КУРСОВАЯ РАБОТА

**Хоспис - один из видов паллиативной помощи населению**

***Оглавление***

Введение

Глава 1. Паллиативная помощь

1.1 Паллиативная помощь

1.1.1 Понятие паллиативная медицина

1.1.2 Цели и задачи паллиативной помощи

1.1.3 Основные принципы паллиативной помощи

1.2 История развития паллиативной помощи

2.1.1 История развития паллиативной помощи в России

2.2 Хоспис

2.2.1 Основные положения концепции хосписов

2.2.2 Основные принципы деятельности хоспис

2.3 Перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным в России

Глава 2. Исследовательская часть

Заключение

Список литературы

Приложения

***Введение***

Актуальность темы: хосписы существуют в России уже 20 лет, и все эти годы этот вид медицинской помощи доступен только для онкологических больных, хотя думать, что обезболивание необходимо только при "раке", неправильно, также как и считать, что медленное умирание происходит только при онкологии. Должны существовать хосписы для всех пациентов, страдающих неизлечимыми болезнями, сокращающими срок жизни.

Развивать паллиативную помощь начали только сейчас. Система паллиативной помощи, либо не выстроена, либо выстроена неправильно. Хосписы отсутствуют как класс. Есть кабинеты боли, амбулаторные отделения оказания паллиативной помощи при поликлиниках, есть центры паллиативной помощи, а хосписов нет. По-прежнему нет медицинских учреждений, где люди могут умереть достойно, в комфортных условиях и без боли. Поверьте, что, как бы ни развивалась медицина, люди не перестанут умирать и надобность в хосписах не пропадет.

В своем отношении к безнадежным больным очень важно руководствоваться такими этическими соображениями, как уважительное отношение к жизни больного, к его самостоятельности, к его достоинству.

Больные больше всего нуждается в достаточно многообразных формах паллиативной помощи. Последние годы данная проблема является наиболее актуальной в России. В настоящее время, достижения современной медицины позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и задуматься о качестве жизни больного. Если для излеченных больных качество жизни имеет определенное значение в их социальной реабилитации, то для инкурабельных - повышение качества жизни является основной и единственно выполнимой задачей оказания помощи этой тяжелой категории пациентов, тесно переплетаясь с качеством жизни и здоровых членов семьи, родственников, друзей, окружающих больного.

хоспис паллиативная помощь онкологический

Не всегда родственники тяжелобольного пациента могут оказать квалифицированный медицинский уход из-за нехватки опыта, знаний, времени.

Цель исследования: необходимость хосписов.

Задачи:

изучить специальную медицинскую литературу;

познакомить с историей возникновения паллиативной помощи;

изучить сущность, цели и задачи паллиативной помощи и хосписа;

показать принципы паллиативной помощи;

оценить уровень знаний о паллиативной помощи среди населения г. о. Тольятти;

изучить перспективы развития паллиативной помощи и хосписа в г. о. Тольятти;

# ***Глава 1. Паллиативная помощь***

# ***1.1 Паллиативная помощь***

# ***1.1.1 Понятие паллиативная медицина***

Паллиативная помощь - (palliative care) - активная и всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются, купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем.

Понятие "паллиативная" медицина происходит от латинского "pallium" и означает "покрывало, покров, покрытие". Иными словами, это защита и всестороння опека больного.

Характеристики паллиативной помощи:

• Признание невозможности излечения или сдерживания развития болезни в течение длительного времени;

• Акцент скорее на качестве, а не на продолжительности жизни больного;

• Устранение неприятных и тягостных симптомов с помощью лечения, главная и единственная цель которого - сделать жизнь пациента как можно комфортнее.

Терминальной стадией заболевания оно будет оцениваться по тому, достигнута главная цель паллиативной помощи: помочь больным, максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал, независимо от ограничений, обусловленных прогрессированием болезни. Для достижения этой цели ставятся следующие задачи:

• Облегчение боли и других тягостных симптомов;

• Психологический и духовный уход с тем, чтобы больные могли осознать и принять ситуацию, подготовиться к своей смерти настолько полно, насколько это возможно в их положении;

• Создание системы поддержки и условий, чтобы помочь больным жить в возможности активно и созидательно до самой смерти, обеспечивая им самостоятельность, самоуважение и личную неприкосновенность;

• Поддержка семьи с целью помочь ей справиться с болезнью родного человека и его смертью.

Паллиативная помощь осуществляется группой людей, которые работают как единое целое - одна команда. В её составе - врачи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, пациент и его близкие родственники, и друзья, священники, добровольные помощники - волонтеры.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (1992), в систему паллиативной помощи включены следующие компоненты:

• Амбулаторная и стационарная помощь;

• Помощь на дому;

• Консультативная служба;

• Поддержка родственников после смерти больного. [1]

# ***.1.2 Цели и задачи паллиативной помощи***

Паллиативное лечение начинается тогда, когда все другие виды лечения больше не являются эффективными, когда человек начинает говорить о смерти, когда начинают отказывать жизненно важные органы. Целью такого лечения является создание для пациента возможностей лучшего качества жизни. Оно должно быть направлено не только на удовлетворение физических потребностей пациента, но и на удовлетворение не менее важных - психологических, социальных и духовных. [2] Цели и задачи паллиативной помощи:

Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.

Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.

Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.

Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.

Решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека [2].

Паллиативное лечение будет эффективным:

• если удастся создавать и поддерживать для пациента комфортные и безопасные условия;

• если пациент максимально будет чувствовать свою независимость;

• если пациент не испытывает боли;

• если, несмотря на предстоящую потерю жизни, предоставленная пациенту система поддержки поможет ему жить настолько активно и творчески, насколько это для него возможно.

Родственники должны активно участвовать в паллиативном лечении своих близких. Для того чтобы обеспечить больному поддержку, следует дать ему возможность выразить свои чувства, даже если это будут чувства гнева, горя. Не нужно препятствовать проявлению отрицательных эмоций. Такт, выдержка, внимание, чуткость помогут родственникам в общении с пациентом.

Общаясь с пациентом, постарайтесь выделить время для того, чтобы он видел, что вы не торопитесь. Следует всегда учитывать, что, если ваш близкий человек неизлечимо болен, он сам иногда не чувствует страха и отчаяния, пока не увидит страх и отчаяние в глазах других. О своем диагнозе пациент может догадаться по вашим глазам, мимике, жестам, т.е. по языку тела. Не следует притворяться, бодриться, лгать, избегать прямого и честного разговора. Ложный оптимизм является разрушителем надежды. При этом совершенно не учитывается, что ориентация только на положительное в жизни подводит человека, расслабляет и обманывает, делает его неустойчивым в горе. Он не справляется с выпавшем на его долю несчастьем.

Пациент может следить за самыми незначительными изменениями и истолковывать их как признаки улучшения или ухудшения своего состояния. В любом случае, зная, что он обречен, следует бороться за качество жизни, а не за ее продолжительность. При этом следует соглашаться с такими решениями пациента, как отказ от еды и от посетителей или наоборот - желанием их видеть. Необходимо продолжать основной сестринский уход, направленный на выполнение гигиенических процедур, обеспечивающих чистоту кожи и профилактику пролежней. Рекомендуется применять и такие расслабляющие процедуры, как глубокое дыхание, растирание и массаж спины, конечностей. [2]

# ***.1.3 Основные принципы паллиативной помощи***

· любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь;

· активные лечебные мероприятия следует проводить лишь в том случае, если пациент этого хочет, если нет - лечение следует прекратить:

· доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания, местонахождении больного, его экономическом статусе;

· программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников;

· должны проводиться научные исследования с целью улучшения качества помощи;

· паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование;

· медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь, должны всегда уважать права пациентов, выполнять профессиональные обязательства и стандарты помощи и действовать только в интересах больного. [4]

Участие пациента в выборе подхода к терапии заболевания может быть полноценным только при его полной информированности о характере заболевания, известных методах лечения, предполагаемой эффективности и возможных осложнениях. Наиболее важно то, что пациент имеет право знать, как его болезнь и проводимое лечение повлияют на качество жизни (КЖ), даже если он неизлечимо болен, право решать, какое именно качество жизни он предпочитают и право определять баланс между продолжительностью и качеством своей жизни.

По решению больного право на выбор метода лечения может быть делегировано врачу. Обсуждение методов лечения бывает психологически непростым и для медицинских работников, предполагает наличие абсолютной терпимости и доброжелательности со стороны врачей и среднего медперсонала.

Ответственность за реализацию прав больного на сохранение человеческого достоинства и поддержку (медицинскую, психологическую, духовную и социальную) выходит за пределы компетенции врача и распространяется на многие институты общества. [4]

# ***1.2 История развития паллиативной помощи***

Слово "хоспис" имеет латинское происхождение. Латинское слово "hospes" первоначально означало "чужестранец", "гость". Но в позднеклассические времена значение его изменилось, и оно стало обозначать также хозяина, а слово "hospitalis", прилагательное от "hospes", означало "гостеприимный, дружелюбный к странникам". От этого слова произошло и другое - hospitium, означавшее дружеские, теплые отношения между хозяином и гостем, а впоследствии, и место, где эти отношения развивались. Эквивалент в древнееврейском языке имеет то же значение гостеприимства. В поздние времена латинское "hospes" трансформировалось в английское слово "hospice", которое по данным Большого англо-русского словаря (1989) означает "приют", "богадельня", "странноприимный дом".

Р. Поллетти отмечает, что хосписом называлась ночлежка или богадельня, где останавливались паломники на пути в Святую землю.

Обычно первые хосписы располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников. Они были своего рода домами призрения для уставших, истощенных или заболевших странников. Однако хосписы не отказывали в помощи и окрестным жителям.

Слово "хоспис", этимологически не связанное со смертью, в более поздние периоды получило ряд неожиданных значений, перекликающихся с целями и задачами сегодняшнего хосписа. Хотя большинство раннехристианских хосписов заботилось в большей мере о душевном покое своих гостей, в хосписах заботились и о теле заболевших, считали их паломниками на важном пути, пути духовного совершенствования. Конечно, первые хосписы не были созданы специально для ухода за умирающими, однако, без сомнения, их заболевшие гости были окружены заботой и вниманием до конца. [6]

Истоки современной паллиативной помощи и следует искать в первых домах сестринского ухода, богадельнях и домах приюта (Богоугодных заведениях для асоциальных лиц), которые возникали в средневековье при костёлах и монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих. Только христианская церковь брала на себя в те времена заботу об умирающих и безнадёжно больных людях, обеспечивая им социальную и духовную помощь силами сестёр милосердия.

Как и все богоугодные заведения того времени, первые специализированные богадельни и хосписы первоначально устраивались при больницах. Так, в Польше богадельни с давних времен существовали большей частью под названием "приходских госпиталей". Лишь в 1843 году, когда на основании указа 18 февраля (2 марта) 1842 г. проведено было систематическое и правильное разделение благотворительных заведений соответственно преследуемым ими различным целям, они были переименованы в "дома приюта для престарелых и немощных".

Во Франции и в настоящее время приюты для престарелых, немощных и увечных под наиболее распространённым названием хосписы составляют вместе с больницами общего ухода одно ведомство госпиталей.

В России первые упоминания о богадельнях относятся ко времени издания указа 1682 г. царя Фёдора Алексеевича об устройстве в Москве двух госпиталей по новым европейским обычаям, одной в Знаменском монастыре, в Китай-городе, а другой за Никитскими воротами на Гранатном дворе.

Таким образом, современная история хосписов тесно связана с христианской духовной культурой и сестринским уходом. [4]

В 1842 Жане Гарнье (Jeanne Garnier), молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе. Он назывался хоспис, а также "Голгофа". Еще несколько были открыты позже в других местах Франции. Некоторые из них действуют и сейчас, и, по крайней мере, один из этих хосписов участвует в подъеме движения паллиативного ухода в этой стране.

В 1879 г. Мэри Эйкенхед, основательница ордена сестер милосердия, открыла в Дублине (Ирландия) приют девы Марии, главной заботой которого была забота об умирающих.

В 1879 году ирландские Сестры Милосердия независимо от хосписов Жане Гарнье основали Хоспис Богоматери для умирающих в Дублине. Орден Матери Марии Айкенхэд был основан значительно раньше, еще в начале века, этот орден всегда заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими. К тому времени, когда орден открыл еще один хоспис - Святого Иосифа в лондонском Ист-Энде в 1905 году, в городе уже действовали, по меньшей мере, три протестантских хосписа. Они назывались: "Дом отдохновения" (открылся в 1885 году), "гостиница Божия", позднее "хоспис Святой Троицы" (открылся в 1891 году) и "дом святого Луки для бедных умирающих" (открылся в 1893 году). Последний, основанный Говардом Барретом и Методисткой миссией в Восточном Лондоне, публиковал подробные и живые Годичные отчеты. Доктор Баррет размещал там захватывающие истории об отдельных пациентах, их личности. Он писал очень мало о симптоматическом лечении, но живо описывал характер своих пациентов, их мужество перед лицом смерти. Он глубоко сочувствовал семьям умерших, оставшимся дома в такой нищете, которой не могла помочь ни одна социальная организация. [6]

Другим вкладом хосписа св. Луки в Хосписное движение и, таким образом, в целую отрасль паллиативной медицины, было установление режима регулярного приема морфина, наркотика, до сих пор применяющегося в медицине для снятия сильных болей. Регулярный (по требованию) режим выдачи обезболивающего был действительно огромным 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. Хоспис использовал для снятия боли так называемый "Бромптонский коктейль", состоящий из опиоидов, кокаина и алкоголя, используемый врачами Бромптонской больницы для пациентов с поздними стадиями туберкулеза. [9]

Сегодняшние принципы работы хосписов, создававшихся для облегчения страданий в основном раковых больных на поздних стадиях развития болезни.

С начала 1980-х годов идеи хосписного движения начинают распространяться по всему миру. С 1977 года в хосписе Святого Христофора начинает действовать Информационный центр, который пропагандирует идеологию хосписного движения, помогает только что созданным хосписам и группам добровольцев литературой и практическими рекомендациями по организации дневных стационаров и выездных служб. Регулярно проводимые конференции по хосписному уходу позволяют встречаться и обмениваться опытом врачам, медсестрам и добровольцам, представителям различных религий и культур. Очень часто именно на таких конференциях возникало решение создать хоспис в той или иной стране, как это было на шестой международной конференции, когда старшая медсестра клиники в Лагосе написала обращение к министру здравоохранения Нигерии с просьбой содействовать организации хосписа в Найроби.

В некоторых странах хосписное движение развивалось именно таким образом, в других же хосписы формировались на базе более традиционных медицинских учреждений. Как, например, в Индии, где по статистике из 900 миллионов населения, один из восьми человек заболевает раком, и 80 процентов обращается за лечением, когда уже слишком поздно. В 1980 году, на Первой международной конференции, посвященной хосписному уходу, выступал доктор де Суза, заведующий отделением крупной больницы в Бомбее. Он очень убедительно говорил о проблемах хосписного движения в развивающихся странах, о голоде и нищете, а также о физической боли. "Достаточно плохо само по себе быть старым и немощным. Но быть старым, больным на последней стадии рака, голодным и нищим, не иметь близких, которые бы позаботился о тебе, наверное - это верх человеческих страданий". Благодаря доктору де Суза в 1986 году в Бомбее открылся первый хоспис, а затем и еще один. Сестры из ордена Святого Креста, получившие специальное медицинское образование, взяли на себя заботу о пациентах. В ноябре 1991 года в Индии отмечалась 5-летняя годовщина основания первого хосписа, в честь, которой в Индии состоялась международная конференция "Поделимся опытом: Восток встречается с Западом".

В 1972 году в Польше, в одной из первых среди социалистических стран, появляется первый хоспис в Кракове. К концу восьмидесятых годов, когда была создана Клиника Паллиативной медицины при академии медицинских наук, паллиативный уход стал частью структур общественной службы здоровья. Сейчас в Польше существует около 50 хосписов, как светских, так и принадлежащих церкви. [6]

В России первый хоспис появился в 1990 году в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорза - английского журналиста и активного участника хосписного движения. Первым врачом Первого хосписа в России стал Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британское благотворительное общество "Хоспис" для оказания профессиональной поддержки российским хосписам.

В начале 90-х годов был создан Попечительский совет по созданию Хосписов в СССР, председателем которого стал академик Д.С. Лихачев. Хоспис на дому для детей с онкологическими заболеваниями был организован в Москве по инициативе сотрудника НИИ Детской онкологии и гематологии Е.И. Моисеенко в октябре 1993 г. как одно из направлений работы Детской секции Московского общества помощи онкологическим больным. Начали создаваться первые хосписы для взрослых пациентов в Москве, Санкт-Петербурге и других городах России. [10]

В 1992 году в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающая неизлечимо больным на дому. В 1997 году при финансовой и административной поддержке правительства Москвы, в центре города, на улице Доватора открывается новое здание для Первого Московского хосписа.

Идеи хосписного движения продолжают распространяться по всей России. Всего в России сейчас существует около 20 хосписов, в том числе и в Казани, в Ульяновске, в Ярославле и других городах. [6]

В США система организации хосписов чрезвычайно многообразна. Они различаются по объему обеспечиваемой помощи, структуре и организации, в том числе по источникам финансирования. [10]

# ***2.1.1 История развития паллиативной помощи в России***

Первый в Москве профильный хоспис для раковых больных был открыт 8 ноября 1903 года по инициативе онколога, профессора МГУ Л.Л. Левшина. В 1897 Левшин самостоятельно организовал сбор пожертвований у московских благотворителей. 12 февраля 1898 года он получил одобрение проекта на правлении МГУ. К этому моменту только Морозовы вложили в раковый фонд 150 000 рублей, поэтому даже в советские годы - до середины двадцатых годов - учреждение носило имя Морозовых. Построенный в 1903 году Р.И. Клейном четырёхэтажный корпус на Погодинской улице первоначально вмещал только 65 коек в одноместных и двухместных палатах. Стены и потолки палат и коридоров были выкрашены светлой масляной краской, а полы покрыты метлахской плиткой, что позволяло для поддержания чистоты два раза в неделю омывать полы и потолки водой под давлением 3,5 атмосферы из пожарных рукавов, присоединённых к специально устроенным кранам. Операционная с верхним дневным светом стерилизовалась паром. По техническому оснащению это было первоклассное для своего времени учреждение. Здесь уже в 1903 году испытывались препараты радия, полученные от Марии Склодовской-Кюри. Постепенно раковый институт на Погодинской превратился в полноценную лечебную и исследовательскую клинику, утратив в 1920-е гг. функцию хосписа - сегодня это Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена.

Первый российский хоспис в новейшее время был открыт в 1990 году при храме "Церковь Святого Петра" в Лахте, районе Санкт-Петербурга. В 1994 г. открылся Ульяновский областной хоспис. 6-го февраля 2013 г. начал работу первый детский хоспис в городе Воронеже. [7]

# ***2.2 Хоспис***

***Хоспис*** (от англ. hospice) - медицинское учреждение, в котором больные с прогнозируемым неблагоприятным исходом заболевания получают достойный уход и обслуживание. Пациенты хосписов окружены обычными "домашними" вещами, к ним открыт свободный доступ родственникам и друзьям. Медицинский персонал оказывает паллиативную медицинскую помощь: больные могут получать кислород, обезболивающие, зондовое питание и т.п. Минимум врачей и максимум среднего и младшего медицинского персонала. Основная цель пребывания в хосписе - скрасить последние дни жизни, облегчить страдания. Это гуманно и, кроме того, выгоднее экономически, чем лечить терминальных пациентов в условиях отделения интенсивной терапии. На постсоветском пространстве эта проблема не решена, так как всё равно требует значительных вложений, получения лицензии на работу с подлежащими контролю препаратами и т.п.

Слово "*хоспис"* пришло в английский язык из старофранцузского (*"hospice").* Там оно, в свою очередь, образовалось от латинских слов hospes и hospitium ("гостеприимство"). Этим термином с VI века н.э. обозначали места отдыха пилигримов. Из английского языка слово попало в другие европейские языки в XIX веке. [7]

# ***.2.1 Основные положения концепции хосписов***

• Хоспис оказывает помощь неизлечимым больным в последней стадии заболевания. На территории стран СНГ помощь в хосписах оказывается преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в последней стадии заболевания, подтверждённого медицинскими документами.

• Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписах.

• Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа ("хоспис на дому"). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.

• В хосписе может быть реализован принцип "открытости диагноза". Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально и только в случаях, когда на этом настаивает больной.

• Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.

• Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.

• Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций. [7]

# ***.2.2 Основные принципы деятельности хоспис***

• Услуги хосписа бесплатны. За смерть нельзя платить, как и за рождение.

• Хоспис - дом жизни, а не смерти.

• Контроль симптомов позволяет качественно улучшить жизнь больного.

• Смерть, как и рождение, - естественный процесс. Его нельзя торопить и тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.

• Хоспис - система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.

• Хоспис - школы и поддержка родственников и близких пациента.

• Хоспис - это мировоззрение гуманизма. [1]

# ***2.3 Перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным в России***

Перспективное развитие паллиативной помощи связано с необходимостью решения ряда проблем организационного, научного, медико-социального и экономического характера.

На первом этапе целесообразное использование существующего конечного фонда городских онкологических стационаров, что позволит в сжатые сроки и без больших финансовых затрат создать уже в настоящее время сеть отделений паллиативной помощи для улучшения качества жизни нуждающихся пациентов. На втором этапе, наряду с существующими отделениями паллиативной помощи, вести строительство хосписов. На третьем - (по мере введения в эксплуатацию хосписов) - расширить функции отделений паллиативной помощи до многопрофильных подразделений системы паллиативной медицины, в которых будут получать необходимую помощь пациенты с различными формами хронических заболеваний (неврологическими, эндокринологическими, пульмонологическими и др.) в терминальной стадии развития, т.е. больные, специализированное лечение которых уже исчерпало свои возможности и/или невозможно из-за тяжести общего соматического состояния пациента. В итоге созданная в России система паллиативной помощи онкологическим больным может быть использована как модель службы паллиативной медицины, основу которой представляют территориальные центры паллиативной медицины. [8]

# ***Глава 2. Исследовательская часть***

Анкетирование проводилось среди населения города Тольятти. В исследовании приняли участи 59 человек.

Для проведения анкетирования нами была разработана анкета, состоящая из 10 вопросов. (*Приложение №1*)

Таблица №1

Возрастная структура населения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| От 16 до 20 От 21 до 30 От 31 до 40 От 41 до 50 От 51 до 75 | 8 9 23 10 9 | 14% 15% 39% 17% 15% |



Приведенные в таблице №1 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (39%) приходится на возрастную группу от 31 до 40 лет.

Таблицы №2

Пол людей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| Женский | 44 | 75% |
| Мужской | 15 | 25% |



Приведенные в таблице №2 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (75%) приходится на женский пол.

Таблицы №3

Образование людей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| Среднее специальное | 26 | 44% |
| Медицинское | 3 | 5% |
| Высшее | 29 | 49% |
| Два высших | 1 | 2% |



Приведенные в таблице №3 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (49%) имеют высшее образование.

Таблицы №4

Знаете ли Вы, что включает в себя паллиативная помощь?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| Да | 36 | 61% |
| Нет | 23 | 39% |



Приведенные в таблице №4 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (61%) знают, что включает в себя паллиативная помощь.

Таблица №5

Владеете ли Вы навыками:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| a) постановки очистительной клизмы тяжелобольному пациенту | 5 | 8% |
| b) смены постельного белья тяжелобольному пациенту.  | 16 | 27% |
| c) профилактики пролежней.  | 2 | 3% |
| d) Не владею.  | 18 | 31% |
| Всеми владею | 18 | 31% |



Приведенные в таблице №5 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (31%) не владеют никакими навыками.

Приведенные в таблице №5 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (31%) владеют всеми навыками.

Таблицы №6

Перечислите современные средства по уходу за тяжелобольным пациентом.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| Знаю | 20 | 34% |
| Не знаю | 39 | 66% |



Приведенные в таблице №6 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (66%) не знают современные средства по уходу за тяжелобольным пациентом.

Таблица №7

Знаете ли Вы, как правильно подобрать размер подгузника тяжелобольному пациенту?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| Да | 22 | 37% |
| Нет | 20 | 34% |
| Посмотрю по интернету | 17 | 29% |
| Ваш вариант ответа | 0 | 0% |



Приведенные в таблице №7 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (37%) знают, как правильно подобрать размер подгузника тяжелобольному пациенту.

Таблица № 8

Для ухода за тяжелобольным родственником Вы предпримите следующие варианты:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| a) Что-нибудь придумаю, попрошу помощи у родственников | 24 | 41% |
| b) Уйду с работы | 3 | 5% |
| c) Сменю работу | 2 | 3% |
| d) Оплачу услугу по уходу за тяжелобольным пациентом | 16 | 27% |
| e) Возьму отпуск без сохранения заработной платы | 11 | 19% |
| f) Хоспис | 3 | 5% |



Приведенные в таблице №8 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (41%) что-нибудь придумают, попросят помощи у родственников для того, чтобы оказать уход за тяжелобольным родственником.

Таблица №9

Дадите ли Вы своё согласие на то, чтобы Ваш тяжелобольной родственник лечился в условиях стационара?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варианты ответа | Количество участников анкетирования | Проанкетировано в процентах |
| Да | 14 | 24% |
| Нет | 11 | 19% |
| Смотря по обстоятельствам | 34 | 57% |



Приведенные в таблице №9 данные показывают, что наибольший процент опрошенных нами людей (57%) дали своё согласие на то, чтобы их тяжелобольной родственник лечился в условиях стационара.

# ***Заключение***

В настоящее время паллиативная помощь имеет в своем арсенале целый ряд самостоятельных методов, позволяющих улучшать качество жизни пациентов: обезболивание, коррекция психоэмоционального статуса, детоксикация, паллиативные инструментальные и хирургические вмешательства с использованием по показаниям физических факторов воздействия. В то же время активно продолжаются исследования в области совершенствования уже известных и разработки новых эффективных и безопасных методологических подходов к оказанию помощи онкологическим больным IV клинической группы.

Научные изыскания ведутся в следующих направлениях:

изучается состояние специализированной помощи неизлечимым онкологическим больным по данным эпидемиологических исследований в регионах РФ;

создается экономическое обоснование для развития службы паллиативной помощи в России;

разрабатывается комплекс клинических методов, повышающих качество жизни онкологических больных с различными формами распространения опухолей (например, с метастатическим поражением опорно-двигательного аппарата, асцитом, гидротораксом и др.);

разрабатываются эффективные и безопасные методы коррекции гомеостаза, повышающие качество жизни пациентов и определяются показания и противопоказания к их применению у неизлечимых онкологических больных;

определяется место паллиативных хирургических вмешательств с применением физических методов воздействия на опухоль в комплексе лечебных мероприятий, повышающих качество жизни больных с распространенными опухолями гортаноглотки, трахеи и пищевода;

разрабатываются методы пролонгированного обезболивания, включая использование различных инвазивных путей введения анальгетиков;

создается автоматизированная история болезни для внедрения в клиническую практику.

# ***Список литературы***

1. Захарчук А.Г. Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестёр. - СПб.: "Издательство "Диля", 2012.

2. Лапотников В.А., Петров В.Н. Сестринское дело, 2011.

3. <http://palliativ.ru/palliative-care.html>

. http://ru. wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D1%8C <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D1%8C>

5. http://rak. gippokrat. by/catalog/materialy/palliativnaya-medicina/palliativnaya-pomosch.html <http://rak.gippokrat.by/catalog/materialy/palliativnaya-medicina/palliativnaya-pomosch.html>

. <http://oncoportal.net/stati/palliativnaya-pomosch-i-palliativnaya-meditsina.html>

. http://www.hospice.ru/? /nid=30&item=34 <http://www.hospice.ru/?/nid=30&item=34>

. http://ru. wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%81 <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%81>

. http://www.rosoncoweb.ru/library/congress/ru/04/40. php <http://www.rosoncoweb.ru/library/congress/ru/04/40.php>

. <http://www.d-fond.ru/hospis/history.html>

. http://vsem-mirom. narod.ru/consult/hosp. htm <http://vsem-mirom.narod.ru/consult/hosp.htm>

# ***Приложения***

***Приложение №1***

Анкета

. Ваш возраст:

) От 16 до 20 лет;

2) От 21 до 30 лет;

) От 31 до 40 лет;

) От 41 до 50 лет;

) От 51 до 75 лет.

2. Ваш пол:

) Женский;

2) Мужской.

3. Ваше образование:

) Среднее специальное;

2) Медицинское образование;

) Высшее образование;

) Два высших образования.

4. Знаете ли Вы, что включает в себя паллиативная помощь?

) Да;

2) Нет.

5. Знаете ли Вы такое медицинское учреждение, как хоспис?

) Да;

2) Нет.

6. Владеете ли Вы навыками:

) постановки очистительной клизмы тяжелобольному пациенту.

) смены постельного белья тяжелобольному пациенту.

) профилактики пролежней.

) Не владею.

. Перечислите современные средства (компании-производители) по уходу за тяжелобольным пациентом:

) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Знаете ли Вы, как правильно подобрать размер подгузника тяжелобольному пациенту?

) Да;

2) Нет;

) Посмотрю по интернету;

) Ваш вариант ответа.

9. Для ухода за тяжелобольным родственником Вы предпримите следующие варианты:) Что-нибудь придумаю, попрошу помощи у родственников;

b) Уйду с работы;) Сменю работу;) Оплачу услугу по уходу за тяжелобольным пациентом;) Возьму отпуск без сохранения заработной платы;) Хоспис.

10. Дадите ли Вы своё согласие на то, чтобы Ваш тяжелобольной родственник лечился в условиях стационара?

) Да;

2) Нет;

) Смотря по обстоятельствам.