

Синодальный отдел по церковной
благотворительности и социальному служению РПЦ
Департамент здравоохранения города Москвы
ГБОУ СПО «Свято-Димитриевское училище
сестёр милосердия ДЗМ»

ТЕЗИСЫ

научно-практической конференции
*«Актуальные вопросы
паллиативной помощи»*



XXV Международные Рождественские
образовательные чтения
17 января 2017 года

За последнее время медицина сделала очень большие успехи в борьбе с различными недугами, но, к сожалению, очень часто тяжелые заболевания оставляют такой след в организме человека, что срок его жизни сокращается, и он не может обходиться без посторонней помощи. Число таких больных увеличивается, и они нуждаются в особой заботе.

Теме помощи таким паллиативным больным и посвящены материалы этого сборника.

Каждый человек приобщается к страданию, а если мы сегодня здоровы и у нас есть силы и возможность помочь другим, мы призваны к состраданию и сочувствию тем, кто сегодня страдает.

Разделенное страдание преобразуется в радость и для тех, кто страдает и для того, кто сострадает нуждающемуся в помощи.

Служение врача и медицинской сестры должно быть пронизано состраданием, только тогда оно заслуживает уважения, облагораживает жизнь и становится школой настоящей любви.

Современный мир рекламирует удовольствия для себя.

Служение больному, служение другим приобщает человека к радости несравненно большей – радости совершенной любви. К этой радости мы призваны Христом, Который сказал:

«Блаженнее давать, нежели получать» (Деян.20,35).

Материалы данного сборника написаны людьми, многие из которых, вкусив этого блаженства, посвятили служению больным всю свою жизнь. Надеюсь, что и читатели этой книги не только узнают о техниках ухода, но и проникнутся состраданием и по мере своих сил и возможностей

смогут приобщиться к этой трудной, великой и совершенной радости – любви к ближнему, нуждающемуся в нашей помощи.

**Епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон,
викарий Святейшего Патриарха Московского и всея Руси**

Оглавление

Становление хосписной и паллиативной помощи в г. Москве	2
От богадельни к паллиативной службе.....	8
Паллиативная помощь детям.	
Опыт работы хосписа «Дом с маяком»	13
Опыт работы детской выездной паллиативной службы ЧУЗ «Марфо-Мариинского медицинского центра «Милосердие»»	18
Обезболивание в паллиативной практике	23
Проблемы малоподвижности.....	26
Оказание помощи решения психологических проблем в семьях с инкурабельными больными.....	29
«Психологические и профессиональные качества, необходимые медицинской сестре паллиативного отделения»	33
Место наступления смерти в Москве: анализ данных демографической статистики	39
Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с тяжёлыми необратимыми последствиями нарушения мозгового кровообращения	44
Формирование профессиональной компетентности студента в оказании паллиативной помощи терминальному пациенту	46
Принципы деонтологии паллиативной помощи	50

А.К. Федермессер

*Директор ГБУЗ ДЗМ «Центр паллиативной медицины»,
Учредитель Благотворительного фонда
помощи хосписам «Вера»*

Становление хосписной и паллиативной помощи в г. Москве

Основатели хосписной помощи

Родоначальницей современного хосписного движения стала Сесилия Сандерс, которая по специальности была социальным работником. Именно она заложила основы современного типа хосписа. Хосписа, который больше похож на уютный дом, а не строгое медицинское учреждение. В 1967 году Сесилия Сандерс основала хоспис святого Христофора в Лондоне. Это место отличалось от остальных подобных установленным режимом приема морфина: не по требованию, а по часам. Такой режим выдачи обезболивающего был действительно огромным и революционным шагом вперед в деле ухода за больными с неизлечимыми стадиями рака. В то время как в других больницах пациенты просто умоляли персонал избавить их от боли и часто слышали фразу «Вы еще можете немного потерпеть» (врачи боялись сделать своих пациентов наркоманами), пациенты хосписа святого Луки почти не испытывали физической боли.

Инициатором зарождения хосписного движения в России был Виктор Зорза – всемирно известный британский журналист, писавший колонки в «Вашингтон пост» и «Гардиан». В 1975 году от рака умерла

двадцатипятилетняя дочь Виктора — Джейн. Умерла в хосписе. Перед смертью Джейн попросила своего отца распространять идеи хосписного движения по всему миру. Так Зорза оказался в России. Первый советский хоспис Виктор Зорза открыл в 1990 году. На окраине Ленинграда, в маленькой лахтинской больнице. Первым врачом Первого хосписа в России стал Андрей Владимирович Гнездилов. Андрей Гнездилов - врач-психиатр, доктор медицинских наук, почетный доктор Эссекского университета (Великобритания). Сейчас Андрей Владимирович - консультант хосписа №1 «Лахта» (Санкт-Петербург), Председатель Ассоциации онкопсихологов России. Идеолог хосписного движения в России. Тогда же, в начале 90-х годов Виктор Зорза познакомился с врачом Верой Миллионщиковой, и они вместе начали организовывать хоспис в Москве. Вера Миллионщикова — работала тогда врачом-онкорadiологом в Московском рентгеноradiологическом институте. В 1994 стала руководителем выездной хосписной службы в Москве, в 1997 открыла Первый московский хоспис, который теперь носит ее имя. И сегодня именно с ее именем связывают развитие хосписов в нашей стране.

Предпосылки развития хосписного движения в России

К 2030 году в России доля нетрудоспособного населения достигнет 29%, это связано с развитием медицины и увеличением продолжительности жизни. При этом, 70% людей старше 75 лет нуждается в постоянном уходе. 2% людей, старше 65 лет находятся в медицинских учреждениях или гериатрических центрах. 15% пожилых людей от 65 лет по состоянию здоровья не смогут жить

самостоятельно. Таким образом, потребность в паллиативной помощи будет только возрастать. И если мы с вами сегодня не примем меры для того, чтобы наша старость протекала достойно, без боли, грязи и унижения, то нам просто некому будет помочь, и некого будет винить.

Чтобы понять, как должна развиваться паллиативная помощь, надо задать себе лишь несколько простых вопросов.

- Чего мы больше всего боимся в болезни и старости?

- Мы боимся: одиночества, боли, грязи и унижения, недоделать дела, боимся неправды о нашем состоянии здоровья.

- Чего мы хотим?

- Быть рядом с близкими, говорить о том, что нас беспокоит, не страдать, хотим соблюдения человеческого достоинства, успеть оставить распоряжения.

- Какие проблемы существуют сейчас с помощью неизлечимо больным и пожилым людям?

Ограничение посещения больниц и отделений реанимации; отсутствие института помощи на дому; затрудненный доступ к получению обезболивающих препаратов; отсутствие персонала, обученного правилам медицинской этики; отсутствие в обществе культуры отношения к больным и немощным; отсутствие персонала, обученного навыкам трудной коммуникации.

Решение этих проблем будет способствовать развитию паллиативной помощи в России.

Паллиативная помощь – это...

Паллиативная помощь (по определению ВОЗ) – это подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и

членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

В России действует ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в нем содержится такое определение паллиативной помощи: «Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан».

Хоспис — учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания специализированной медицинской, социальной, психологической, духовной и юридической помощи incurable онкологическим больным и их семьям, как в период болезни, так и после утраты ими близких. Цель паллиативной помощи: уменьшение страданий пациента и его семьи и улучшение качества жизни.

Основные отличия паллиативной и хосписной помощи.

Основные принципы паллиативной помощи:

- лечение симптомов (а не борьба с болезнью);
- главный приоритет — не сроки, а качество жизни: уменьшение страданий и стремление к максимальному комфорту пациента;
- не приближать, но и не отдалять наступление смерти;

- качественная коммуникация с пациентом и его близкими;
- индивидуальный подход к человеку с уважением и достоинством;
- поддержка пациента и его близких (в том числе после смерти подопечного);
- мультидисциплинарный подход.

Хосписная помощь (как часть системы) актуальна в случаях, если ожидаемая продолжительность жизни пациента - менее шести месяцев. Хосписная помощь подразумевает отказ от продолжения специализированного лечения, предполагает наличие отказа от интубации и госпитализации в ОРИТ. и реанимации.

Категории неизлечимых прогрессирующих заболеваний, которые подразумевают оказание паллиативной медицинской помощи:

- злокачественные новообразования;
- органная недостаточность в стадии декомпенсации;
- хроническое прогрессирующее заболевание в терминальной стадии;
- тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения;
- тяжелые необратимые последствия травм;
- дегенеративные заболевания нервной системы;
- деменция, в том числе болезнь Альцгеймера.

По оценке ВОЗ до 60% всех умерших от неинфекционных заболеваний и внешних причин нуждались в паллиативной медицинской помощи, из них 80% (19,2 тыс.) всех умерших от рака нуждались в паллиативной медицинской помощи. В Москве эта цифра составляет ежегодно более 56 тыс. человек. Более 35 тыс. пациентов

не онкологического профиля не получают паллиативной помощи в конце жизни.

**Московский Центр паллиативной помощи:
концепция развития.**

Миссия Центра: стать центром экспертизы, маршрутизации и профессиональной паллиативной медицинской помощи взрослым и детям.

Для достижения этой миссии необходимо проводить:

- организационно-методическую работу. Она предполагает клинический аудит, сбор и анализ статистики, разработку организационно-правовых документов, организацию маршрутизации по всем учреждениям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь в городе, взаимодействие с НКО и волонтерами.

- научную работу, которая подразумевает проведение клинических исследований, работу с ВУЗами, взаимодействие с профильными ассоциациями, международный обмен опытом.

- обучение персонала всех учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в городе с привлечением ресурсов благотворительных организаций. Обучение родственников, близких, ухаживающих за пациентом. Обучение волонтеров.

Тысячи одиноких больных людей по всей стране уходят из жизни неухоженными, ненужными и брошенными. В отделениях милосердия, в ПНИ, в некоторых хосписах, в домах престарелых нет никакой идеологической и нравственной основы. Это места для «дожития», куда «сдают» ненужных стариков. Именно поэтому так

важно помнить, что паллиативная помощь – это, прежде всего, подход философия.

«...Все, что сделано в хосписе, — не слова, это действие, дело. И дело должно продолжаться. Продолжаться естественно, искренне, с любовью, дружелюбно, с пониманием того, что все там будем и что в служении больному — наше будущее. Как мы с ними, так и с нами будет...».

Из духовного завещания Веры Васильевны Миллионщиковой.

А.Ю. Заров

Главный врач АНО ЦКБ Святителя Алексия МП

От богадельни к паллиативной службе

Богадельня - происходит от слов Бога дѣля, то есть ради Бога — это благотворительное заведение для содержания нетрудоспособных лиц (престарелых, инвалидов, калек и выздоравливающих).

Существенным признаком богадельни является полное содержание проживающих в ней...(Wikipedia).

До 1917 года в городе Москве было устроено более 600 заведений, созданных на пожертвования – больниц, богаделен, приютов для детей, школ, ночлежных домов, благотворительных столовых.

Первое из таких заведений появилось 21 апреля 1764 года по указу Екатерины II, императрицы и самодержицы всероссийской, «для сохранения жизни и воспитания в пользу общества в бедности

рожденных младенцев, а притом и в прибежище сирых и неимущих родильниц».

Более 200 лет назад семья Шереметьевых (одна из богатейших семей тогдашней России) решила построить в Москве богадельню, которая бы смогла вместить до 100 человек разного возраста и пола, а также бесплатную больницу на 50 коек. Строительство уникальной больницы продолжалось долгих 15 лет. За это время было потрачено более полумиллиона рублей. Граф Шереметьев завещал большое количество собственных денег на содержание здания после его смерти.

Сейчас в странноприимном доме графа Шереметева располагается Институт Скорой помощи имени Н.В.Склифосовского.

Голицынская больница (ныне ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова) — построена на средства, которые были завещаны князем Дмитрием Михайловичем Голицыным «на устройство в столичном городе Москве учреждения Богу угодного и людям полезного». Была открыта в 1802 году и стала третьей больницей гражданского ведомства в Москве.

В 1833 году рядом с Голицынской больницей появилась Первая Градская больница. Согласно уставу Первой Градской больницы «все бедные и неимущие обоего пола люди принимаемы и лечены будут безденежно, кроме достаток имеющих».

В 1866 году, рядом с Голицынской больницей и Первой Градской больницей появилась Временная больница для тифозных больных; с 1878 года она называлась Второй Градской Больницей.

В 1919 году в состав Первой Градской больницы была включена Голицынская больница, а в 1959 году — также и Вторая Градская больница.

За Калужской заставой открылась в 1803 году Андреевская богадельня Московского купеческого общества, в 1898 году там призревалося 956 насельников.

Расцвет благотворительности в Москве наступил в период с 1863 по 1917 года, когда в Москве в рамках введенного муниципального управления начали работать городская дума и городская управа.

На пожертвования частных лиц, под контролем муниципальной власти были созданы такие заведения, как:

- родильный дом имени Абрикосовой на Миусах (ныне роддом №6),
- психиатрическая больница имени Николай Александрович Алексеева на Канатчиковой даче,
- глазная больница имени Алексеевой (ныне Институт Гельмгольца),
- больница имени Бахрушиных (ныне больница №33 на Стромынке),
- Морозовская больница (ныне детская №1),
- больница Святого Владимира в Сокольниках (ныне детская №2 Русаковская),
- больница имени Солдатёнова на Ходынском поле (ныне № 2 Боткинская).

В 1883 году городской глава князь Александр Алексеевич Щербатов подарил свою усадьбу городу на Садово-Кудринской для устройства детской больницы (ныне Филатовская детская больница).

К 1900 г. в Москве под муниципальной юрисдикцией находилось 130 заведений (больших и хорошо оснащенных), немунципальными были около 500.

В муниципальных благотворительных заведениях имелось 47,5 тыс. кроватей для постоянного проживания пациентов и обслуживалось 4% жителей.

Больница Святителя Алексия Митрополита Московского как благотворительный комплекс, включающий в себя больницу на 150 коек и богадельню на 60 коек, построена в 1903 году на средства купцов Александры Ксенофоновны и Ивана Логгиновича Медведниковых по проекту архитектора Сергея Устиновича Соловьева.

На открытии больницы присутствовали генерал-губернатор Москвы Великий князь Сергей Александрович Романов и Великая княгиня Елизавета Федоровна.

Храм Тихвинской и храм Козельщанской иконы Божией Матери освящал Высокопреосвященный митрополит Владимир (Богоявленский).

Возглавил больницу врач психиатр доктор медицины Степан Тимофеевич Попов.

Сегодня больница святителя Алексия – это православная некоммерческая лечебная организация, имеющая бесплатный многопрофильный стационар на 250 коек и бесплатный многопрофильный консультационно-диагностический центр. За год в стационаре проходят лечение более 5 тыс. пациентов.

В больнице работают 430 сотрудников, из них 9 докторов и 24 кандидата медицинских наук, 6 профессоров и 7 доцентов, 120 врачей и медсестер высшей и первой квалификационных категорий.

АНО ЦКБ Святителя Алексия Митрополита Московского является учебной и научной базой РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Свято-Димитриевского училища милосердия, Первого московского медицинского университета имени И.М.Сеченова.

С 2005 года в больнице создана патронажная служба основная функция - уход за тяжелобольными и лежачими пациентами в отделениях стационара больницы.

В 2016 году открыта Паллиативная служба, куда входят кабинет паллиативной медицинской помощи, выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи, паллиативное отделение на 45 коек.

В кабинете паллиативной помощи осуществляются следующие виды деятельности:

- оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- динамическое наблюдение за пациентами, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи;
- назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов пациентам, нуждающимся в обезболивании;
- направление при наличии медицинских показаний пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;

- оказание консультативной помощи врачам-специалистам по вопросам паллиативной медицинской помощи;
- оказание социально-психологической помощи пациентам и их родственникам; взаимодействие с органами и организациями системы социального обслуживания;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для информационных систем в сфере здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Н.Н. Савва

*Главный врач БМЧУ «Детский хоспис “Дом с маяком”»,
доцент ГБОУ ВПО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
директор по научно-методической работе
Благотворительного Фонда «Детский паллиатив», к.м.н.*

Паллиативная помощь детям.

Опыт работы хосписа «Дом с маяком»

Термин «паллиативная помощь» возник в конце 60-х - начале 70-х годов XX века (глагол «PALLIATE» – защищать и облегчать, когда излечение уже не возможно).

Сначала термины «хосписная помощь» и «паллиативная помощь» означали одно и то же – помощь в конце жизни.

Позже, паллиативная помощь приобрела более широкое значение как помощь детям, которые, скорее всего, не доживут до взрослого возраста вследствие наличия ограничивающего жизнь или угрожающего жизни заболевания. Хосписная помощь стала составной частью детского паллиатива.

Первый современный хоспис для взрослых: St Christopher's Hospice, London, 1967.

Хосписы для умирающих существовали и раньше (при церквях), но не оказывали медицинского сопровождения (лишь в 1989 году паллиативная медицина признана самостоятельной медицинской специальностью в Великобритании в Royal College of Physicians).

Первый детский хоспис «Хелен хауз» был основан сестрой Фрэнсис Доминикой в 1982 году в городе Оксфорд, Великобритания.

Принципы паллиативной помощи детям:

- Мультидисциплинарный подход
- Доступность 24 часа, 7 дней в неделю
- Качество
- Гуманность
- Общественная значимость
- Бесплатность
- Преимущество

Сотрудничество государственных, общественных и других организаций, включая международные, в решении вопросов оказания ПП детям и их семьям.

Реализацию принципов обеспечивают стандарты оказания паллиативной помощи, которые разрабатывают для осуществления прав и удовлетворения нужд и потребностей неизлечимо больного ребенка и его семьи

Дети, нуждающиеся в паллиативной помощи:

Группа 1: Дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями в терминальной стадии

Группа 2: Дети с хроническими прогрессирующими и угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения определенных паллиативных мероприятий (например, дети, нуждающиеся в ИВЛ)

Группа 3: Дети с угрожающими жизнь заболеваниями, имеющие неопределенный прогноз (например, с последствиями ЧМТ, врожденных пороков развития до проведения операции).

Особенности паллиативной помощи детям, отличия от паллиативной помощи взрослым:

1. Разная структура болезней
2. Детские представления о смерти меняются с возрастом
3. Эмоциональное влияние на семью, друзей и членов команды огромно
4. Взрослые избегают говорить с детьми о смерти, тогда как дети думают о ее неизбежности часто, но не говорят родителям, боясь их расстроить.

5. Взаимный обман является актом любви
6. Детям можно помочь выразить их чувства путем игр, искусства, историй, умения слушать – «внимательное молчание».

Место оказания паллиативной помощи:

- На дому
- В палате паллиативной помощи (в стационаре)
- В специальных учреждениях (хосписы, центры паллиативной помощи, дневные центры)
- В домах ребенка /интернатах
- Кабинеты паллиативной помощи

Детский хоспис – организация, которая предоставляет паллиативную помощь ребенку или молодому человеку с ограничивающим жизнь заболеванием, а также его семье.

Цель – комплексная помощь для покрытия физических, эмоциональных, социальных и духовных потребностей ребенка путем организации различных сервисных служб, включая:

- ✓ паллиативную помощь,
- ✓ социальную передышку,
- ✓ ведение в терминальной стадии заболевания
- ✓ ПП в кризисных состояниях,
- ✓ 24-часовую поддержку по телефону 7 дней в неделю,
- ✓ консультирование,
- ✓ информационную поддержку,
- ✓ беривемент.

Детский хоспис – это помощь для детей, которых нельзя вылечить, но которым можно подарить тепло и заботу.

16 июня 2013 года Правительство Москвы постановлением № 367-РП передало в безвозмездное пользование здание школы на земельном участке 0,44 га под устройство детского хосписа «Дом с маяком».

В этом же году появилась выездная служба, состоящая из 70 сотрудников: врачи, медсестры, няни, психологи, игровые терапевты, координаторы, социальные работники и др.

Хоспис «Дом с маяком» существует целиком на благотворительные пожертвования. Здесь берегут жизнь, с благодарностью принимая каждый новый день. И неважно, сколько времени впереди, важно - как проходит сегодняшний день.

Сегодня БМЧУ «Детский хоспис Дом с маяком» - это:

1. Медицинская лицензия
2. 520 детей (78 на ИВЛ/НИВЛ) и команда 130 человек
3. Выездная служба в каждом округе Москвы (врач-педиатр, м/с, психолог, игровой терапевт, няня, координатор)
4. Медицинский отдел, психологический отдел, социальный отдел, фандрайзинг, event-менеджеры, волонтеры.

Мы хотим сделать так, чтобы дети в нашей стране больше не страдали от боли и одиночества, чтобы жизнь даже самых тяжелобольных пациентов была полноценной и радостной; чтобы в нашей стране неизлечимо больные дети не были предметом скорби и

жалости, но стали объектом любви, помощи, сострадания и... радости. Мы построили дом для этих детей, ДОМ С МАЯКОМ, и теплый свет нашего маяка даже в самый жуткий шторм приведет их к уютному очагу.

К.В. Ковалёнок

главный врач медицинского центра "Милосердие"

**Опыт работы детской выездной
паллиативной службы
ЧУЗ «Марфо-Мариинского
медицинского центра «Милосердие»»**

1. Отделения медицинского центра: реабилитационное отделение, группа выездной реабилитации в интернатах «Дети.про», группа круглосуточного пребывания (Респис), выездная паллиативная служба для детей.

2. Респис: открылся в 2014 году. Оказывает услуги по социальной передышке для паллиативных детей. За год в Респисе получают передышку около 50 семей. В Респисе можно проживать маме вместе с детьми или оставить ребенка под присмотром сиделок и медсестер, которые осуществляют уход. Пребывание ребенка в Респисе возможно в течение 30 дней 1 раз в год. Здесь домашняя обстановка, замечательные сиделки и медсестры, нет «белых халатов», но есть клоуны и игрушки, прогулки по Москве и по парку Обители.

3. Выездная паллиативная детская служба начала работу с 1 октября 2011 года и существует на благотворительные средства и гранты. Оказывает на дому медицинскую, социальную, психологическую помощь 95 семьям с неизлечимо больными детьми. Состав службы: врач-педиатр, врач-онколог, врач по паллиативной медицине, 3 психолога, 3 социальных работника, 3 медицинских сестры, 3 инструктора ЛФК, физиотерапевт, старшая сестра, 2 патронажные сестры и священник.

Паллиативная помощь оказывается в следующих случаях:

1. При угрожающих жизни заболеваниях, при которых радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов (онкология).

2. При состояниях, таких как муковисцидоз, при которых преждевременная смерть неизбежна, но длительное интенсивное лечение может увеличить продолжительность жизни ребенка и позволит сохранить его активность.

3. При прогрессирующих incurable состояниях, обычно длящихся многие годы, когда возможно проведение лишь паллиативной терапии, например, болезнь Баттена, мукополисахаридоз, мышечная дистрофия и др.

4. При необратимых/неизлечимых, но не прогрессирующих состояниях, обуславливающих тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям и возможность преждевременной смерти. Примерами могут служить: тяжелый церебральный паралич, множественные тяжелые инвалидизирующие

последствия кровоизлияний в головной или спинной мозг, травмы, утопление.

4. Порядок работы службы:

1. На первичный осмотр выезжают врач и медсестра. Учитывая состояние ребенка, его диагноз, психологическое состояние семьи, принимается решение о признании семьи нуждающейся в оказании паллиативной помощи.

2. Затем для знакомства с семьей выезжают специалист по социальной работе, психолог и по необходимости инструктор ЛФК.

3. На еженедельном собрании службы обсуждаются проблемы ребенка, составляется план наблюдения, который корректируется в семье при повторном визите врача.

Курирует семью врач, по причине отсутствия законодательных условий для принятия самостоятельных решений медсестрой (в России медсестра - исполнитель назначений врача). За одной медсестрой закреплено 25 семей. Раз в неделю она обзванивает все семьи. Выезды осуществляются по показаниям. Врач, курирующий семью, делает назначения медсестре по каждому ребенку (как часто следует посещать семью, на что нужно обращать внимание в состоянии ребенка в первую очередь, какие бланки заполнять для оценки симптомов, чему необходимо обучить родителей в уходе и т.д.).

5. Качества и навыки паллиативной медицинской сестры

Медсестра в выездной службе находится «один на один» с семьей умирающего ребенка, и ее задача - обучить уходу за ребенком

родителей, знать и выполнять назначенные врачом манипуляции, уметь успокоить родителей, быть для семьи поддержкой и уметь слушать. Для этого нужно владеть:

- коммуникативностью, умением работать в команде, навыками «трудных разговоров»;
- навыками ухода за трахеостомой, гастростомой, венозным портом, назогастральным зондом;
- навыками лечения пролежней;
- навыками позиционирования, перемещения, кормления (учитывая особенности заболевания);
- навыками оказания первичной доврачебной помощи;
- навыками работы с мешком Амбу, с кислородным концентратором, с помпами для энтерального питания и внутривенных инфузий, знать принцип работы аппаратов ИВЛ и НИВЛ;
- знаниями особенностей неизлечимых заболеваний и симптомов, ухудшающих качество жизни пациента, и умением передать свои знания родителям и всем, кто ухаживает за ребенком.

6. Паллиативная команда подбирается исходя из потребностей семей, которые наблюдаются службой. Если ребенку или членам команды нужна консультация специалиста, который отсутствует в составе службы, то мы приглашаем его из других учреждений. Работать в паллиативной помощи интересно, но эта работа требует

многих знаний, умений, слаженности и взаимопонимания всех членов команды.

Наши инструкторы ЛФК обучают родителей, медсестер и сиделок позиционированию, перемещению ребенка и необходимым ежедневным упражнениям.

Психологи помогут с коммуникацией и научат правильному общению, подскажут, как взаимодействовать с ребенком и родителями.

Социальные работники организуют праздник, помогут в приобретении средств ухода и лекарств, оформят нужные документы, организуют отпевания и молебны.

Священник участвует в еженедельных обсуждениях, помогая команде с духовной точки зрения, исповедует, беседует с родителями, отпевает детей.

7. Проблемы.

В настоящее время остро стоит вопрос с обучением всех членов паллиативной команды, в том числе и медсестер, ведь подобные службы уже существуют, как государственные, так и частные, а обучать персонал пока негде. Вторая большая трудность - это отсутствие лицензирования выездной работы и манипуляций на дому.

8. Потребности в выездной паллиативной помощи.

В Москве, по оценке «Фонда развития паллиативной помощи детям», от 3 500 до 6 650 детей нуждаются в паллиативной помощи, из них около 700 человек могут нуждаться в экстренном контроле

симптомов. И это только дети! Поэтому так остро стоит вопрос организации выездных служб паллиативной помощи.

Е.С. Нестерова

*преподаватель ПМ.02 ГБОУ СПО г. Москвы
«Свято-Димитриевское училище сестер милосердия ДЗМ»*

Обезболивание в паллиативной практике

Хронический болевой синдром в паллиативной медицине встречается почти у 75% больных. В общеклинической практике, по данным «Российского журнала боли» за 2015, от 30 до 60% онкологических пациентов при первом визите к врачу жалуются на боль различной интенсивности и локализации. Успешная терапия приводит к регрессии болевого синдрома, но в 20% случаев боль сохраняется или усиливается. При этом особыми чертами болевого синдрома в паллиативной практике являются его постоянный характер и прогрессивное течение.

Почему важно и нужно обезболить пациента с хронической болью? И как правильно это сделать?

Острая боль - важная адаптационная реакция организма, имеющая значение сигнала тревоги. Боль несет в себе защитную функцию.

Однако когда боль становится хронической, она теряет свое физиологическое значение и становится патологией. Поэтому необходимо сразу сказать, что в паллиативной помощи мы работаем с

хронической болью, которая сохраняется в течение месяцев или даже лет после заживления, уже не несет защитной функции и становится причиной страдания пациента, патологическим синдромом, требующим лечения.

Особое внимание следует обратить на то, что боль в паллиативной практике включает в себя различные по патогенезу виды боли и является смешанной. Это обуславливает необходимость комплексного подхода к боли и учета каждого ее компонента.

Феномен боли не ограничивается только органическими или функциональными нарушениями в месте ее локализации, а влияет на деятельность всего организма.

Также при непрерывной стимуляции болевых рецепторов порог их чувствительности со временем снижается, и поэтому даже неболевые импульсы тоже начинают восприниматься как болевые ощущения.

Все это приводит к развитию резистентности к противоболевой терапии, поэтому боль терпеть нельзя.

Лечение хронической боли будет успешным, если придерживаться нескольких обязательных правил - принципов обезболивающей терапии согласно Всемирной Организации Здравоохранения:

- 1) неинвазивно (преимущество таблетированных и трансдермальных систем);

- 2) по графику «на опережение» (прием препаратов должен «опережать» усиление боли);
- 3) по восходящей (от ненаркотических препаратов к наркотическим препаратам в возрастающих дозировках);
- 4) индивидуально;
- 5) с учетом чувствительности и ответа на препарат (оценка по аналоговым шкалам боли).

Несмотря на разработанные правила, в практической медицине мы сталкиваемся со многими проблемами, решая вопрос об обезболивании пациентов. Это - сложности оформления медицинской документации, незнание пациентами и родственниками своих прав, очень широко распространенные «мифы» об обезболивании. С последними медицинским работникам, и не только в сфере паллиативной помощи, приходится, к сожалению, часто встречаться.

Важной проблемой является незнание пациентом и его родственниками своих прав в области получения специализированной помощи, в том числе - обезболивания. Поэтому при подготовке студентов мы уделяем внимание вопросу информирования о правах пациента в области обезболивания.

Фондом помощи хосписам «Вера» был создан ряд информационных материалов, очень грамотных памяток в помощь пациентам и их родственникам по вопросам паллиативной помощи и обезболивания. Мы рекомендуем эти материалы студентам и медицинскому персоналу.

В заключение хочется сказать, что за необезболенного пациента медицинский работник несет ответственность по всем статьям – моральным, этическим, медицинским, правовым, и ... Божьим.

Т. Е. Кравченко

*Преподаватель ПМ.04 ГБОУ СПО г. Москвы
«Свято-Димитриевское училище сестер милосердия ДЗМ»,
сестра Свято-Димитриевского сестричества.*

Проблемы малоподвижности

Малоподвижность является вынужденным следствием тяжелого течения многих острых и хронических заболеваний. Она не так безобидна, как это кажется на первый взгляд. Ею порождается много очень серьезных осложнений, которые существенно ухудшают исход основного заболевания и являются сами по себе грозными заболеваниями, способствующими инвалидизации больного.

Проблемы, связанные с кожей - опрелости (воспаление в складках кожи); пролежни (нарушение целостности мягких тканей в местах сдавления); расчесы от зуда; чрезмерная сухость или влажность кожи; мацерации (изменение кожи от воздействия чрезмерной влажности).

Проблемы, связанные с сосудами - тромбоз (сгусток крови, образовавшийся в сосуде, частично или полностью может закрыть просвет сосуда); может развиваться резкое снижение давления (ортостатический коллапс – слабость, холодный липкий пот, бледность

кожи и синюшность носогубного треугольника, падение АД на 20 мм.рт.ст. и более); обморок – полная кратковременная (1 мин) потеря сознания.

Проблемы, связанные с органами дыхания - застойная (гипостатическая) пневмония (гипостаз – скопление крови и жидкости в ниже лежащих органах и частях тела).

Проблемы, связанные с органами желудочно-кишечного тракта, - запоры (замедленная, затруднённая или систематически недостаточная дефекация); нарушение пищеварения (диспепсия); диарея (стул более 3-х раз в сутки, обычно водянистый); стоматит – воспаление слизистой оболочки рта; паротит – воспаление около ушной слюнной железы.

Проблемы, связанные с мышечной активностью - потеря мышечной массы; потеря мышечной активности

Проблемы, связанные с суставами - тугоподвижность и болезненность суставов; контрактуры - ограничение активных и пассивных произвольных движений в суставах в результате длительного неподвижного или малоподвижного состояния конечности (виды контрактур «конская стопа» и «птичья лапа»); анкилоз - полная потеря подвижности суставов в результате костного сращения суставных концов костей.

Проблемы, связанные с костями - остеопороз (уменьшение плотности костной ткани); снижается выработка тромбоцитов; спонтанные кровотечения.

Проблемы, связанные с мочевыделительными органами - образование камней в почках; не функциональное недержание мочи.

Проблемы, связанные с нервной системой и психикой - бессонница по ночам; раздражительность; депрессия; раннее постоянное пребывание в постели; социальная "одичалость", т.е. потеря навыков поведения в обществе; прогрессирование снижения умственных способностей.

Проблемы, связанные со слухом - снижение слуха; ненадлежащее содержание слухового аппарата (чистота, проверка годности элементов питания)

Проблемы, связанные с сохранением достоинства человека, - подавление чувства собственного достоинства. Это негативно сказывается на процессе ухода и восстановления пациента, может привести к снижению уважения к себе и отказу от реабилитации.

Ж.К. Исакова

Преподаватель профессиональных модулей

ГБПОУ ДЗМ «МК № 6»

А.С. Фалеева

Педагог – психолог

ГБПОУ ДЗМ «МК № 6» филиал №2

Оказание помощи решения психологических проблем в семьях с incurable больными

Человеку знать не дано

Сколько времени будет он жить

Но дано выбирать одно

Как ему с этим временем быть

– жить!

В международном заявлении медицинской ассоциации сказано: «Качество оказываемой медицинской помощи не может быть выше качества полученного образования». Реформирование системы здравоохранения привело к пересмотру подготовки сестринского персонала и в области паллиативной помощи.

В современном мире паллиативная медицина – важный сектор системы здравоохранения и качественного медицинского образования.

Данная помощь требует слаженной работы команды высококвалифицированных специалистов: врачей, медицинских сестер, психологов, социальных работников, священников, волонтеров, родных и близких больного. Родные и близкие

инкурабельного больного участвуют в помощи ему, но при этом они являются эмоционально вовлеченными в процесс болезни. Потеря пациента оказывается настолько значительным событием для родственников, что часто приводит к депрессии и суицидальным попыткам, особенно среди пожилого населения.

В данном контексте нужно отметить, что стадии приближения к смерти, выделенные Элизабет Кюблер-Росс (1969г.) свойственно переживать не только самому больному, но и его родственникам:

1. Психологический шок или отрицание. Первичная реакция пациента на тяжелую болезнь, которая может привести к смерти, вызывает у него шок, за которым следует отрицание заболевания. Некоторые пациенты так и не переходят на другую стадию осознания и могут продолжать менять врачей, пока не найдут того, кто будет считать так же как и пациент. Близкие так же реагируют на данную ситуацию и многие из них так и не признают реальный диагноз. Шоковая фаза у родственника развивается зачастую раньше, чем у самого пациента, так как знание о диагнозе он получает первым. Задача медицинского персонала проявлять максимальную лояльность и принятие.

2. Озлобление (Агрессия). Стадия гнева, сопровождающаяся главным вопросом: «Почему именно я?». Появляются фрустрация, досада, злоба в этот период трудно общаться с пациентами, так как они вымещают злобу на медицинских работниках, членах семьи. В некоторых случаях пациенты злятся на себя, считая болезнь наказанием за плохие поступки. «Почему именно мой близкий (муж,

жена, родитель, ребенок)?)» - вопрос, который терзает родственников. Фаза озлобления наиболее болезненная. Поиск причины несчастья, невозможность обвинить самого пациента и вылить на него нахлынувшие чувства могут привести к тому, что агрессия родственника обернется аутоагрессией. В данном случае еще со студенческой скамьи у медицинских сестер формируют позицию принятия, развивают способности к неагрессивной коммуникации, умение конструктивно выходить из конфликта, а так же быть в состоянии оценить психологическое состояние человека рядом и, если есть необходимость, направить к специалисту.

3. «Сделка». В этой стадии пациент «торгуется» со смертью, обещая сделать что-либо хорошее, правильно лечится. Если умирает ребенок от тяжелой болезни, то у родителей в этой стадии происходят «ежедневные переговоры с судьбой». Они просят дать еще хоть один день жизни ребенку взамен чего-либо. Фаза торговли с судьбой, отрицания, вытеснения ситуации. Надежда найти другого врача, который выявит «ошибочность диагноза», поиски чудотворцев – все это круг, по которому прошла не одна семья. В данном случае специалист должен видеть, в какой форме лучше взаимодействовать с родными, чтобы соблюсти основную направленность паллиативной помощи - улучшение качества жизни больных и их семей.

4. Депрессия или стадия подготовительной печали. Происходит постепенное отречение от жизни. У пациентов присутствуют все симптомы депрессии: отчуждение, психомоторная заторможенность, нарушение сна, чувство безысходности, иногда мысли о самоубийстве.

Для родственников больного стадия депрессии может повториться уже после погребения близкого человека. Слаженная и квалифицированная помощь медицинского персонала может помочь преодолеть последствия смерти близкого.

5. Принятие смерти (принятия судьбы). Смирненное ожидание конца. Осознание того, что смерть неизбежна и неотвратима. Данная стадия часто бывает кратковременной и неглубокой. Вся боль близкого часто впитывается его семьей и разрешается нескоро. Воздвижение мраморных надгробий, заботы о могиле, поддержание святости памяти об ушедшем, продолжение его дела – вот те каналы, по которым может протекать процесс компенсации.

Основные психологические проблемы, с которыми сталкиваются члены семей инкурабельных больных: ощущение беспомощности, чувство вины и горечи из-за невыполненных обязательств; страх перед исследованием, наркотической зависимости, потери близкого человека; снижение самооценки, концентрации внимания и способности принимать решения; желание изолироваться; гнев на себя, родственников, медицинский персонал.

Медицинская сестра должна обладать основными аспектами психотерапевтической помощи - практическими навыками коммуникации, ведения поддерживающей беседы, умения неагрессивного разрешения конфликта. В основе взаимодействия должно лежать милосердие и осознание борьбы за мир в душе, которая происходит у родственников больного. Исходя из этого

основными направлениями в подготовке кадров для работы с инкурабельными больными и их семьями можно считать:

- Эффективное общение с пациентами и их окружением в процессе профессиональной деятельности;
- Соблюдение принципов профессиональной этики;
- Консультирование пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода;
- Оказание помощи на дому в рамках общей практики.

Работа в паллиативной сфере является тяжелым испытанием для личности и духа специалиста, но вера в светлую основу человеческой души, милосердие и готовность протянуть руку помощи позволяет людям, связавшим свою жизнь с медициной, творить чудеса.

Е.С. Бакума

*педагог-психолог ГБОУ СПО г. Москвы
«Свято-Димитриевское училище сестер милосердия ДЗМ»*

**«Психологические и профессиональные качества,
необходимые медицинской сестре
паллиативного отделения»**

Забота о пациентах паллиативного отделения осуществляется комплексно и имеет 4 направления: медицинское, психологическое, социальное, духовное.

Конечно же, это требует специальных профессиональных знаний, умений и навыков. Но прежде всего, отметим психологические качества, необходимые для работы именно в этом отделении.

1. Действенная любовь и эмпатия

Безнадежно больной человек проходит 5 стадий психологических изменений, представляющих собой адаптивный механизм (шок, отрицание, агрессии, депрессии, примирения с судьбой).

Каждая имеет свое сложное содержание и медсестра должна грамотно реагировать и понимать, что происходит с пациентом. А именно, она должна уметь видеть, чувствовать, слышать, отзываться на боль и сделать то, что сейчас нужно именно для этого пациента. В паллиативном отделении способность любить людей приобретает особое значение. Именно такой медработник будет милосерден и неравнодушен, проявит отзывчивость и чуткость. Такое отношение со стороны медицинского персонала поможет пациенту почувствовать, что он не один, что его личность не игнорируется, что у него есть возможность самовыражения.

2. Духовность

Очень хорошо, если медицинский работник паллиативного отделения - верующий человек.

Ведь бездумная, порой механически однообразная жизнь, наполненная зарабатыванием денег, поиском удовольствий, заканчивается, когда раздается предупредительный звонок тяжелой болезни.

Часто, именно страдание открывает глубинные пласты личности и является дверью в область духовного, где смысл жизни подразумевает наличие Высшего разума, Творца, Бога, а это значит, что смерти нет. Бессмертие души не только придает осмысленность страданиям - вера является сильнейшим фактором, стабилизирующим психику в течение жизни и, тем более, в преддверии смерти. И вот тут, не навязывая своего мнения, сочувствуя и поддерживая, верующий медработник может убедить пациента в том, что смерть, какой бы она ни была, - это естественный процесс, как и рождение. Медицинская сестра может предложить встречу со священником или представителем той конфессии, к которой принадлежит пациент. А переносить страдания и боль с Богом всегда легче. И молитва, и Таинства Церкви помогают больному обрести глубочайший смысл там, где казалось бы, все уже заканчивается. При существующей текучке кадров в отделениях подобного типа именно верующие медработники являются наиболее стабильными в психологическом плане, и духовность, необходимая в общении с больным, защищает от психической травмы и самого ухаживающего.

3. Владение вербальной и невербальной коммуникацией.

Медицинской сестре надо помнить, что страдающий человек – это не только его тело, но весь его психический мир, нуждающийся в поддержке, помощи, одобрении и понимании. Для этого необходимо владеть физическим, эмоциональным и интеллектуальным видами контактов.

Физический контакт – предполагает максимальную совместимость с пациентом от начального знакомства, которое может сопровождаться рукопожатием до последующих соприкосновений.

Эмоциональный контакт – должен быть таким, чтобы с первых дней пребывания в лечебном учреждении пациент почувствовал, что попал в руки близких ему людей, которые делают все, чтобы ему помочь. Отдельно хочется сказать о добром чувстве юмора, которое помогает справляться с опасениями и страхами, позволяет снизить остроту переживания.

Интеллектуальный контакт – это общение с пациентом на уровне представлений и мыслей, понятных для него. Образно выражаясь - это «разговор на одном» языке.

Конечно, в помощи и поддержке нуждаются также и родственники пациентов. В период болезни близкого человека многие из них проходят все те же стадии, что и больной (шока, депрессии, отрицания и т.д.). Медицинская сестра должна учитывать, что бережное отношение к переживаниям родственников, предложение им лучших вариантов ухода за больным – всё это важно для комплексной помощи пациенту.

Часто после смерти близкого человека у его родных возникает чувство вины. Поэтому имеет смысл ориентировать родственников на то, чтобы проводить с ним больше времени.

4. Позитивное отношение к жизни в целом, к людям и к себе.

Это тот энергетический потенциал, которым медицинская сестра может наполнить и зарядить пациента, пробудить его силы на перенесение страданий и боли. Ведь пациенту должно становиться легче уже от самого присутствия медработника рядом. Не лишним будет напоминание о том, что заботясь о пациентах, медсестре нужно не забывать также заботиться и о себе, находить свои индивидуальные формы отдыха, проведения досуга. Соблюдать «золотую середину», знать меру своих сил и не брать на себя работу свыше той, что сможет выполнить.

5. Стрессоустойчивость

Медицинский работник ни в коем случае не должен «заражаться» негативными эмоциями пациентов. Ведь проходя через стадии принятия своего диагноза, испытывая боль, пациенты могут быть и агрессивными, и раздражительными, и недовольными всем и вся, выплескивающими свои эмоции на тех, кто рядом, и часто это - медицинские сестры отделения. Профессиональным будет здесь поведение, демонстрирующее, например, владение навыками пассивного слушания.

Также крайне вредно идентифицировать себя с больными, брать на себя то, что мы не можем изменить. Важно понимать, кто за что отвечает, и честно, добросовестно делать своё дело.

Назовем также и профессиональные качества:

1. Конечно же, это высочайший уровень профессионализма, владение всеми необходимыми медицинскими навыками, знаниями и умениями.

2. Пребывание в хорошей физической форме. Кормление, переворачивание, подача судна, перекладывание – все это невозможно без соответствующей физической подготовки.

3. Преодоление естественной брезгливости.

В отделениях данного профиля много пациентов с терминальными стадиями онкопроцесса, наличием свищей, недержанием функций тазовых органов. Сталкиваясь с такими моментами, медсестра должна постоянно контролировать свои эмоции, невербальные проявления.

4. Умение работать в команде.

Ведь только тогда работа в отделении будет слаженной и продуктивной, когда каждый сотрудник не обособлен, а проявляет живой интерес, душой болеет за общее дело, выбирает для себя принцип «кто, если не я».

Да, в паллиативном отделении тяжелейшие условия работы, требующие полной самоотдачи. И очень хорошо когда у медицинского работника есть понимание приложения своих сил не просто как некоей работы, за которую он получает материальное вознаграждение, а как служения, как осуществление своего призвания. Кроме всего прочего, как мне кажется, в этом служении есть очень большой смысл. Мы многому учимся у наших пациентов, а именно:

стойкости, умению сохранять оптимизм и силу духа перед лицом неизбежного, мужеству, терпению, способности искренне благодарить за любую мелочь, радоваться тому, чего мы в обычной жизни часто просто не замечаем. Это бесценный дар, который мы получаем взамен того, что отдаем частицу себя, своих сил. Это делает нас более живыми для этой жизни, не только дарящими себя, но и получающими во сто крат больше для своей души, веря в то, что любовь никуда не исчезает и никогда не прекращается.

С.А. Тимонин

*заведующий отделом демографии ГБУ «НИИ организации
здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»*

Е.К. Папанова

*аналитик отдела демографии ГБУ «НИИ организации
здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»*

Место наступления смерти в Москве: анализ данных демографической статистики

В условиях старения населения и изменения структуры заболеваемости и смертности, информация о месте наступления смерти (как фактическом, так и наиболее предпочтительном для больного) может стать одним из ключевых индикаторов качества жизни паллиативных больных и должна быть использована при планировании подходов к оказанию медицинской (в том числе паллиативной) и социальной помощи, а также для оценки работы

системы здравоохранения в целом. При этом нет однозначно правильного и лежащего на поверхности ответа на вопрос, где должна наступать смерть: в домашних условиях, в стационаре, в хосписах или домах престарелых.

Исследования, проведенные в странах Западной Европы, показывают, что «дом» является наиболее предпочитаемым местом смерти (более 70% опрошенных предпочли бы умереть именно в привычной для них обстановке). В реальности же время смерти большинства пациентов наступает в стационарах – около 55%. Очень важно отметить, что еще 18 % населения Западной Европы умирают в домах престарелых. Доля смертей в домашних или близких к домашним условиям (дома по уходу за пожилыми людьми) составляет около 40%.

Структура смертности по месту ее наступления зависит не только от доступности медицинской помощи, но и от динамики демографических процессов и культурных особенностей общества. Можно выделить три группы факторов, которые, по нашему мнению, имеют место быть в России и в Москве в последние годы:

- демографические (увеличение продолжительности жизни, смещение среднего возраста смерти к более старшим возрастам, изменение структуры смертности – переход от внешних причин смерти к хроническим заболеваниям, гендерное неравенство в смертности и превалирование одиноких «женских» домохозяйств в старших возрастах);

- организационные (доступность медицинской, паллиативной (в том числе, оказываемой в домашних условиях), социальной помощи);
- психологические (психологическое состояние умирающих больных и их родственников).

Опыт зарубежных стран с высокой продолжительностью жизни свидетельствует о неоднородности в смертности в зависимости от места ее наступления. На уровне субъектов Российской Федерации также отсутствует статистически значимая зависимость между уровнем продолжительности жизни и долей умерших в стационаре. Так, в Москве доля умерших дома является одной из самых низких, при этом уровень ожидаемой продолжительности жизни в Москве – самый высокий. В то же время, в других регионах с низкой долей умерших дома ожидаемая продолжительность жизни может быть на 8-9 лет ниже, чем в Москве (например, Магаданская и Сахалинская области, Забайкальский край, Камчатский край). Выделяется также и благополучная по уровню продолжительности жизни группа регионов с низкой долей умерших дома, куда, помимо Москвы, входят Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский АО и Ямало-Ненецкий АО. В то же время очевидно, что доля умерших в стационаре не обязательно свидетельствует о доступности специализированной медицинской помощи. Так, например, в Чеченской республике, подавляющее большинство смертей происходит дома, что связано с культурными особенностями региона. Показателен в этом отношении и пример республики Тыва, где уровень смертности на дому такой же низкий как в Москве, но уже по причине значительно более низкой

продолжительности жизни и высокой доли внешних причин смерти в структуре смертности.

Для анализа структуры смертности по месту наступления смерти в Москве использовались данные о зарегистрированных в Москве смертях (из медицинских свидетельств о смерти), произошедших в феврале 2016 года (данные Управления ЗАГС по городу Москве). Общее количество умерших в выборке составило 9 809 человек. Включение в анализ данных только за 1 месяц связано с тем, что информация о месте наступления смерти из медицинского свидетельства о смерти не обрабатывается автоматически, и сотрудники НИИ ОЗММ были вынуждены делать это вручную.

Анализ данных по Москве показывает, что около половины зарегистрированных смертей наступили в стационаре, в то время как 36% - на дому, что близко к ситуации, которая наблюдается в европейских странах. В 13% случаев смерть произошла в другом месте (на улице, в общественных местах, на месте работы, на железнодорожных станциях и станциях метрополитена и т.д.). На месте происшествия и в машине скорой помощи происходит незначительное количество смертей – 0,8 и 0,6% соответственно. Соотношение смертей, произошедших в стационаре и дома меняется с возрастом – до возраста 85 лет доля смертей в стационаре выше, чем смертей произошедших дома, в более старших возрастах доля смертей на дому увеличивается почти до 70% от всех смертей. По сравнению с мужчинами среди женщин выше доля смертей как дома, что особенно заметно в старших возрастах, так и в стационаре. Это связано с

высокой долей смертей мужчин в других местах, составляющей порядка 20%.

Заметны различия в структуре смертности по месту наступления смерти и в зависимости от постоянного места жительства/места смерти индивида. Среди москвичей, умерших в Москве, 50% смертей произошли в стационаре и 41% – дома. Среди иногородних и иностранных граждан, умерших в Москве, выше доля умерших в стационаре - 54%, а также в других местах - 34% случаев. Смерти жителей Москвы, умерших в других регионах, только в 24% случаев наступили в стационаре, большая часть смертей среди данной группы происходит в других местах (56%). Высокая доля смертей в других местах среди иногородних, иностранных граждан и москвичей, умерших в других регионах, вероятнее всего обусловлена особенностями практики кодирования, когда место наступления смерти «дом» выбирается только в случае наличия у умершего регистрации по адресу смерти.

Несмотря на достаточно большую выборку (почти 10 тысяч смертей), основным ограничением исследования является использование данных только за один месяц, поскольку результаты могут быть подвержены влиянию сезонности. Другое ограничение связано с вышеуказанными особенностями выбора места наступления смерти уполномоченным лицом при заполнении п. 9 медицинского свидетельства о смерти.

Исследование показывает, что такие характеристики, как пол, возраст, место постоянного жительства могут значимо влиять на место

наступления смерти. В то же время, как было показано в ряде исследований, место наступления смерти в значительной степени зависит не только от социально-демографических характеристик умершего, но и от сложившихся в стране традиций медико-социального обеспечения, и даже от места происхождения умершего. Еще важно отметить, что «дом» является предпочтительным местом смерти для подавляющего большинства опрошенных в разных странах мира. Таким образом, высокая доля умирающих в домашних условиях при должном уровне оказания медицинской, социальной и психологической помощи на дому может рассматриваться как положительный показатель.

А.М. Грачёва

*Преподаватель профессиональных модулей
ГБПОУ ДЗМ «МК № 1»*

**Оказание паллиативной медицинской помощи
пациентам с тяжёлыми необратимыми
последствиями нарушения мозгового
кровообращения**

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой. По данным отечественного национального регистра ежегодно в Российской Федерации возникает инсульт более чем у 500 000 человек.

Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. Смертность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась в Российской Федерации за последние 10 лет более чем на 30 %. По имеющимся данным в России в оказании паллиативной помощи нуждаются 20 % больных перенесших инсульт.

Паллиативная помощь может дополнить и интенсифицировать лечение заболевания на любом этапе течения болезни или стать центральным компонентом оказания ухода. Условиями оказания качественной паллиативной медицинской помощи являются:

- командная работа;
- навыки общения;
- профессиональный подход.

Рандомизированные исследования показали, что ведение больных с инсультом мультидисциплинарной бригадой специалистов снижает смертность и нарушение функционирования пациентов на 30 %.

Общение в команде паллиативной помощи — наиболее ответственный момент, требующий от персонала особого настроения, чувства такта, деликатности и определенного мужества.

Навыками правильного общения должны владеть все участники бригады. Цель общения — достичь наибольшего взаимопонимания между участниками команды и пациентом, его близкими и родственниками, поэтому общение должно быть искренним, открытым и дружеским.

Основной концепцией паллиативной помощи является удовлетворение нужд пациента, что в значительной мере обеспечивается сестринским уходом.

Исходя из проблем больных с тяжёлыми необратимыми последствиями нарушения мозгового кровообращения, основной уход должен включать:

- создание специальных условий
- оказание помощи в выполнении элементов самообслуживания, трудных для пациента.

Таким образом, медицинская сестра в системе паллиативной помощи играет важную роль. Именно ей приходится проводить больше всего времени рядом с больным, первой оказывая ему помощь и поддержку.

Е.Б. Андреева

*кандидат психологических наук,
преподаватель высшей категории, дисциплины
«Психология», «Основы паллиативной помощи»*

Формирование профессиональной компетентности студента в оказании паллиативной помощи терминальному пациенту

Более 20 лет в России развивается паллиативная помощь - новое направление здравоохранения, призванное улучшить качество жизни инкурабельных больных. В 2011 г. Федеральным законом РФ «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная помощь была признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению. Готовятся к утверждению порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям.

На сегодняшний момент в России умирают на дому более 70% онкологических больных. В паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные, но и больные другими активными прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями (декомпенсированная сердечная и легочная недостаточность, рассеянный склероз, циррозы печени, болезнь двигательного нейрона, ВИЧ/СПИД, туберкулез и др.). С ростом числа хронических прогрессирующих заболеваний и смертности от них число нуждающихся в паллиативной помощи будет постоянно расти. Такая ситуация потребует от медицинских работников соответствующих знаний и подготовки.

В условиях модернизации медицинского образования приоритетной задачей является формирование у будущих медицинских сестер профессиональной компетентности. Изменения в профессиональной подготовке медицинских кадров обусловлены необходимостью разрешения противоречий между требованиями к уровню профессиональной компетентности медицинского работника и практикой подготовки в колледжах медицинских сестер, в частности и к осуществлению ими паллиативной деятельности. Формирование компетентных медработников среднего звена сегодня приобретает все

большую актуальность в связи с ростом уровня требований социума к профессионализму медицинских работников и качества оказания медицинских услуг.

При определении структуры компетентности будущих медицинских работников среднего звена в паллиативной деятельности мы сталкиваемся с не разработанностью этого вопроса в современной психолого-педагогической литературе.

Формирование профессиональной компетенции медицинского работника среднего звена начинается на стадии его профессиональной подготовки в стенах учебного заведения. Учитывая важность качественной подготовки медицинских сестер в области паллиативной медицины, компетентность медицинского работника среднего звена необходимо рассматривать как интегративное качество высокомотивированной личности, которое определяется совокупностью профессиональных знаний, умений и навыков, профессионально-личностных качеств, обеспечивающих внутреннюю готовность осуществлять паллиативную деятельность согласно квалификационным требованиям и морально-этическим нормам, которая проявляется в реализации личностного потенциала, совершенствовании опыта и стремлении к непрерывному самообразованию.

Особое значение приобретает способность специалиста развивать свои способности, умение учиться, работать самостоятельно, принимать адекватные профессиональные действия. Он несет ответственность, в пределах своей компетенции, за

обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и нормативной законодательной базой, должен с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть.

Компетентность будущих медицинских работников среднего звена определяется рядом компетенций, которыми должен обладать выпускник: коммуникативные, социальные, информационные, профессионально-релевантные.

Общие принципы при планировании учебных программ в целях удовлетворения потребностей различных систем здравоохранения и самих студентов включают в себя распределение содержания программы по паллиативной помощи в виде «вертикальной интеграции», для того чтобы избежать перегрузки общего учебного плана, и планировать обучение в соответствии с конкретными задачами и целями.

Сегодня преподавание сосредоточено в основном на приобретении знаний и навыков, но не на проработке отношения, и, за немногим исключением сосредоточено на вопросах оказания паллиативной помощи онкологическим больным.

Будущие выпускники медицинского колледжа должны уметь правильно оказывать паллиативную помощь, поэтому они нуждаются в обучении, проводимом, по возможности, в соответствии с самыми высокими стандартами, что поможет им эффективно учитывать потребности пациентов и их семей.

Л. Д. Буцхрикидзе

*Преподаватель профессиональных модулей
ГБПОУ ДЗМ «МК № 5»*

Л.А. Лесничая

*методист, преподаватель клинических модулей ГБПОУ
ДЗМ «МК № 5»,*

А.В. Овикова

*заместитель директора ГБПОУ ДЗМ «МК № 5»
по воспитательной работе,
преподаватель учебной дисциплины «Русский язык и
литература»*

Е.М. Манакина

психолог, преподаватель учебной дисциплины «Психология»,

Е. Ермакова, Л. Тимохина, Мелихов А.

студенты ГБПОУ ДЗМ «МК № 5»

Принципы деонтологии паллиативной помощи

Если сердцу — хоть одному —

Не позволю разбиться —

Я не напрасно жила!

Если ношу на плечи приму,

Чтобы кто—нибудь мог распрямиться—

Боль — хоть одну — уйму,

Одной обмирающей птице

Верну частицу тепла —

Я не напрасно жила!

/Эмили Дикинсон/

Медицинская деонтология - наука о долге медицинского работника перед пациентами, их родственниками, коллегами, перед обществом.

В современной медицине сохраняется дух этики Гиппократов. Принцип, который лежит в основе всех возможных действий медицинского работника – это принцип уважения к жизни пациента. «Высочайшее уважение к жизни пациента» - это философия паллиативной медицины.

Этические принципы паллиативной медицины:

- уважайте жизнь;
- допускайте неизбежность смерти;
- рационально используйте возможные ресурсы;
- делайте добро;
- сводите к минимуму вред.

Медицинская сестра должна знать, что даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

«Крошечный добрый поступок лучше, чем самые торжественные обещания сделать невозможное» (Маколей).

1. Стараться не усугубить эмоциональную травму пациента, нанесенную болезнью.

2. Важно в каждом пациенте видеть, прежде всего, человека, личность. Не подавлять его, не возвышаться над ним, быть тоньше, интеллигентнее.

3. Психические особенности, уровень интеллекта, характер и жизненный опыт пациентов разные (как, впрочем, у всех людей). Нужно стараться понять, выразить уважение к точке зрения пациента, деликатно поправить, не унизив чувство его достоинства. Уметь общаться с каждым.

4. Не убивать надежду, но помнить, что «ложный оптимизм» тоже убивает ее.

«Мы становимся беспомощными при виде страданий других людей, и самое лучшее и нужное, что мы можем сделать – это просто находиться рядом с ними» (Р. Твайкросс).

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза болезни приводит, как правило, к длительной и тяжелой депрессии. В связи с этим в отечественной медицине существовала деонтологическая тактика не сообщать пациенту о возможном смертельном исходе. Отношения между пациентом и медработником основаны на доверии.

Деонтологические обязанности медицинской сестры:

- предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания;
- оказание умирающему и его семье психологической поддержки.

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное отношение и достойную смерть.

Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом, учитывая национальные и религиозные особенности.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции.

Отношения медицинской сестры с родными и близкими пациента — актуальная деонтологическая проблема.

В нашем колледже уделяется большое внимание формированию навыков и компетенции оказания паллиативной помощи.

Психологическая диагностика, проводимая педагогом-психологом Манакиной Е. М., на начальном этапе обучения будущих медицинских работников показала, что на первом году обучения:

7 % первокурсников ориентируются в понятиях «паллиативная помощь», «медицинская деонтология»...

6 % готовы попробовать себя в работе с умирающими пациентами.

10% осознают необходимость психологической поддержки умирающему пациенту и его родственникам.

2 % имеют представления о гендерных, религиозных и национальных особенностях при уходе за умирающими пациентами.

По результатам одной из итоговых диагностик по профессиональной адаптации выпускников МК № 5 важным и обнадеживающими являются полученные данные о том, что:

52 % выпускников готовы быть рядом с умирающим и предоставить всю необходимую помощь ему и его близким.

24 % считают важным аспектом уважительное отношение к религии пациента.

24 % считают необходимым увеличение возможности участвовать в паллиативной деятельности с целью расширения практического опыта.

Наши выпускники, понимая значимость выбранной будущей профессии, осознают, сколько впереди трудностей и счастливых моментов в профессии, осознают, что от них ждут толерантности, доброты, уважения, хранения и приумножения традиций паллиативной помощи.

А мы, преподаватели, верим, что там, где их ждут, они окажутся точно в срок. Наши выпускники готовы оказывать помощь страждущим, используя принципы деонтологии паллиативной помощи.

Смерть, мысль о ней, память о ней – единственное, что придаёт жизни высший смысл.

Митрополит Антоний Сурожский

Самое важное лекарство — это нежная любовь и забота.

Мать Тереза

Любовь - это цветы нравственности; без здорового нравственного корня - нет и благородной любви.

В. Сухомлинский

Не только умирать трудно – жить трудно. Иногда жить труднее, чем умирать, потому что это значит умирать изо дня в день.

Митрополит Антоний Сурожский

Если я обречен, то обречен не только на смерть, но обречен и на сопротивление до самой смерти.

Франц Кафка

Одиночество и ощущение, что ты никому не нужен, - самый ужасный вид нищеты.

Мать Тереза

Ни один человек не вправе вести столь созерцательную жизнь, чтобы забыть о своем долге служения ближнему.

Блаженный Аврелий Августин

*Любовь долготерпит,
милосердствует,
любовь не завидует,
любовь не превозносится,
не гордится,
не бесчинствует,
не ищет своего,
не раздражается,
не мыслит зла,
не радуется неправде, а сорадуется истине:
Все покрывает, всему верит, всего надеется, все
переносит.*

Любовь никогда не перестает.

Ап. Павел



ГБОУ СПО «СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКОЕ УЧИЛИЩЕ
СЕСТЁР МИЛОСЕРДИЯ ДЗМ»

Адрес: Москва, Ленинский просп., 8, стр. 12

Электронная почта: sdu@zdrav.mos.ru