

ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Невзорова Диана Владимировна

Современное определение ВОЗ:

Паллиативная помощь –

направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов - физических, психологических и духовных.

WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007. На портале ВОЗ:

Организация паллиативной помощи

- Основы современной паллиативной помощи были заложены при создании первого хосписа для онкологических больных в 1967 г. в Лондоне доктором Сесилией Сандерс
- Слово ХОСПИС в переводе с латинского языка означает странноприимный дом. Во времена средневековья существовали такие дома при монастырях, предназначенные для помощи заболевшим пилигримам, шедшим на поклонение в Святую Землю

Основательница первого хосписа в Великобритании

Медицинская сестра,
социальный работник, врач,
писатель, основатель
специальности паллиативная
медицина

Обладательница титула
Кавалерственной Дамы и
самого почетного ордена
Великобритании



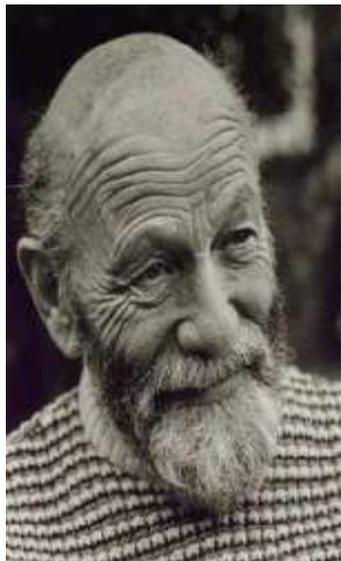
*Доктор Сесилия Сандерс
(1918 – 2005)*

Паллиативная помощь

Сесилия Сандерс, основатель первого современного хосписа – хосписа св. Христофора:
«Оглянитесь, посмотрите, что делают другие, поймите, какой сценарий можете предложить вы – в ваших условиях. В этой области нужно экспериментировать».



Основатели паллиативной помощи в России



Виктор Зорза
(1925 – 1996)



Вера В.
Миллионщикова
(1942 – 2010)



Андрей В. Гнездилов
(1940 – по н.вр.)

Общие принципы хосписной и паллиативной помощи

АВТОНОМИЯ ПАЦИЕНТА

Помощь может осуществляться только в том случае, если пациент и члены его семьи готовы ее принять.

Согласовывать приоритеты и цели помощи с пациентами и их родными

- **обсуждать варианты лечения с пациентом и совместно формулировать планы помощи;**
- **не отказывать в предоставлении информации, которую пациент желает получить, в том числе информации о любом виде лечения;**
- **уважать желание пациента отказаться от лечения.**

Уважение достоинства

Персонал относится к пациенту и его семье с **уважением, открытостью, чуткостью**, принимая во внимание **его личностные, культурные и религиозные ценности, надежды и устои**, равно как и законы, действующие в каждой стране.

Взаимоотношения между пациентом и медицинским персоналом

Устойчивость — это способность пациента
жить с неизлечимым заболеванием

и преодолевать обусловленные болезнью проблемы,
психологически

принять необходимость изменения планов на будущее,
обусловленных преждевременным уходом из жизни.

Установка на устойчивость

подчеркивает важность использования служб
здравоохранения и предполагает развитие партнерства
между пациентами, медицинскими специалистами и
социальными структурами

Качество жизни

Главная задача паллиативной помощи —

- достижение, поддержка, сохранение и повышение, насколько это возможно, качества жизни пациента;
- улучшение качества жизни пациента в соответствии с его представлениями и пожеланиями.

Отношение к жизни и смерти

В задачи паллиативной помощи не входит ни торопить, ни отдалять наступление смерти

Ценность жизни, естественность процесса смерти и осознание того, что и жизнь, и смерть предоставляют человеку возможности для личностного роста и самореализации»

Вопросы эвтанази не являются профессиональной деятельностью специалистов по паллиативной помощи

Горе и тяжелая утрата

всегда проводится оценка риска развития патологического состояния у горюющего человека в период тяжелой утраты

Оценка проводится **неоднократно** на протяжении всего периода болезни пациента, так как психологические проблемы, связанные с потерей и горем, развиваются постепенно и параллельно с угрожающим жизни заболеванием.

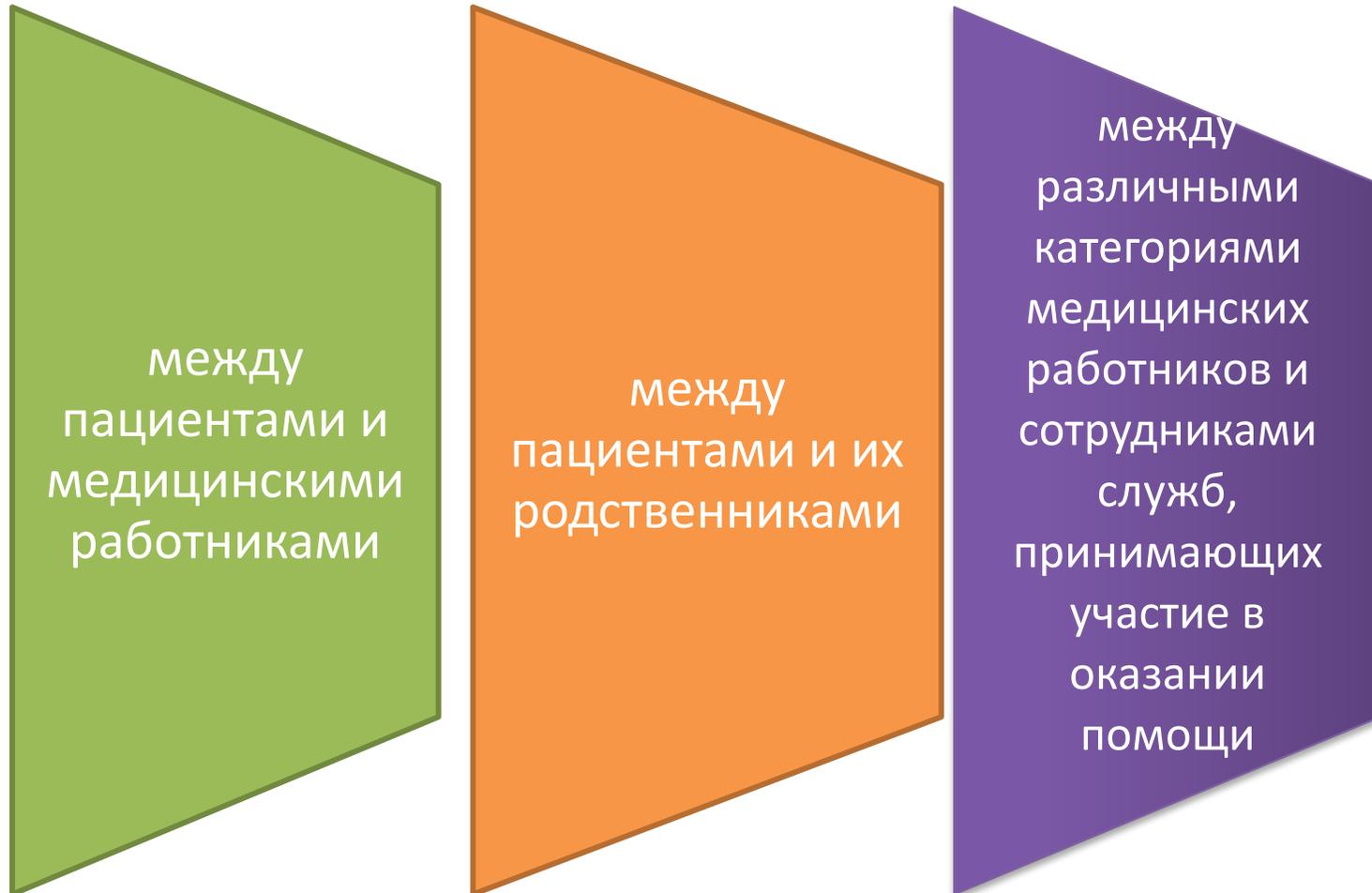
После смерти пациента членам его семьи предлагается помощь специалистов, наблюдение и поддержка в течение некоторого времени.

Факторы риска развития патологической реакции утраты

- молодой возраст
- плохой социальный статус
- внезапная смерть
- наличие проблем со здоровьем
- плохая способность к адаптации к ситуации
- потеря нескольких близких
- экономические затруднения
- предшествующие потери близких
- стигматизированная смерть (смерть от СПИДа, рака)

Общение (взаимодействие)

обсуждение сложных и болезненных вопросов, что требует времени,
участия и искренности



Повышение информированности населения

чрезвычайно важной задачей является
создание климата «принятия»
паллиативной помощи в обществе, в том
числе профессиональном медицинском

Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход

Командная работа основа паллиативной помощи

- В состав мультипрофессиональной команды входят специалисты различных клинических дисциплин, которые работают сообща для предоставления качественной помощи пациенту и лицам оказывающим уход

Состав мультипрофессиональной команды зависит от многих факторов

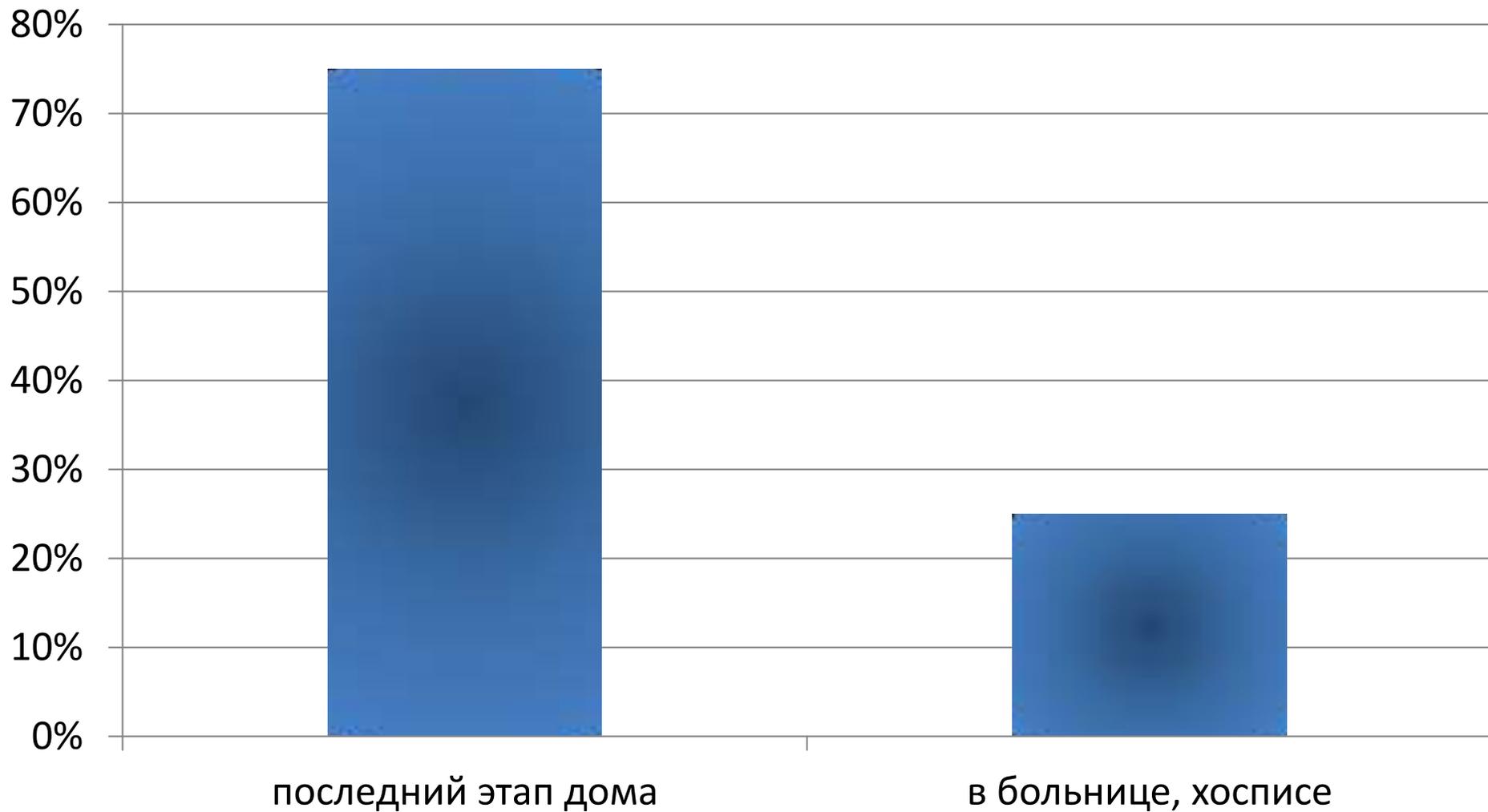
Расширенный состав команды :
психологи,
физиотерапевты,
социальные работники
и служители
религиозных культов.

Основной состав команды:
врачи и
медицинские
сестры.

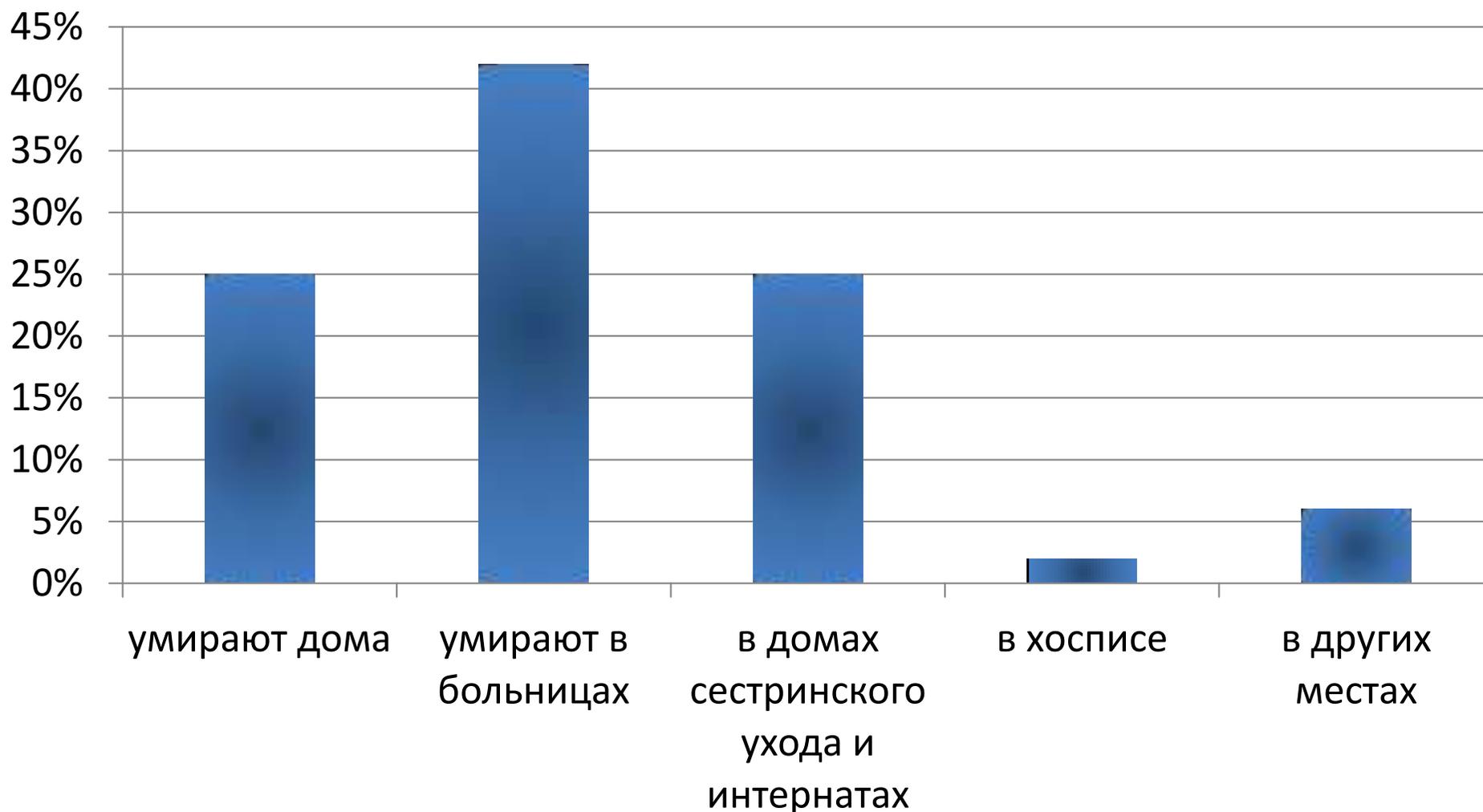
Доступность служб

Система паллиативной помощи должна работать так, чтобы быть равно доступной пациентам всех возрастов и социальных групп, с любым диагнозом, во всех медицинских учреждениях (в том числе помощь на дому в сельской местности) и вне зависимости от национальности, этнической принадлежности, платежеспособности

Выбор места оказания помощи (пожелания пациентов)



Место смерти (Германия)



Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Gro.britannien, Niederlande, Norwegen, Osterreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Berlin: Enquete-Kommission des Bundestages 'Ethik und Recht der modernen Medizin', 2005.

**ПРОБЛЕМЫ УМИРАНИЯ:
ПРОЩАНИЕ С СЕМЬЕЙ,
СТРАДАНИЯ В ПОСЛЕДНИЕ ЧАСЫ
СМЕРТИ, ПОДГОТОВКА**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ:
ПЕРСОНАЛЬНЫЙ УХОД,
АССИСТЕНТ**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ:**

**АКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ
ЗАБОЛЕВАНИЯ И
СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ПАТОЛОГИИ:
БОЛЬ, ТЯГОСТНЫЕ
СИМПТОМЫ,**



Чем же может помочь «качественная паллиативная помощь»?

- A. Улучшить качество жизни пациентам и их родным, независимо от места их нахождения, (онкологический центр, больница, хоспис, отделение по уходу, дом престарелых, дом пациента).
- B. Отсрочить госпитализацию пациента в хоспис, отделение паллиативной помощи или больницу. Такая госпитализация может быть связана с необходимостью купировать боль или другие симптомы, дать возможность отдохнуть семье и самому пациенту (респисная помощь) или с необходимостью стационарной помощи пациенту в процессе умирания. Ее могут обеспечить онкологические центры, больницы, хосписы или отделения паллиативной помощи, а также на дому — специалисты первичного звена и выездные бригады онкологических центров, хосписов и больниц.
- C. Дать пациентам больше выбора. Дать больному возможность решить, где он хочет находиться, и чем больной хочет заниматься в процессе течения неизлечимой болезни. Во-вторых, дать пациенту возможность умереть там, где он желает.

Почему важно выявить прогрессирование и вхождение болезни в терминальную фазу?

1. Координирование обследования и лечения

Когда врач обнаруживает у пациента онкологию, не отвечающую на гормональную и химиотерапию, он должен назначать обследование и лечение, приемлемые для данной стадии болезни, и обозначить прогноз.

Исследования действительно необходимы только в том случае, если они позволят подобрать эффективное лечение или каким-либо образом помогут пациенту и его семье. От лечения, которое не улучшит качество жизни пациента и не скажется положительно на продолжительности жизни, следует отказаться после обсуждения этого вопроса с участием врача-специалиста и пациента, а при желании пациента, — также членов его семьи.

2. Допустимое правдивое информирование

Врач в силах помочь пациенту и его семье понять реальную ситуацию, но лишь до тех пределов, до которых они этого хотят

3. Помощь пациенту и его семье в расстановке приоритетов

После объяснения ситуации врач может подсказать, как прожить оставшееся время наиболее полноценно. Можно закончить начатые дела, если возможно; посетить места, навестить друзей, если этого хочется; может быть, перенести на более ранний срок свадьбу в семье, чтобы пациент смог на ней присутствовать.

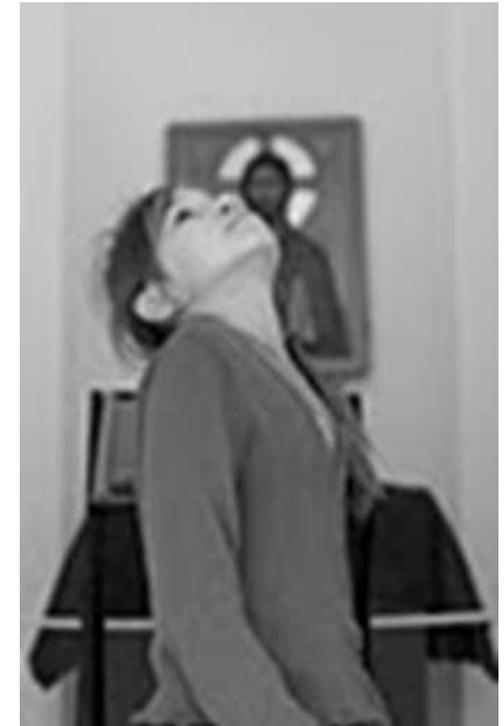
Культурный контекст коммуникации в паллиативной помощи (L. Wiener et al., 2013):

Смысл и значение боли и страданий;

Смысл и значение болезни, умирания и смерти;

Культурные и конфессиональные нормы,
ограничения и табу в вопросах питания,
диагностических процедур, методов лечения и
посмертных ритуалов (+ аутопсии);

Преобладающий стиль и порядок принятия и
согласования жизненно важных решений,
связанных с болезнью близкого



Потребности родственников умирающих больных:

- 1) быть с больным во время смерти;
- 2) иметь возможность помогать больному;
- 3) быть уверенными, что больному комфортно;
- 4) получать ежедневную информацию о состоянии больного;
- 5) быть лично информированными о приближающейся смерти больного;
- 6) иметь возможность справляться со своими эмоциями;
- 7) иметь возможность успокаивать больного в любое время (круглосуточный режим посещения);
- 8) иметь поддержку медицинского персонала.



Комитет клиники исследований детских заболеваний «St. Jude» (США) 8 приоритетных правил паллиативной помощи

Рекомендация 1

та забота наилучшая, которая отвечает индивидуальным потребностям и нуждам каждого ребенка и его семьи и осуществляется в тех областях, которые мы как семья считаем самыми важными для нас

Рекомендация 2

- Все обеспечивающие медицинское обслуживание должны понять, что физический комфорт и качество жизни имеют для нас огромное значение начиная с момента постановки диагноза, и особенно когда болезнь прогрессирует и выздоровление становится невозможным

Рекомендация 3

Наибольшее значение имеет то, и что мы хотим взаимодействовать с качественно обученными сотрудниками, которые проявляют понимание и могут быть с нами на связи; с кем то, кто может защитить интересы больного по части ухода и качества жизни, начиная с этапа постановки диагноза

Рекомендация 4

- Мы должны иметь доступ к полезной и проверенной информации, чтобы принимать взвешенные решения. Все обеспечивающие мед обслуживание обязаны пройти обучение, чтобы эффективно общаться с детьми и членами семьи по разным сложным вопросам. Сотрудники должны поддерживать нашу надежду и в то же время быть открытыми и честными и были бы откровенными в беседах с нами о возможности летального исхода

Рекомендация 5

Принятие решений должно оставаться за семьей-это наша точка зрения. Нам нужна такая информация, которая нам необходима для принятия решений от имени наших детей. Мы нуждаемся во внутреннем равновесии, которое проистекает от уверенности в правильности решения, которое мы принимаем во благо своих детей

Мы бы хотели, чтобы врачи поддерживали нас в наших решениях и уважали наш выбор

Рекомендация 6

Мы считаем, что медицинский уход должен быть хорошо организован и согласован. Вся система здравоохранения должна между собой общаться и производить консультации специалистов

РЕКОМЕНДАЦИЯ 7

МЫ ХОТИМ ИМЕТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО ВЫБРАТЬ ТО МЕСТО, ГДЕ НАШ РЕБЕНОК ПРОВЕДЕТ СВОИ ПОСЛЕДНИЕ ДНИ, А ТЕ ДЕТИ, КОТОРЫЕ НЕ ОГУТ ПОКИНУТЬ БОЛЬНИЦУ, БЫЛИ БЫ ОКРУЖЕНЫ ДОМАШНЕЙ ОБСТАНОВКОЙ И ОБЕСПЕЧЕНЫ ПОДДЕРЖКОЙ ДО САМОГО КОНЦА

Рекомендация 8

Иметь поддержку членам семьи и сотрудниками больницы в случае смерти ребенка

Вера Васильевна Миллионщикова:

«Пациенты обычной больницы могут обидеться на плохое обслуживание, но потом выпишутся, окунутся в обыденную жизнь и об этом забудут. Наши пациенты не могут этого сделать. Поэтому мы не имеем права позволить себе проявить нечуткость, недружелюбие, эгоизм в обращении с нашими больными, а также с их родственниками, друзьями. Любой негатив оставит обиду в душах наших пациентов на всю жизнь, ляжет тяжелым грузом и на нас»



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!



Помощь умирающему облагораживает и возвышает того, кто эту помощь оказывает, она нужна не только уходящим в мир иной, но и всем нам- живущим