

*Профессионализм и этика ,как слагаемые
качества
паллиативной помощи.*

Докладчик:

Медицинская сестра отделения сестринского ухода

ГБУЗ СО «Сызранская ГБ № 3»

Федоскина Наталья Владимировна

Каждый медицинский работник
в своей деятельности призван руководствоваться
этическими принципами.

Существует четыре основных
принципа медицинской этики:

- Делай благо.
- Не навреди.
- Уважай автономию.
- Будь справедлив.



Этические принципы паллиативной медицины:

уважайте жизнь;

допускайте неизбежность смерти;

рационально используйте возможные ресурсы;

делайте добро;

сводите к минимуму вред.



В состоянии больного наступает такой момент, когда он понимает неизбежность смерти. Соответственно, именно в это время поддержка и дружеское участие приобретают огромное значение.

Постоянное внимание к пациенту должно демонстрировать, что медики не оставят его, несмотря ни на что, это поддержит и больного и его семью.

Пациент должен чувствовать, что для него делается все возможное, чтобы облегчить его проблемы, в том числе и душевные.



Если же у пациента сложилось впечатление, что это не так, то все усилия медицинского персонала и родственников добиться эмоционального контакта с ним будут бесполезны.

Этические проблемы паллиативной медицины:

Выбор лечения. Лечение - процесс сложный, начинающийся от полного излечения, с одной стороны, и заканчивающийся контролем симптомов, с другой стороны.

При выборе подходящего лечения нужно иметь в виду следующее:

возможности организма пациента;

терапевтические цели и пользу от каждого вида
лечения;

побочные эффекты;

желания пациента.



Медицинская сестра должна знать психологию больных, возможные реакции пациента и его близких на полученную информацию, и быть готовой к проведению адекватной психологической поддержки с этого момента и на весь период оказания паллиативной помощи.



Доктор Элизабет Кюблер-Росс Американский психолог швейцарского происхождения, создательница концепции психологической помощи умирающим больным

Исследуя состояние больных, впервые узнавших о терминальной стадии заболевания, опубликовала свою «концепцию» смерти как стадии роста. По данным их исследования, человек, узнавший, что он безнадежно болен, что медицина бессильна и он умрет, переживает различные психологические реакции, которые можно подразделить на пять последовательных стадий



I стадия — стадия «отрицания» («нет не я», «это не рак», «не может быть! это ошибка!»).

Для ряда пациентов и их близких первая стадия является шоковой, как неспецифическая реакция на сильный раздражитель.

Отношение к болезни и ответная психологическая реакция на известие о неизлечимой болезни у людей различны.

Это определяется многими факторами:
жизненными ценностями, мировоззрением,
эмоционально-психологическим складом,
социальным и семейным благополучием и др.

Проявления отрицания полученной
информации и даже проявления агрессии носят
защитный характер, и требуют
доброжелательной и квалифицированной
помощи.

II стадия — «агрессия» + «протест» («почему я?», «не может быть!», «это ошибка!»).

Вторая стадия — может сочетаться с агрессией, которая преобладает, приводя к поискам причины («кто виноват?», «его погубили!», «отравили», «облучили», «просмотрели и вовремя не определили болезнь!»).



III стадия — «просьба об отсрочке» («еще не сейчас», «еще не много»);

Пациенты в финальных стадиях онкологического процесса чрезвычайно чувствительны к любой фальши в отношениях и крайне негативно воспринимают малейшие признаки неискренности как со стороны родственников, так и со стороны медицинского персонала.

В равной степени неуместно замалчивание проблемы («ничего не случилось»), необоснованный оптимизм («все будет хорошо») и чрезмерное сопереживание («бедный, несчастный»). Чем лучше медицинский работник сможет понять больного, благодаря терпеливому выслушиванию и сочувствию, узнать и поддерживать его стремления, тем точнее он может представить действительное положение вещей.



IV стадия — «депрессия»

(«да, это со мной, я умру»,
«нет выхода, все кончено»);

Важной проблемой онкологических
больных является высокий риск
суицидных: действий (особенно в
стадии депрессии), отказ от операции,
приема лекарственных препаратов, пищи

В тяжелых случаях возможен полный
отказ от встреч с близкими и медицинскими работниками.





Чрезвычайно важно создать доброжелательную атмосферу с участием тех родственников, коллег по работе, которые приняты к участию в общении и помощи самим больным.



V стадия — «принятие»
(«пусть будет», «никуда не денешься,
значит судьба»).

Эмоционально- психологическое
состояние пациента на пятой

стадии претерпевает принципиальные изменения. Человек подготавливает себя к смерти, смирению и принятию ее как факта.

В этой стадии идет интенсивная духовная работа:

покаяние,

углубление в себя, оценка своей жизни и той меры добра и зла,
которой можно оценить свою прожитую жизнь.

Необходимо помнить, что ответная психологическая реакция человека, его близких на потерю, смерть и горе носит защитный характер и требует доброжелательной и квалифицированной помощи. Общие принципы психотерапевтической поддержки больных (Андрей Владимирович Гнездилов, 1995)



Важным является проведение беседы наедине, в отсутствии родственников. С последними проводят беседы без пациента.

В тяжелом состоянии, перед смертью больной действительно говорит то, что скрывал по ряду причин — свое истинное отношение к близким. Может быть, перед смертью он хочет избавиться от опеки родных и близких? Может быть ему лучше в больнице, хотя дома есть все необходимые условия для ухода? А может наоборот?

Позиция персонала определяется прежде всего отношением к смерти как к нормальному явлению. Смерть признается неотъемлемой стороной самой жизни, и в конечном итоге пациент учится не бороться с ней, а принять ее в нужный момент с достоинством и без страха.





В этом большую роль играет
медицинская сестра.

Важным моментом является то,
что персонал должен сначала сам
определить свою позицию
по отношению к смерти.

Когда медперсонал разбирается в своих переживаниях и
отношении к смерти, когда он склоняется к принятию
смерти, а не к страху и отрицанию ее, тогда не может
повторить этот же опыт с пациентом. Для медицинской
сестры необходимо отсутствие «комплекса смерти».

Восприятие болезни с прогнозируемым тяжелым течением и летальным исходом проблемно и по-своему уникально для каждой личности.

Тем не менее, есть и некоторые сходства, которые, в основном, являются общими для многих пациентов.

Так, в начале болезни обычно имеет место возрастающий страх.

Пациент сталкивается с наиболее тяжелыми душевными проблемами. В это время он испытывает неуверенность в себе, его чувства колеблются между надеждой и отчаянием.

Ощущение разрушения своего внутреннего мира, которое испытывает больной и которое часто не осознается многими близкими и друзьями, добавляет чувство изоляции ко многим другим их проблемам.

Пациент должен чувствовать, что для него делается все возможное, чтобы облегчить его проблемы, в том числе и душевные. Если же у пациента сложилось впечатление, что это не так, то все усилия медицинского персонала и родственников добиться эмоционального контакта с ним будут бесполезны.





Общение с неизлечимым больным.

"Правда - одно из наиболее сильных терапевтических средств, доступных нам, но нам по-прежнему надо знать точный смысл ее клинической фармакологии и выяснить оптимальное время и дозировку к ее употреблению.

Похоже, нам необходимо вникнуть в близкую связь между надеждой и отрицанием ее" (М.Симпсон,).

Правда имеет широкий спектр: от мягкости, с одной стороны, и при необходимости до жесткости - с другой. Пациенты всегда предпочитают мягкую правду. Насколько это возможно, рекомендуется сглаживать (смягчать) первоначальное восприятие негативных слов.

Например, лучше:

НЕ: "У вас рак", А: "Анализы показывают, что это разновидность злокачественной опухоли";

НЕ: "Вам осталось жить 3 месяца", А: "Время возможно ограничено".

Целесообразно

использовать слова с положительными, а не отрицательными оттенками:

НЕ: "Вы слабеете", А: "Энергию в настоящий момент следует поберечь".

Ранить может самый простой вопрос.

Например, в ответ на «как дела?» заболевший скорее всего ответит «Все хорошо» или «Нормально» и тогда выяснять дальнейшие подробности о болезни и ходе лечения будет как-то неуместно. Задавая вопрос, нужно учитывать настроение пациента, смотреть, действительно ли он готов искренне говорить о своем здоровье и самочувствии, либо не хотел бы вообще затрагивать этот вопрос.



В некоторых случаях лучше будет поговорить о семье, друзьях, работе или чем-то еще, не связанным с заболеванием. Не стоит акцентировать свое внимание на изменениях во внешности пациента. Да, они действительно произойдут и довольно существенные.

Некорректно говорить и о том, что одна форма рака лучше, чем какая-то другая - «хороших» опухолей, к сожалению, не бывает и любой онкологический диагноз является серьезным испытанием и проблемой.

Разговоры о других пациентах с похожим диагнозом нежелательны, если только они не ведутся с кем-то, кто сам столкнулся с болезнью и знает, о чем говорит. Так что, если у вас есть знакомый, который перенес ту или иную форму рака, лучше предложите ему связаться с тем, кто заболел, а не пересказывайте его историю.

Говорить о том, что рак мог возникнуть из-за курения, употребления алкоголя, сидячего образа жизни или характера работы, не надо.

Даже если это каким-то образом спровоцировало развитие опухоли, заводить об этом разговор не стоит - это только усилит чувство вины, которое нередко преследует пациентов, столкнувшихся с раком.

Нужно помнить, что рак - мультифакторное заболевание. Известны случаи, когда рак легкого возникал у тех, кто никогда не курил, а у курильщиков с многолетним стажем он никогда не развивался.

Паллиативный уход отстаивает право пациента на "хорошую смерть",
Элементы понятия «Хорошая смерть»:
Адекватный контроль боли и ведение симптомов

Открытая коммуникация между пациентом, семьей и врачом

Чувство контроля

Чувство завершения на духовном эмоциональном уровне

Понимание пациента как уникальной и достойной личности

Укрепление отношений пациента с любящими близкими

Не оставаться в одиночестве.



Элементы понятия «Плохая смерть»:

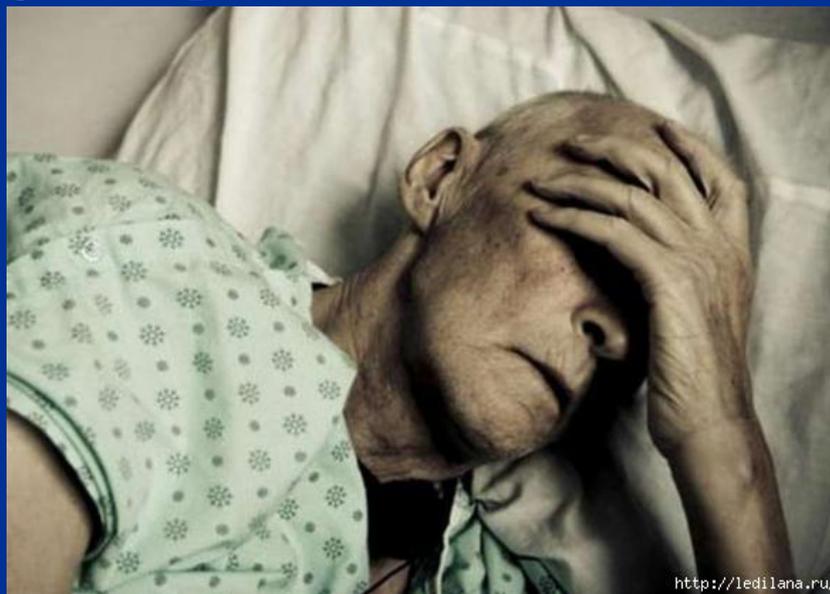
Неадекватное ведение симптомов (боли)

Отсутствие сострадания

Отсутствие человеческого присутствия и соучастия

Стирание личного достоинства

Отказ пациенту и его родственникам в возможности выбора



Необходимо помнить, что профессиональный уровень медицинского работника оценивается больным и его родными в первую очередь по его умению общаться.



Вера Васильевна Миллионщикова - основатель и

главный врач первого московского хосписа.



«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 оставить обиду в душах наших пациентов на всю жизнь, ляжет тяжелым грузом и на нас.

*Благодарю за
внимание!*

