



ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Лекция 4

по дисциплине **Медико-социальная работа с инкурабельными
больными**

**для студентов по направлению подготовки
«Социальная работа»**



**Зав.курсом педагогики и
образовательных технологий
ВолгГМУ, к.м.н., д.п.н.
Артюхина Александра Ивановна ,**

Волгоград 2025



Модуль II Организация службы паллиативной помощи incurable больным.

План

- 1. Определение, содержание и философия паллиативной помощи.**
- 2. Принципы паллиативной помощи и формы ее организации.**
- 3. Основные модели оказания паллиативной помощи.**



Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium»,

- что значит «маска» или «плащ». Это определяет содержание паллиативной помощи: она сглаживает, скрывает, смягчает проявления болезни и/или служит покровом - плащом для тех, кто оказался «в холоде и без защиты». В широком понимании паллиативной является все медицинская помощь, вся медицина.
- Во всем мире для пациентов паллиативная и хосписная помощь является бесплатной.



В 1990 г. ВОЗ предлагает определение

- , в соответствии с которым паллиативная помощь - это «активная всеобъемлющая помощь пациентам, возможности радикального лечения которых исчерпаны). Первостепенной задачей такой помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больных и членов их семей».



В 1990 г. ВОЗ предлагает определение

- В основу паллиативной помощи было положено признание права каждого человека на получение медицинской и социальной помощи независимо от диагноза и прогноза, на достойные условия жизни и смерти. Это означает, что даже тогда, когда все средства радикального лечения (curative treatment) исчерпаны, и выздоровление невозможно, человек не должен остаться без помощи и поддержки.

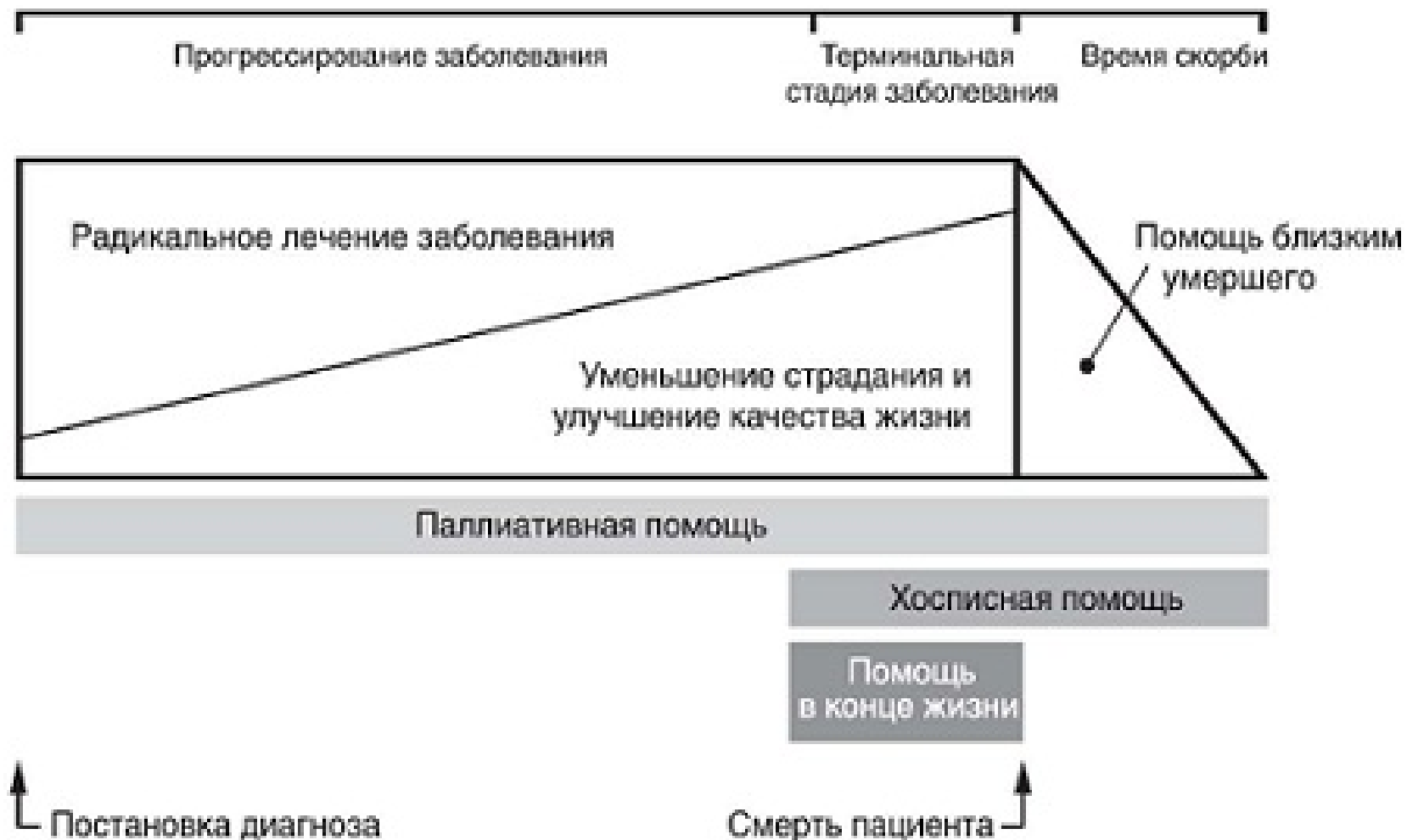


В связи с появлением новой глобальной проблемы - эпидемии ВИЧ/СПИДа - в 2002 году ВОЗ расширяет определение паллиативной помощи

Паллиативная помощь – подход (реализуемый на разных уровнях медицинской и социальной помощи), целью которого является улучшение качества жизни больных и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни/смертельного 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 (ВОЗ, 2002).



Место паллиативной помощи в общей системе лечения и помощи больному и его родственникам





ВОЗ провозглашает принципы паллиативной помощи:

- **утверждает жизнь и считает смерть (умирание) естественным закономерным процессом;**
- **не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;**
- **целью паллиативной помощи является обеспечение больному возможности насколько возможно активно прожить последние дни;**
- **предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;**
- **использует мультипрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;**
- **улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;**
- **при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного. (ВОЗ, 2002).**



Клиницисты, посвятившие себя облегчению страданий инкурабельных онкологических больных, обращают наше внимание, что нуждаются в паллиативной помощи пациенты с заболеванием

АКТИВНЫМ – то есть имеющим признаки активности (в период обострения или декомпенсации), наличие выраженных симптомов, которые требуют медицинской помощи;

ПРОГРЕССИРУЮЩИМ – то есть заболевание имеет тенденцию к прогрессированию, состояние пациента нестабильно и ухудшается с течением времени;

ДАЛЕКО ЗАЩЕДШИМ/генерализованным, то есть когда невозможно остановить прогрессирование заболевания, возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Не используя в своем определении временные параметры, вероятность и близость летального исхода, термин «терминальная стадия», авторы очень точно определяют контингент больных, нуждающихся в паллиативной помощи.



В определении паллиативной помощи необходимо подчеркнуть два ключевых момента.

Первый – необходимость выделения уровней организации и оказания паллиативной помощи.

Экспертами Европейской Ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП), ведущей европейской ассоциации специалистов паллиативной помощи, были разработаны нормы и рекомендации по организации паллиативной и хосписной помощи для европейских стран

Второй ключевой момент – это философия паллиативной помощи.



Эксперты ЕАПП в зависимости от содержания оказываемой помощи и квалификации специалистов выделяют три уровня паллиативной помощи.

«Паллиативный подход» (1 уровень): реализуется при предоставлении больным с угрожающим жизни прогрессирующими заболеваниями в период возникновения серьезных медицинских проблем (активное заболевание) на всех уровнях медицинской помощи, в том числе первичной, всеми врачами и медицинскими сестрами вне зависимости от их специализации. Это, прежде всего, участковые и семейные врачи, специалисты поликлиник и стационаров, станций скорой помощи. Осуществление паллиативного подхода требует от специалистов базовой подготовки по паллиативной помощи и реализации в рамках своей специальности ее основных принципов и философии – активного выявления и купирования симптомов, приносящих страдание больному, сострадания, понимания, уважения личности больного и его



Врач паллиативной помощи исповедует следующее этическое кредо: если невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, качество жизни больного становится более важным, чем ее продолжительность.

Несмотря на то, что оказание паллиативной помощи не требует высокой технологии, она считается на Западе довольно дорогой – преимущественно за счет высоких временных затрат персонала. В отечественных стационарах предусмотрены 1 врач и 1 медсестра на 5 пациентов.





Уровни паллиативной помощи

Общая паллиативная помощь (2 уровень):
осуществляется онкологами, гериатрами и другими специалистами, имеющими дополнительное последипломное профессиональное образование по паллиативной помощи/медицине.



Уровни паллиативной помощи

Специализированная паллиативная помощь (3 уровень): оказывается квалифицированными специалистами паллиативной помощи/медицины в условиях специализированных учреждений.

Специализированная паллиативная помощь требует серьезной профессиональной подготовки, специализации, сертификации и постоянного повышения профессионального уровня.



Философия паллиативной помощи.

Краеугольный камень философии паллиативной помощи – в центре всеобщего внимания всегда находится пациент.

Задачей паллиативной помощи является улучшение качества жизни больного. При этом на весах лежат (1) польза и (2) нарушение эмоционального равновесия и физического комфорта больного в результате проведения того или иного медицинского вмешательства..



Философия паллиативной помощи.

Одним из основных принципов обезболивания в паллиативной помощи считается щадящий способ введения лекарственного средства. Метод выбора - «назначение анальгетика внутрь» или ректально, менее предпочтительно назначение в виде подкожных или внутривенных инъекций. Внутримышечное введение лекарств следует осуществлять лишь при невозможности использования выше перечисленных методов введения, так как этот способ причиняет дополнительную боль и дискомфорт и без того страдающему пациенту.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ

Выделяют три основных фундаментальных свойства качества жизни — многогранность (мультимодальность), субъективность и динамичность. **Субъективность качества жизни** связана с необходимостью учитывать систему жизненных ценностей при восприятии пациентом актуальной действительности в соответствии с личностным смыслом, это касается, в том числе, и восприятия пациентом его болезни, и восприятия проводимого лечения. Понятие субъективности неразрывно связано с понятием индивидуальности при определении качества жизни конкретного человека. меняются приоритеты перед лицом приближающейся смерти.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ

Динамичность понятия качества жизни связана с изменением состояния, самочувствия пациента и его систем ценностей и восприятия с течением времени, прогрессированием болезни и проводимым лечением. С течением времени меняются надежды и стремления человека, он ожидает или большего, или меньшего от жизни. Особенно эти изменения заметны у тяжелобольных, когда внезапно меняются приоритеты перед лицом приближающейся смерти.



Качество жизни многогранно. Существует много разнообразных областей, характеризующих качество жизни, но, несмотря на это, большинство из них могут быть сгруппированы в четыре коррелированные, но отличные друг от друга области: физический, функциональный, эмоциональный, социальный аспекты качества жизни.

1) **Физический аспект качества жизни** включает:

- совокупность симптомов болезни;
- комбинацию побочных эффектов лечения;
- выраженность общего физического благосостояния.

Наличие или отсутствие тягостных симптомов болезни оказывает выраженный эффект на качество жизни.

Некоторые признают этот фактор как наиболее очевидный, но ясно, что он не единственный, приравнять качество жизни к отсутствию симптомов болезни слишком упрощено.



2) Функциональный аспект качества жизни

включает:

- способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями, амбициями или социальной ролью;
- активность;
- возможность самообслуживания.

Физический и функциональный аспекты очень тесно связаны между собой, но у некоторых пациентов могут быть и независимыми друг от друга.

Изменение активного образа жизни и потеря способности выполнять простые ежедневные функции самообслуживания в результате прогрессирования болезни или проведенного лечения могут иметь разрушительные последствия для личности.



3) Психо-эмоциональный аспект качества жизни включает в себя:

- психологическое равновесие;
- изменения личности;
- потеря своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности);
- утрата перспектив на счастье;
- неосмысленный подход к смерти;
- духовные проблемы — утрата веры в справедливость мира;
- межперсональные проблемы — семейное благополучие, взаимоотношения в семье, удовлетворение от отношений с друзьями, страх потери любви окружающих, проблема ухода за больным, проблемы родственников, ложь больному со стороны родственников и врачей.



4) Социальный аспект качества жизни для больного включает:

- потерю своего социального статуса;
- нарушение контактов с привычной средой, трудовым ритмом;
- утрата финансовых возможностей и дивидендов;
- затраты на лечение и похороны;
- социальная изоляция;
- инвалидность;
- отсутствие службы волонтеров, сиделок;
- воспринятая социальная поддержка;
- организация досуга.

Социальные аспекты оказывают большое влияние на качество жизни пациентов, в то же время наиболее трудно определиться с их измерением. Особенно это касается онкологических больных, ведь кроме значительных затрат на лечение и утраты финансовых возможностей, они часто испытывают тяжесть социальной изоляции, связанной с представлениями о "заразности" заболевания, меняющей систему их жизненных ценностей.



«Помощь (больному) в конце жизни» (end-of-life care)

в настоящее время выделена как самостоятельное направление паллиативной помощи, а в ряде стран и медицины вообще.

Паллиативная помощь — это избавление больного и умирающего от страдания.

Е. Кассел подчеркивал, что «тело не страдает, страдает все человеческое существо»

Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи. Поэтому часто говорят, что хоспис — это не лечебное учреждение, это — философия.



Цели и задачи паллиативной помощи:

1. Адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов.
2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников.
3. Выработка отношения к смерти как к нормальному этапу пути человека.
4. Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
5. Решение социальных и юридических вопросов.
6. Решение вопросов медицинской биоэтики.



Модели оказания паллиативной помощи

В Белой книге описываются различные формы организации паллиативной и хосписной помощи:

- отделение паллиативной помощи,
- стационарный хоспис,
- госпитальные службы паллиативной помощи,
- службы оказания паллиативной помощи на дому,
- стационар на дому,
- волонтерская хосписная служба
- хосписы дневного пребывания и амбулатории паллиативной помощи.

Модели оказания паллиативной помощи



помощь на дому

осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения

помощь в стационаре

- ХОСПИСЫ
- отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты



«Паллиативная помощь – это не просто составляющая системы здравоохранения. Это скорее философия помощи, которая пригодна для реализации во всех учреждениях, оказывающих помощь пациентам. Обычно мы видим создание команд в определенном населенном пункте или округе, где помощь пациенту оказывается на дому или в доме для престарелых. Одновременно с этим мы видим различные модели оказания паллиативной помощи в больницах общего профиля. Идеальным было бы, если бы больные могли выбрать тот или иной вид помощи, например, на дому, в хосписе, в больнице. Там, где это возможно, пациентам следует предоставить возможность пользоваться помощью в различных учреждениях, в зависимости от их состояния и индивидуальных предпочтений.»

Рекомендации (2003) Комитета Министров Совета Европы
государствам - участникам по организации паллиативной помощи



Модели оказания паллиативной помощи

Формы организации паллиативной помощи могут быть различными. Большинство больных хотели бы провести остаток своей жизни и умереть дома (от 80 до 90 % опрошенных в разных странах, в том числе в России), то оказание помощи в домашних условиях было бы наиболее целесообразно.

Однако, как отмечает профессор А.В. Гнездилов, «2/3 больных в России умирают в больницах. ... Это "некачественная цифра", которая свидетельствует об отсутствии возможности получения больными помощи на дому или в хосписе. Убогие бытовые условия, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают многих больных искать в хосписе последнее прибежище».



Стратегия оказания помощи в конце жизни

В июле 2008 года департамент здравоохранения Англии опубликовал стратегию развития помощи людям в конце жизни. Целью создания такой стратегии является обеспечение всего взрослого населения помощью высокого качества в конце жизни.

В стратегии отмечается, что «необходимо изменение взглядов, отношения и поведения медицинских работников и представителей социальной службы относительно предоставления помощи людям в конце жизни". Это является серьезной проблемой во всех странах мира, если принять во внимание, что только в Англии, сотрудников этих ведомств около 2,5 млн.



Стратегия определяет три основные группы персонала:

1. Сотрудники, которые непосредственно связаны с оказанием помощи в конце жизни, например, сотрудники хосписа.
2. Сотрудники, чья основная задача заключается не в оказании помощи в конце жизни, но им приходится принимать участие в оказании помощи в конце жизни время от времени, например, сотрудники больниц общего профиля, врачи общей практики и персонал учреждений социальной помощи.
3. Сотрудники, которые редко сталкиваются с проблемами оказания помощи в конце жизни, например, персонал тюрем.



Стратегия помощи в конце жизни (2008) предлагает шестишаговый алгоритм оказания помощи





Стратегия оказания помощи в конце жизни

Шаг 1: Обсуждение вопросов, возникающих по мере приближения конца жизни

Открытый, честный разговор

Шаг 2: Проведение оценки и планирования оказания помощи, повторная оценка

Согласованный план помощи и регулярное проведение оценки потребностей пациента и его предпочтений

Проведение оценки потребностей людей, оказывающих помощь

Выявление подсказок, о чем следует поговорить

Шаг 3: Координация оказания помощи

Стратегическая координация

Координация индивидуальной помощи пациенту

Службы быстрого реагирования



Стратегия оказания помощи в конце жизни

Шаг 4: Предоставление услуг высокого качества в различных учреждениях

В больницах, по месту проживания, в домах-интернатах, хосписах, стационарах на дому, тюрьмах, в гостиницах
Служба скорой помощи

Шаг 5: Помощь в последние дни жизни

Определение того момента, когда наступает фаза умирания

Изучение потребности пациента и его предпочтения о том, где бы он хотел умереть

Поддержка как пациента, так и людей, ухаживающих за ним

Обсуждение вопросов о проведении реанимации и донорстве органов



Стратегия оказания помощи в конце жизни

Шаг 6: Помощь после смерти пациента/в период тяжелой утраты

Признание того, что оказание помощи не заканчивается после смерти больного

Своевременная констатация наступления смерти, получение свидетельства о смерти или направления в бюро судебной экспертизы

Оказание помощи и поддержка человека, оказывавшего помощь больному, и всех членов семьи, в том числе психологическая поддержка и практическая помощь в период утраты



ЛИТЕРАТУРА

1. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи (утв. Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 № 7180-РХ) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.durex-promo.ru/index.php?ds = 1422328>



Благодарю за внимание!

