т.е. последовательного покорения стихийных сил природы и человеческой истории, включая достижение личностного бессмертия.

Неклассическая концепция

В.И. Вернадский впервые сумел не только философски, но и научно свести воедино эволюцию жизни и эволюцию Космоса, представив жизнь в ее до человеческих (биосфера) и собственно человеческих (ноосфера) проявлениях как единый, закономерный и необходимый закон бытия. Конечность, ограниченность, смертность отдельных проявлений жизни есть условие восходящей самоорганизации - коэволюции.

В неклассической концепции жизнь и смерть - не только взаимодействующие, но и взаимообусловливающие друг друга процессы. Смерть не одномоментна, но постепенно наступает по мере выключения той или иной локальности изо всей системы взаимодействия организма с миром.

«Жить - значит умирать»

Ф. Энгельс.

«...смерть множественна и распределена во времени»,- сказано у **М. Фуко**, - это не абсолютная и привилегированная точка, начиная с которой время останавливается, чтобы повернуть вспять; она, как сама болезнь, обладает множественным присутствием, которое анализ может распределять во времени и пространстве».

«Смерть предполагает жизнь, начинается с жизнью и с жизнью же заканчивается. Конец жизни есть конец смерти, то есть умирания. По существу, смерти нет, есть смертное, то есть живое».

Смысл паллиативной терапии и заключается в преодолении социальной смерти через организацию условий для максимально осознанного и достойного, т.е. «человеческого» исхода и регулирование составляющими этого процесса.

Стадии траура

Стадия	Продолжитель-ность	Характеристика
Облегчение	Несколько дней	Следует за смертью, чувство нереальности оглушения –«Я никак не могу это представить
Ослабление напряжения	Около 3-х недель	Разрешение практических проблем (исполнения завещания, вопросы страховки, пенсии)

Отказ	3-4 месяца	Ощущение покинутости, не уверенности. Жалости к себе и самокритика (как же жить)
Воспоми-нание	12-15 месяцев	Попытка снова воспроизвести радостные события прошлого. Визуальные и слуховые галлюцинации, попытка совершить суицид
Начало новой жизни		Интенсивные занятия домом, участком, хобби. Встреча с друзьями

- **Медицинская сестра**, оказывающая паллиативную помощь умирающим больным, находится в состоянии постоянного эмоционального и физического напряжения. Облегчая тягостные симптомы, уменьшая страдания и боль, находясь рядом с больным до последних минут его жизни и видя смерть, медицинские сестры испытывают следующие **проблемы:**

Проблемы социального работника

- Профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением;
- Ощущение собственной смерти;
- Восприятие и переживание собственной беспомощности;
- Нехватка времени.

"Синдром эмоционального выгорания"

характерен для лиц коммуникативных профессий, оказывающих помощь больным и пострадавшим или работающих с населением.

синдром встречается у медицинских работников в 30-90% случаев в зависимости от конкретной профессиональной деятельности, типа личности, объективных возможностей психологической адаптации к реальным ситуациям.

Термин **"синдром эмоционального выгорания"** был введен в 1974 г. и означает долговременную стрессовую реакцию, возникающую вследствие продолжительных профессиональных стрессов различной степени интенсивности.

Согласно МКБ-10, данный синдром входит в рубрику **Z73 - "Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни".**

Профессиональное "выгорание" характеризуется

-физическим утомлением,

-чувством эмоциональной усталости и опустошенности,

-в отдельных случаях - бесчувствием и негуманным отношениям к пациентам, ощущением некомпетентности в профессиональной сфере, неуспеха в ней и в личной жизни, пессимизмом,

-снижением удовлетворенности от повседневной работы и др.

Синдром можно представить в виде деформированного в процессе повседневной деятельности стереотипа профессионального поведения, характеризующегося поэтапной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющегося в существенном снижении качества жизни медицинского работника.

"Синдром эмоционального выгорания" представляет собой выработанный личностью механизм психологической защиты в ответ на систематические психотравмирующие воздействия.

Следовательно, под **"выгоранием"** принято принимать процесс, при котором ежедневное воздействие факторов стресса, связанных с оказанием помощи умирающему человеку, постепенно приводит к проблемам со здоровьем психологического и физического характера, возникающим у врачей и сестринского персонала.

По данным кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова исследования (2007) в одном из лучших в стране хосписе N 1 г. Москвы имеет место высокий уровень текучести кадров сестринского персонала, связанный, в том числе, с проявлением синдрома профессионального выгорания.

У 75% медицинских сестер хосписа стаж работы составлял до 3-х лет, еще у 20% - до 7 лет. Стаж работы от 8 лет и более имели только 5% медицинских сестер хосписа.

"Психологическими компонентами "выгорания" являются:

- эмоциональное истощение (чувства эмоционального перенапряжения, нехватки сил до конца смены и на следующий день);
- деперсонализация/обезличивание (чувства опустошенности, самоизоляции, потери интереса к общению; психологически неадекватная, раздраженная манера общения с окружающими);
- снижение самооценки значимости своих действий и принимаемых решений (чувство "провала") и т.д.

"К физическим проявлениям синдрома выгорания относятся:

-снижение аппетита,
-обострение хронических заболеваний,
- быстрая утомляемость,
-повышение артериального давления,
-головная боль,
-нарушение сна и др.

Причины "выгорания" могут быть классифицированы на две группы:

- объективные (напрямую связаны в выполняемыми видами деятельности по оказанию помощи, например, изменение распорядка дня, чередование дневных и ночных смен и т.д.);
- субъективные (связаны с личным отношением ухаживающего к умирающему больному, выполняемым видам деятельности, взаимоотношениями с больными, их родственниками, коллегами по работе, членами своей семьи и т.д.).

К наиболее распространенным причинам "выгорания" следует отнести:

- психологическую неподготовленность медицинского персонала к формам и методам оказания паллиативной помощи;
- неизлечимый характер заболевания пациента;
- непредсказуемость течения болезни;
- большие психологические и физические нагрузки;

(продолжение)

- этические проблемы взаимоотношений с больными в терминальном состоянии и их родственниками;
- отсутствие необходимых профессиональных знаний и навыков взаимоотношений с умирающими пациентами и их родственниками;
- личностное отношение к смерти в целом и т.д

Группа предрасполагающих факторов:
- индивидуальные
возраст (молодые люди),
высокий уровень ожидания результатов своей профессиональной работы,
ярко выраженная ориентированность на достижение цели,
высокий уровень преданности моральным принципам работы,
проблема ответить на просьбу отказом и сказать "нет",
склонность к самопожертвованию,
тенденция быть только "отдающим" и не принимать помощь от других и т.д.

Группа предрасполагающих факторов:
- ситуационные факторы
чрезмерная профессиональная нагрузка,
слабая подготовленностью к роли ухаживающего за терминальным больным,
недостаточность понимания должностных обязанностей,
неадекватная социальная и психологическая поддержка,
межличностные конфликты с коллегами, пациентами, их родственниками и членами своей семьи и т.д.

Профилактика "синдрома эмоционального выгорания" :

- снятие рабочего напряжения у сотрудников;
- повышение профессиональной мотивации;
- повышение уровня заработной платы, адекватного затрачиваемым психо-эмоциональным и физическим усилиям.

Положительное значение могут иметь:

- предоставление сотрудникам краткосрочного отпуска или отпуска по частям;
- повышение их социально-психологической компетентности;
- осуществление доброжелательного стиля руководства;
- организация слаженной и гибкой работы подразделений учреждения;

(продолжение)

- обеспечение оказания помощи молодым специалистам в адаптации к своей деятельности;
- проведение тренингов по выработке психологической устойчивости при сохранении высокого уровня профессиональной деятельности;
- адекватный подбор руководителей подразделений;
- поощрение обучения сотрудников и др.

Рекомендации для преодоления СЭВ

- определение краткосрочных и долгосрочных целей, что повышает долгосрочную мотивацию.
- использование "тайм-аутов".
- овладение умениями и навыками саморегуляции.
- профессиональное развитие и самосовершенствование.
- исключение ненужной конкуренции.
- эмоциональное общение.
- поддержание хорошей физической формы.

Чтобы избежать СЭВ, необходимо следовать следующим правилам:

- стараться рассчитывать и обдуманно распределять, свои нагрузки;
- научиться переключаться с одного вида деятельности на другой;
- проще относиться к конфликтам на работе;
- не пытаться всегда и во всем быть лучшим

Констатация биологической смерти производится врачами, факт смерти и точное время ее наступления записывает врач в истории болезни

- отделений стационара (если больной скончался в больнице),
- поликлиник и скорой медицинской помощи (в тех случаях, когда пациент умер дома)
- судебно-медицинскими экспертами (при осмотре трупа на месте его обнаружения) по совокупности ряда признаков: прекращению дыхания и сердечной деятельности, максимальному расширению зрачков с утратой их реакции на свет, появлению трупных пятен, трупного окоченения, снижению температуры кожи.

Порядок действий при наступлении смерти в стационаре

- Труп раздевают, укладывают на спину с разогнутыми коленями, опускают веки, подвязывают нижнюю челюсть, накрывают простыней и оставляют в отделении на 2 ч (до появления трупных пятен).

- После этого медицинская сестра записывает чернилами на бедре умершего его фамилию и инициалы, номер истории болезни.

- Труп перевозят в патологоанатомическое отделение для последующего вскрытия.
- В сопроводительной записке указывают ФИО умершего, отделение, номер истории болезни, дату смерти и диагноз.
- Вещи и ценности передают родственникам умершего под расписку.