



ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԱՍՈՑԻԱՑԻԱ



ԲԱՑ ՀԱՄԱՐԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԴՐԱՄԵՐ-ՀԱՅԱՍՏԱՆ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ (ԱՄՈՔԻՉ) ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ուսումնական նյութեր

Միջոցորտային բազմամասնագիտական թիմի համար

(մանկաբույժներ, ընտանեկան բժիշկներ, մանկական վերականգնողաբաններ,
մանկական օնկոլոգներ, մանկական ինտենսիվ թերապիայի բժիշկներ,
թերապիստներ, մանկական և վերականգնողական բուժքույրեր, կլինիկական
հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողներ)

ԵՐԵՎԱՆ 2017

Հեղինակային խումբ՝

Նարինե Մովսիսյան

Անուշ Սարգսյան

Գայանե Զաքարյան

Տաթևիկ Առաքելյան

Ալիսա Քամալյան

Մերգեյ Սարգսյան

Եվա Մովսեսյան

Մանուշակ Երիցյան

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐԸ, ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԼԵՐԸ, ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԽՄԲԵՐԸ, ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ԳՈՐԾԱՌՈՒՅԹՆԵՐԸ ԵՎ ՄՈԴԵԼՆԵՐԸ

ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

ՍՏԱՄՈՔՍ-ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՏՐԱԿՏԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐ

ՑԱՎԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՐԿԵԼԱԽՈՅԵՐԻ, ՔԱՅՔԱՅՎՈՂ ԱՐՏԱՔԻՆ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԵՎ ՄԱՇԿԻ ՔՈՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽԱՄՔԻ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ

ԷԹԻԿԱՅԻ ԵՎ ԴԵՈՆԹՈԼՈԳԻԱՅԻՆ ՀԱՐՑԵՐԸ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽԱՄՔԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽԱՄՔԻ ԵՆԹԱՏԵՔՍՈՒՄ

ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ ԵՎ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽԱՄՔՈՒՄ

ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻՆ

ԿՅԱՆՔԻ ԱՎԱՐՏԻ ԽԱՄՔ

ԿՈՐՄՏԻ ԵՎ ՎՇՏԻ ՀԵՏ ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽԱՄՔՈՒՄ

ՀՈՒՋԱԿԱՆ ԱՅՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ: ԻՆՔՆԱԽԱՄՔ ԵՎ ՍԹՐԵՍԻ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ՍՏՐԱՏԵԳԻԱՆԵՐ

ԽԱՂԻ ԴԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽԱՄՔՈՒՄ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ԿԱԹՎԱԾՈՎ (ՄՈՒԿ) ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԽԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ԽՆԴԻՐՆԵՐ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՊՔԵՐ

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

Ներածություն

Մանկական պալիատիվ օգնությունը հարաբերականորեն նոր և հատուկ ուղղություն է բժշկագիտության մեջ, որը հիմնված է այլ բուժական հիմունքների, մոտեցումների և փիլիսոփայության վրա: Մանկական պալիատիվ օգնությունն իրենից ներկայացնում է առանձնահատուկ ոլորտ, չնայած որ սերտ կապակցված է մեծահասակների պալիատիվ խնամքի հետ: Հիմքում ընկած է հոլիստիկ մոտեցումը, ինչ է՝ անբուժելի հիվանդության արդյունքում կյանքի կարճատև տևողություն ունեցող հիվանդ երեխայի ախտանիշների (ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական, հոգևոր) բազմակողմանի դիտարկումը և ամոքումը: Ուշադրության կենտրոնում է նաև երեխայի ընտանիքը: ՄՊՕ իրականացման արդյունավետությունը անմիջականորեն կապված է բազմազան ոլորտների հետ՝ բժշկական, հոգեբանասոցիալական և հոգևոր: Սակայն յուրաքանչյուրն ունի ներգրավվածության տարբեր աստիճան՝ կախված երեխայի հիվանդությունից, ախտանիշներից, նրա և ընտանիքի անդամների կարիքներից:

Այժմ Հիվանդությունների Միջազգային դասակարգմամբ հաշվառվում է մոտ 574 ախտորոշում (ՀՄԴ 10), որոնք երեխաների պալիատիվ օգնության տեսանկյունից համարվում են կյանքը սահմանափակող հիվանդություններ, ընդ որում օնկոլոգիական հիվանդությունները կազմում են 10-20%:

Առաջին ժամանակակից հոսփիսը բացվել է 1967թ. Լոնդոնում տիկին Մեսիլյա Սանդերսի կողմից, որպես հոսփիսային շարժման արդյունք, իսկ առաջին մանկական հոսփիսը բացվել է քույր Ֆրանսիս Դոմինիկայի կողմից Օքսֆորդում (Անգլիա) և անվանվել է «Հելեն հաուզ»-ի հիշատակ գլխուղեղի ուռուցք ունեցող երկամյա Հելենի: 1983թ-ին ԱՄՆ-ում սկսեց գործել մանկական հոսփիս«Children`s hospice international»: Վերջինիս ֆինանսավորմամբ անց է կացվել մանկական պալիատիվ խնամքին վերաբերվող առաջին կոնգրեսը, որն այժմ դարձել է տարեկան միջոցառում: 1985թ-ին Նյու-Յորքում Սրբ. Մերիի հիվանդանոցի բազայի վրա ստեղծվել է երեխաների պալիատիվ խնամքի առաջին ծառայությունը: 1986թ-ին նմանատիպ ծառայություն ստեղծվել է Լոնդոնում «Great Ormond street hospital»-ի բազայի վրա: 1988թ-ին քույր Ֆրանսիս Դոմինիկյան և պրոֆեսոր Դավիդ Բաումը ստեղծեցին երեխաների ՊԽ-ի ասոցիացիան Մեծ Բրիտանիայում, որպես ազգային ցանց և տեղեկատվական կենտրոն: 1994թ-ին Վարշավայում(Լեհաստան), բացվեց առաջին մանկական հոսփիսը, օրեր անց, նաև՝ Մինսկում (Բելառուսիա) Ա.Գ.Գորչակովայի կողմից: Հայաստանում 2015թ-ին կատարվել է տարածաշրջանի կարիքների գնահատում, որի արդյունքում հայտնաբերվել են պալիատիվ օգնության կարիք ունեցող մոտավորապես 3300 երեխաներ տարբեր ախտորոշումներով: Իհարկե, այսօրվա դրությամբ առկա են որոշակի ծառայություններ, որոնք սակայն իրենց ժամանակավոր և տեղային բնույթով չեն կարող ծածկել ամբողջ կարիքները:

Ներկայումս 35 երկրում մանկական պալիատիվ օգնությունը գտնվում է բարձր մակարդակի վրա և ընդգրկված է առողջապահական համակարգում, 80 երկրներում պալիատիվ խնամքը տեղային բնույթ է կրում, 41 երկրում իրական քայլեր են արվում պալիատիվ խնամքի ներդրման և զարգացման ուղղությամբ, իսկ 78 երկրում ՊԽ ընդհանրապես չի իրականացվում:

1998թ Առողջապահության Համաշխարհային կազմակերպությունը՝ ԱՀԿ բնորոշել է մանկական պալիատիվ օգնության կազմակերպումը որպես բժշկասոցիալական օգնություն երեխաներին և կարևորել այդ ուղղության զարգացումը ամբողջ աշխարհում: 2005թ-ից սկսել է գործել Մանկական պալիատիվ օգնության միջազգային ցանցը (ICPCN), որը ամբողջ աշխարհում մանկական պալիատիվ խնամքի իրականացման համար միավորել է բժշկական և հարբժշկական մասնագետներին: 2011թ-ին Մեծ Բրիտանիայում Մանկական հոսփիսների ասոցիացիայի հետ համատեղ ստեղծվել է նոր կազմակերպություն՝ «Together for short life»:

Ըստ ԱՀԿ 2002 ձևակերպման ՄՊՕ-ը՝ ակտիվ համակցված օգնություն է երեխայի մարմնին, գիտակցությանը և հոգուն՝ ներգրավելով նաև նրա ընտանիքը: Այն սկսվում է ախտորոշման պահից և շարունակական բնույթ է կրում՝ անկախ այն հանգամանքից, թե ստանում է երեխան բուժում հիմնական հիվանդության կապակցությամբ, թե՛ ոչ:

«Together for short life»-ը բնորոշում է ՄՊՕ, որպես ակտիվ, բազմակողմանի օգնություն՝ սկսած ախտորոշման պահից մինչև երեխայի մահը և սգո շրջանը: Այն ընդգրկում է ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգևոր բաղադրիչները՝ հիմնականում նպատակ դնելով երեխայի/դեռահասի կյանքի որակի բարձրացման և նրա ընտանիքի աջակցման գործընթացների վրա: Օգնությունը ներառում է ցավային և այլ անհանգստացնող ախտանիշների թեթևացում, ընտանիքի անդամների հանգստի շրջանի ապահովում, երեխայի կյանքից արժանավայել հեռանալը և աջակցությունը ընտանիքին սգո փուլում:

Պալիատիվ օգնություն իրականացնելու համար պետք է հաշվի առնել.

- Հիվանդության ընթացքը և նրա ազդեցությունը երեխայի առօրյա ակտիվության վրա
 - Հիվանդության բուժման սպասվելիք արդյունքը և բուժման ծանրությունը
 - Ախտանիշների արտահայտվածության աստիճանը
 - Երեխայի և/կամ ծնողների նախընտրությունը և նրանց խնդիրները
 - Երեխայի կյանքի սպասվելիք տևողությունը
- Պալիատիվ օգնությունն ըստ իրականացման վայրի բաժանում ենք 2 հիմնական մեծ խմբի՝
1. պալիատիվ օգնություն տանը
 2. ՊՕ հիվանդասենյակում, որը կարող է իրականացվել հոսփիսում, ստացիոնար պայմաններում, մանկատանը, տուն ինտերնատում:
- Իհարկե, երեխաների համար նախընտրելի է ՊՕ-ը տան պայմաններում:

ՊՕ իրականացման հիմնական ձևերն են.

- ՊՕ ստացիոնար պայմաններում՝ հոսփիս, ՊԽ-ի բաժանմունք
- ՊՕ ցերեկային ստացիոնարի պայմաններում
- ՊՕ տան պայմաններում
- Շտապ պալիատիվ օգնություն
- ՊՕ ժամանակավոր կացության կենտրոնում
- Հանգստի օրվա ՊՕ

Պալիատիվ օգնության կազմակերպման առանձնահատկությունները տարբեր տարիքային խմբերում

Կյանքը սահմանափակող հիվանդություններ ունեցող երեխաների պալիատիվ օգնության էտապները (Together for Short Lives, 2011):

1	Կարևոր տեղեկության քննարկում	Յուրաքանչյուր ընտանիքին պետք է տրամադրել տեղեկատվություն իրենց երեխայի/ նորածնի հիվանդության ընթացքի մասին, նրանց հետ քննարկել առանձին, լինել հարգանքով, ազնիվ, խոսել մատչելի և ծնողներին հասկանալի լեզվով:
2	Տուն տեղափոխման պլանավորում	Երեխան/ նորածինը և ընտանիքը ստացիոնարից տուն տեղափոխվելու համար պետք է ունենան համաձայնեցված/համակարգված գործընթաց, որը կազմվում է ստացիոնարի բժշկի, պալիատիվ օգնության խմբի, սոցիալական ծառայության և ծնողների հետ: Ընտանիքին պետք է ապահովել համապատասխան սարքավորումներով և նյութերով:
3	Ընտանիքի ամբողջական կարիքների գնահատում	Եթե երեխայի/նորածնի մոտ, ախտորոշվել է կյանքը սահմանափակող հիվանդություն, հնարավորինս շուտ պետք է գնահատել ընտանիքի բժշկական և սոցիալական կարիքները և կրկնել այդ գնահատումը որոշակի ժամանակահատվածում:
4	Բազմամասնագիտական թիմի միջոցով պալիատիվ օգնության կազմակերպման պլանավորում	Յուրաքանչյուր երեխա/նորածին և ընտանիք պետք է ունենան պալիատիվ օգնության համատեղ մշակված գործընթաց: Ընտանիքի հետ միասին ընտրվում է մասնագետ, որը պատասխանատու է թիմի մյուս անդամների աշխատանքների կազմակերպման համար:
5	Օգնություն կյանքի վերջին փուլում	Յուրաքանչյուր ընտանիքին պետք է օգնել և կազմել գործողությունների պլան երեխայի կյանքի վերջին ժամանակահատվածում և աջակցել նրանց այդ փուլում:

Դեռահասների պալիատիվ օգնության կազմակերպման առանձնահատկությունները և տեղափոխումը մեծահասակների ծառայություն (Together for Short Lives, 2011):

1	Կարևոր տեղեկության քննարկում	Դեռահասը և ընտանիքի անդամները պետք է ստանան տեղեկություն հիմնական հիվանդության, նաև նոր առաջացած ախտորոշման ընթացքի մասին: Նրանց հետ քննարկել առանձին, լինել հարգանքով, ազնիվ, խոսել մատչելի , ծնողներին և դեռահասին հասկանալի լեզվով:
2	Դեռահասության տարիք	Յուրաքանչյուր դեռահասի համար պետք է անհատապես որոշել մեծահասակների ՊՕ տեղափոխման հարցը, դա կախված է նրա զարգացման աստիճանից: Տեղափոխումը անակնկալ չպետք է լինի դեռահասի համար, անհրաժեշտ է նախապես պատրաստել նրան և ընտանիքին
3	Ակտիվ	Յուրաքանչյուր դեռահաս իրավունք ունի ակտիվ մասնակցելու

	պլանավորում	իր ապագային վերաբերող որոշումներին
4	Ընթացիկ պլանավորում	Տեղափոխման գործընթացին մասնակցում են մանկական և մեծահասակների ՊՕ թիմերը: Հիմնվելով կարիքների վրա՝ կազմվում է գործողությունների հստակ պլան
5	Հսկողություն մեծահասակների ՊՕ մասնագետների կողմից	Յուրաքանչյուր երիտասարդ պետք է շարունակի ստանալ լիարժեք ՊՕ մեծահասակների ծառայություն տեղափոխվելուց հետո
6	Օգնություն կյանքի վերջին փուլում	Ճիշտ գնահատել այն պահը, երբ անխուսափելի է մահը, հասկանալ, թե ի՞նչ օգնության կարիք ունի ընտանիքը և երիտասարդը, կազմել գործողությունների պլան կյանքի վերջին փուլում: Քննարկմանը պետք է մասնակցի երիտասարդը, ընտանիքը:

Երեխայի համար տնային պալիատիվ օգնության իրականացման հիմնական պայմանները.

- Համապատասխան ընտանեկան պայմաններ՝ տարածք երեխայի համար, որտեղ հնարավոր է անհրաժեշտ սարքավորումներ տեղադրել, պետք է լինի հնարավորություն և ցանկություն ծնողների/խնամատարների կողմից իրականացնելու երեխայի խնամքը և անցնելու դասընթացներ խնամքի, սարքավորումների կիրառման վերաբերյալ: Լավագույն դեպքում պետք է կրթվեն խնամողներից առնվազն 2 հոգի:

- Կրթված բուժանձնակազմ, որը կարող է իրականացնել տնային պալիատիվ օգնություն օրը 24 ժամ շաբաթական 7 օր:

- Անհրաժեշտ բժշկական սարքավորումներով, նյութերով ապահովում երեխային և ընտանիքին:
- Պիս թիմի անդամներից մեկը պետք է պատասխանատու լինի և կոորդինացնի երեխայի խնամքի հետ կապված բոլոր այն գործողությունները, որոնք պահանջում են բարձր տեխնոլոգիաներ:

Ոչ օնկոլոգիական հիվանդություններ ունեցող երեխաների պալիատիվ օգնության մատուցման ժամանակ շատ կարևոր է ընտանիքի անդամների սոցիալական հանգստի կազմակերպումը, որի գլխավոր նպատակն է մեղմացնել ծնողների, խնամակալների ֆիզիկական, հոգեհուզական ծանրաբեռնվածությունը: Քրոնիկ սթրեսը բերում է խնամքի կազմակերպման որակի իջեցման, ինչպես նաև ընտանիքում միջանձնային հարաբերությունների քայքայման: Սոցիալական հանգստի շրջանը հնարավորություն է տալիս ծնողներին հանգստանալու և միասին լինելու, իսկ երեխան այդ ընթացքում կարող է ստանալ համալիր խնամք:

Մանկական պալիատիվ խնամքի դրույթները

Հասանելիություն և մատչելիություն

Ախտանիշների առավելագույն կառավարում

Բազմամասնագիտական թիմ

Ընտանիքի՝ որպես թիմի կարևոր անդամի, ներգրավում

Անհատական մոտեցում

Մշտականություն և գործողությունների համակարգում

Հաջորդականություն

Իրավականություն

Մանկական և մեծահասակների պալիատիվ խնամքի տարբերությունը:

Երեխաները յուրահատուկ են և չեն հանդիսանում փոքրիկ մեծահասակներ: Մանկական և մեծահասակների պալիատիվ օգնության նմանություններից բացի, կան մի շարք տարբերություններ, որոնք պետք է հաշվի առնել երեխաների և նրա ծնողների/խնամակալների հետ շփման ժամանակ:

Հիվանդների քանակը` ՊԽ-ի կարիք ունեցող երեխաների քանակն ավելի քիչ է, քան մեծահասակներինը

**Հիվանդությունների տեսակը`** օնկոլոգիական հիվանդություններով երեխաների թվաքանակը ավելի քիչ է` ընդամենը 10-20%, մեծահասակների 90%-ի համեմատ: Երեխաների մոտ հանդիպում են բազմաթիվ ոչ օնկոլոգիական հիվանդություններ, և ավելի հաճախ` հազվադեպ հանդիպող ժառանգականությամբ` յուրահատուկ միայն մանկական հասակին: Մի ընտանիքում կարող են հանդիպել գենետիկ հիվանդություններով մի քանի երեխաներ:

Հիվանդության և ախտանիշների անորոշ ընթացքը` երեխաների մոտ հիվանդության ընթացքը կարող է տևել մի քանի օրից մինչև մի քանի տարի, ալիքաձև և անկանխատեսելի ընթացքով: Բարդ է գնահատել այն պահը, թե երբ է անհրաժեշտ երեխային վերցնել պալիատիվ խնամք իրականացնող թիմի հսկողության տակ, ինչն էլ հանդիսանում է հիմնական արգելքը ժամանակին հստակ/ճիշտ որոշում կայացնելու համար:

Երեխայի ֆիզիկական, հոգեհուզական զարգացումը

Երեխաների մշտապես ընթացող ֆիզիկական և հոգեբանական զարգացումը պահանջում է մոտեցումների շարունակական հարմարեցում և փոփոխություն: Անհրաժեշտ է պարբերաբար կատարել երեխայի և ընտանիքի անդամների կարիքների գնահատում: Մանկական պալիատիվ խնամքի թիմի մասնագետները կարող են գործ ունենալ այն երեխաների հետ, որոնք ծանր հիվանդության հետ մեկտեղ ունեն նորմալ ֆիզիկական, հոգեցողիական զարգացում, ինչպես նաև` այն երեխաների հետ, որոնք ունեն ծանր ֆիզիկական և մտավոր խնդիրներ: Ֆիզիկական փոփոխությունները, սոցիալական կյանքի, կրթության ընդհատումները ազդում են երեխաների և դեռահասների սոցալիզացիայի, կրթության, ինքնագնահատականի վրա:

Դեղամիջոցները

Գրեթե չկան համապատասխան դեղամիջոցներ, դեղաձևեր և դեղաչափեր երեխաների համար, հատկապես փոքր երեխաների և նորածինների, քանի որ դեղամիջոցները փորձարկվում են մեծահասակների համար: Դեղերի ֆարմակոկինետիկան և ֆարմակոդինամիկան այլ է երեխաների համար:

Հոգեբանական հարցեր

Երեխաների հետ շփումն ավելի դժվար է և պահանջում է այլ մոտեցումներ: Հաճախ խոսքով անհնարին է/ դժվար է լիարժեք ներկայացնել խնդիրները: Երեխաների կողմից մահվան, մահանալու ընկալումը տարբերվում է մեծահասակների ընկալումից և փոփոխվում է երեխայի տարիքից կախված:

Ընտանիքի դերը

Երեխաների համար ընտանիքի դերը ավելի կարևոր է: Ծնողները/ընտանիքի անդամները/ խնամակալները ակտիվ մասնակցում են խնամքի գործընթացում և հիմնականում իրենք են որոշումներ կայացնողը երեխաների հետ կատարվելիք գործողությունների հարցում:

Երեխայի կորուստը

Զարգացած երկրներում մանկական մահացությունը ցածր է: Դա է պատճառը, որ բուժաշխատողները, հասարակությունը միշտ չէ որ պատրաստ են ցուցաբերելու մասնագիտական օգնություն երեխայի կորուստը սգացող ընտանիքին: Ընտանիքը կարող է մեկուսանալ հասարակությունից և ծանր տանել երեխայի կորուստը:

Խաղ և կրթություն

Շատ կարևոր է ապահովել երեխայի կրթվելու հնարավորությունը, ստեղծել պայմաններ, որպեսզի երեխան կարողանա խաղալ և հնարավորինս զարգանա, անկախ նրա գտնվելու վայրից և ախտորոշումից:

Արդյո՞ք կա մանկական պալիատիվ օգնության անհրաժեշտությունը

Չկան հստակ տվյալներ պալիատիվ օգնության կարիք ունեցող երեխաների վերաբերյալ: Տարեց տարի ավելանում են պալիատիվ օգնության կարիք ունեցող հաշմանդամ երեխաների թվաքանակը, ինչը պայմանավորված է մանկական մահացության իջեցումով, անհաս երեխաների, օնկոլոգիական և ժառանգական հիվանդություններ ունեցող երեխաների ապրելիության բարձրացումով: Ավելանում են նաև խնամքի համար կիրառվող սարքավորումների քանակը և արժեքը (ինվազիվ և ոչ ինվազիվ արհեստական շնչառության սարքավորումներ, տրախեոտոմա, գաստրոտոմա, էնտերալ սնուցման զոնդեր և հատուկ սնունդ): Մյուս գործոնը պայմանավորված է պալիատիվ օգնության կարիք ունեցող երեխաների ստացիոնար պայմաններում, վերակենդանացման բաժանմունքներում նրանց մահճակալ/օրերի թվի կրճատումով, որը թույլ կտա նվազեցնել առողջապահական ծախսերը և բարելավել անբուժելի հիվանդ երեխայի և նրա ընտանիքի անդամների կյանքի որակը: Ըստ Մեծ Բրիտանիայում կատարված հետազոտության տվյալների կյանքը սահմանափակող հիվանդություններ ունեցող երեխաների թվաքանակը ավելացել է `1997թ. 0-19տ. 10:10.000 դարձել է 2007թ-ին 15-16:10.000 (ըստ մանկական ազգաբնակչության թվաքանակի): Վերջին հետազոտությունները կատարվել են Մանկական Հոսփիսների Ասոցիացիայի կողմից, հիմնվելով այն երեխաների թվաքանակի վրա, որոնք հսկվել են մանկական հոսփիսներում և մահացել են մանկական հոսփիսում: Հաշվի է առնվել նաև պալիատիվ խնամքի կարիք ունեցող հիվանդ երեխաների մահացությունը ըստ ՀՄԴ ցանկի (ՀՄԴ 10): Մոտավորապես 7-20 մլն երեխա, այսինքն 10-20:10.000 ունեն կյանքը սահմանափակող հիվանդություններ, որոշ երկրներում այդ հասնում է մինչև 150-180:10.000 մանկական բնակչության հարաբերությամբ: Համաձայն կատարված հետազոտությունների մանկական մահացության 50 բաժին է ընկնում է մինչև 1 տարեկան հասակը, որից 2/3-ը համընկնում է նեոնատալ շրջանի հետ: Անհատությունը, բնածին արատները, քրոմոսոմային հիվանդությունները հիմնական պատճառներն են մանկական մահացության: Ավելի մեծ տարիքի երեխաների մահվան պատճառն արտաքին գործոններն են, օրինակ` տրավմաներ կամ քրոնիկ հիվանդություններ, օնկոլոգիական հիվանդություններ, մուկովիսցիդոզ, նյարդադեգեներատիվ հիվանդություններ:

Պալիատիվ օգնության մատուցման փուլերը

1փուլ. պալիատիվ օգնության նախնական փուլն է, որը համապատասխանում է այն ժամանակի հետ, երբ ակնհայտ է դառնում, որ բուժումը այլևս արդյունավետ չէ, երեխայի վիճակը աստիճանաբար վատթարանում է: Այս փուլում տեղի է ունենում բուժող բժշկի և պալիատիվ օգնության ներկայացուցչի առաջին շփումը:

2 փուլ. պալիատիվ օգնության սկիզբը: Այս էտապում պալիատիվ խնամքի թիմը սկսում է շփումը երեխայի/ընտանիքի անդամների հետ, որպեսզի մանրամասն բացատրի, թե ինչ է նշանակում պալիատիվ օգնություն և մշակի անհատական խնամքի պլան:

3 փուլ. ՊԽ պահպանողական փուլը, երբ թիմը փորձում է պահպանել երեխայի կայուն վիճակը և շրջապատել նրան հոգատարությամբ և ուշադրությամբ նաև հարազատների և բարեկամների կողմից:

4 փուլ. պալիատիվ օգնություն կյանքի վերջին փուլն է: Այս փուլում երեխան ընդունում է միայն որոշակի մարդկանց, այս ընթացքում անհրաժեշտ է հստակ կառավարել ախտանիշները:

5 փուլ. սգո փուլ, այս փուլին պետք է նախապես պատրաստել ծնողներին:

Կարևոր է ժամանակին կողմնորոշվել և հասկանալ, որ երեխան կարիք ունի պալիատիվ օգնության, ինչը թույլ կտա.

- գերծ պահել երեխային ավելորդ բժշկական միջամտություններից, որոնք միայն ավելացնելու են նրա տառապանքը
- ընտանիքին/ երեխային տալ հնարավորություն տեղեկացված լինելու, նաև ընդունելու որոշումներ բուժման, խնամքի վերաբերյալ
- ընտանիքին/երեխային տալ հնարավորություն պլանավորել կյանքի մնացած մասը
- հիվանդ երեխան պետք է զգա, որ իր կյանքը ունեցել է իմաստ, որ մտերիմներն իրեն սիրում են և միշտ կհիշեն

Աղյուսակում ներկայացված է «հիվանդություն» և «մահ» հասկացությունների ընկալումը տարբեր տարիքային խմբերում

Ընթացք	Բնութագիր	Հիվանդության հասկացություն	Մահվան հասկացություն	Օգնության ձևերը
Զգայաշարժական 0-2 տարեկան	Արտաքին աշխարհի հետ կա զգայական և շարժական կապ Խոսքը սահմանափակ է	Չկա	Չկա	Առավելագույն ֆիզիկական հարմարավետություն և Հասարակական ֆիզիկական շփում Ծանոթ դեմքեր և իրեր, խաղալիքներ Հետևողականություն
2-6 տարեկան	Զարգանում է խոսքը Էգոցենտրիկ մտածողություն, այլ կարծիք ընդունելու դժվարություն, սովորում է ներկայացնել առարկաները	Հիվանդությունը կարող է ընկալվել որպես արտաքին պատճառից առաջացող բան, որը համընկել է հիվանդության սկզբի հետ: Չի	Հավատում է, որ մահը երազի նման ժամանակավոր և դառնալի է, կարելի է մտովի առաջացնել	Նվազագույնի հասցնել բաժանումը ծնողներից: Գնահատել մեղքի զգացողության չափը: Հստակեցնել մահ և մահանալ ձևակերպումները

	խոսքով և պատկերացումով, մասնակցում է սիմվոլիկ խաղերում	կարող բացատրել, թե ինչպես առաջացավ հիվանդությունը		
6 -12 տարեկան	Տրամաբանական մտածողություն առարկաների և իրադարձությունների վերաբերյալ: Կարող է տեսնել իր և մյուսների տարբերությունը, ներքին և արտաքին երևույթները	Հիվանդությունը ընկալվում է որպես իր կամ անձ, որոնք կարող են տրավմա առաջացնել: Ավելի ուշ հասկանում է, որ հիվանդությունը սկսվում է ներսից, բայց արտաքին ազդակից է առաջանում	Կարող է հասկանալ, որ քիչ ժամանակ է մնացել, բայց լիարժեք չի հասկանում, որ մահը անդառնալի է	Գնահատել թողնված լինելու վախը: Ազնվություն: Իրավիճակը հսկելու ցանկության աջակցում: Շփում ընկերների հետ: Թույլ տալ մասնակցելու որոշումների ընդունման ընթացքում:
12 տարեկան ից բարձր	Կարող է տրամաբանել աբստրակտ/վերացական բաներից և հիփոթեզ կազմել: Մտածում է ապագայի, բարոյական խնդիրների մասին, սեփական մարմնի ընդունումը և ինքնահարգանքը առաջին տեղում է	Սկսում է հասկանալ ֆիզիոլոգիական և հոգեբանական ախտանիշների տարբերությունը: Կարող է հասկանալ, թե ինչպես մտքերը և զգացմունքները ազդում են օրգանիզմի և նրա ֆունկցիայի/գործունեության վրա	Հասկանում է, որ մահը անդառնալի է: Կարող է կենտրոնանալ ապագայի և կյանքի սահմանափակ տևողության վրա: Հետազոտում է մահվան հոգևոր բացատրությունը	Օգնել դրսևորելու զգացմունքները, հարգանքը իր անձի նկատմամբ: Առանձնանալու և անկախ լինելու, ընկերների հետ շփվելու հնարավորություն տալ: Ազնիվ լինել: Թույլ տալ մասնակցելու որոշումների ընդունման ժամանակ:

Երեխաներ, որոնք ունեն պալիատիվ օգնության կարիք

- Առաջին խումբ

Կյանքին սպառնացող հիվանդություններ և վիճակներ, երբ բուժումը կիրառվում է, բայց կարող է անարդյունավետ լինել, օրինակ՝ ուռուցքային հիվանդություն, տարբեր օրգան-համակարգերի անդառնալի փոփոխություններ:

- Երկրորդ խումբ

Հիվանդություններ, որոնց ժամանակ բուժումն ուղղված է կյանքի երկարացմանը, օգնում է վարել նորմալ կյանք, բայց հավանական է վաղաժամ մահը:

Օրինակ՝ մուկովիսցիդոզ, Դյուշենի միոպաթիա, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ:

- Երրորդ խումբ

Պրոգրեսիվող ծանր հիվանդություններ, որոնք կարող են ձգձգվել տարիներ, այս դեպքում կիրառվում է միայն պալիատիվ օգնություն:

Օրինակ՝ նյարդամկանային, նյարդադեգեներատիվ հիվանդություններ, Բատտենի հիվանդություն, մուկոպոլիսախարիդոզ:

- Չորրորդ խումբ

Անդառնալի, բայց ոչ պրոգրեսիվող հիվանդություններ, որոնց ժամանակ կարող են առաջանալ բարդություններ և վաղաժամ մահ:

Օրինակ՝ ՄՈԻՊ, ռդնուդեղի և գլխուղեղի վնասումների հետևանքներ:

Պալիատիվ խնամք իրականացնող թիմը հիմնականում կազմված է հետևյալ մասնագետներից՝ բժիշկ, բուժքույր, հոգեբան, սոցիալական աշխատող, ֆիզիոթերապիստ, հոգևորական, կամավորներ: Կախված երեխայի ախտորոշումից, վիճակից անհրաժեշտության դեպքում կարող են ընդգրկվել նաև այլ մասնագետներ:

Պալիատիվ բժշկական օգնություն ցուցաբերող բժշկի գործունեության շրջանակները

- Պալիատիվ բժշկական օգնություն կարող է ցուցաբերել համապատասխան մասնագիտացում ստացած բժիշկը, որն ունի հետդիպլոմային կրթություն և վերջին 5 տարվա ընթացքում անցել է առնվազն քառամսյա պրակտիկա պալիատիվ բուժօգնության գծով
- Պալիատիվ բուժօգնություն տրամադրող բժիշկը աշխատում է թիմային սկզբունքով:
- Կարող է գործնեություն իրականացնել բժշկական հաստատություններում՝ անկախ դրանց սեփականության ձևից:
- Պալիատիվ բժշկական օգնությունը իրականացվում է համապատասխան հաստատված կլինիկական ուղեցույցների:
- Պալիատիվ բժշկական օգնությունը իրականացնող բժիշկը պետք է պլանավորի իր աշխատանքը, իրականացնի առողջապահական վերլուծություն, համագործակցի այլ մասնագետների, ծառայությունների հետ:
- Պալիատիվ բժշկական օգնությունը իրականացնող բժիշկը պարտավոր է պահպանել բժշկական էթիկայի կանոնները:
- Պալիատիվ բժշկական օգնությունը իրականացնող բժիշկը կրում է պատասխանատվություն ինքնուրույն ընդունած որոշումների համար՝ անհրաժեշտ գործողություններ չկատարելու, որով նպաստել է հիվանդի մահվանը կամ վնաս է հասցրել նրա առողջությանը

Պալիատիվ բժշկական օգնություն ցուցաբերող բուժքրոջ գործունեության շրջանակները

- Պալիատիվ բժշկական օգնություն կարող է ցուցաբերել համապատասխան մասնագիտացում ստացած բուժքույրը, որը ունի երկամյա մասնագիտական աշխատանքային փորձ և քառամյա վերապատրաստում պալիատիվ բուժօգնության գծով
- Բուժքույրը մասնակցում է խնամքի պլանի ստեղծմանը և իրականացմանը
- Իրականացնում է ցավի և այլ ախտանիշների թեթևացում, վերահսկում
- Նպատակ չունի արագացնելու կամ հետաձգելու մահը
- Միավորում է հոգեբանական և հոգևոր խնդիրները
- Բարելավում է երեխայի կյանքի որակը
- Օգտագործում է թիմային մոտեցում հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների կարիքները հոգալու համար
- Պալիատիվ բժշկական օգնություն իրականացնող բուժքույրը պետք է պլանավորի իր աշխատանքը, իրականացնի առողջապահական վերլուծություն, համագործակցի այլ մասնագետների, ծառայությունների հետ
- Պալիատիվ բժշկական օգնություն իրականացնող բուժքույրը պարտավոր է պահպանել բժշկական էթիկայի կանոնները
- Պալիատիվ բժշկական օգնություն իրականացնող բուժքույրը կրում է պատասխանատվություն ինքնուրույն ընդունած որոշումների համար՝ անհրաժեշտ գործողություններ չկատարելու, որով նպաստել է նրա մահվանը կամ վնաս է հասցրել առողջությանը:

Հոգեբանի դերը պալիատիվ խնամքում

- Ընդունել հիվանդությունն ըստ փուլերի
- Օգնել ընդունելու պալիատիվ խնամքի բոլոր առաջարկությունները
- Վերափոխել համառ հարաբերությունները էմպատիկ հարաբերությունների
- Վերակառուցել ընտանիքի ներքին հարաբերությունները
- Վերակառուցել հարաբերություններն արտաքին աշխարհի հետ
- Ինքնաընկալում, ինքնահաստատում
- Պատրաստել հրաժեշտի

Ֆիզիոթերապիստի դերը

- Զննում է հիվանդին՝ գնահատելով նրա բժշկական, ֆունկցիոնալ վիճակը
- Բժշկի հետ միասին կազմում է բուժման, խնամքի պլան
- Կանխում և ղեկավարում է շարժումները
- Սովորեցնում է օգտվել ֆունկցիոնալ հարմարանքներից
- Ապահովում է հիվանդի ճիշտ դիրքավորումը, մաշկի խնամքը
- Կրթում է հիվանդին և ընտանիքի անդամներին ճիշտ խնամքի վերաբերյալ

Սոցիալական աշխատողի դերը

- Ուսումնասիրում է ընտանիքը, գնահատում է նրա սոցիալական վիճակը

Ուսումնասիրում է տունը, նրա հարմարավետությունը հիվանդի համար Կատարում է ընտանիքի և հիվանդի կարիքների գնահատում

- Հնարավոր ֆինանսական միջոցների հայթայթում

Կամավորների դերը

- **Առաջին խումբ**՝ կամավորներ, որոնք մասնակցում են երեխայի, ընտանիքի հետ իրականացվող աշխատանքներին, լրացնում են բուժանձնակազմի աշխատանքները հետևյալ կերպ.
 - Լինելով ընտանիքի և երեխայի կողքին
 - Խաղերով լցնում են ազատ ժամանակը
 - Գրքեր են կարդում, երաժշտություն լսում, համատեղ զբաղվում սիրած գործով
 - Երեխայի մեջ արթնացնում են լավ լինելու, ակտիվանալու ցանկություն
 - Օգնում են ընտանիքին առօրյա գործերում/գործունեության մեջ
- **Երկրորդ խումբ**՝ կամավորներ, որոնք իրենց զիտելիքների, փորձի, մասնագիտական ունակությունների շնորհիվ օգնում են իրականացնել հետևյալ գործունեությունը.
 - Օգնում են կազմակերպել բարեգործական ակցիաներ
 - Օգնում են օֆիսային գործերում
 - Կազմակերպում են լուսավորչական, ուսուցողական ակցիաներ
 - Փնտրում են աջակիցներ, հովանավորներ
 - Վարում են ինտերնետային էջեր
 - Իրականացնում են օֆիսային պարագաների խնամք

ԱՌՏԱՆԻՇՆԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

Ընդհանուր սկզբունքներ

Անհրաժեշտ է իրականացնել խնդիրների լիարժեք և ճշգրիտ գնահատում, ինչը կարևոր է ինչպես ախտորոշման, այնպես էլ՝ բուժման համար: Ուշադրություն դարձնել ոչ միայն ֆիզիկական, այլև ոչ ֆիզիկական ախտանիշներին՝ զգացմունքային, սոցիալական, հոգևոր: Դժվար կառավարվող ախտանիշների դեպքում հնարավոր է, որ առկա լինեն մի քանի պատճառներ: Բուժումն ընտրելիս պետք է ընտրել այն տարբերակը, որը հնարավորինս կապահովի երեխայի կյանքի լավագույն որակը, անկախությունը: Անհրաժեշտ է զգուշանալ, որ դեղերի կողմնակի ազդեցությունները ավելի չծանրացնեն երեխայի վիճակը: Ախտանիշների կառավարման կարևոր մասն են կազմում նրբանկատ բացատրությունը, երեխայի/ընտանիքի անդամների ընդգրկումը որոշումների կայացման գործում: Կարևոր է բազմամասնագիտական մոտեցումը, թիմային աշխատանքը, խնդիրների լուծման մատչելի տարբերակները, կլինիկական հետազոտությունների, միջամտությունների անհրաժեշտության օգուտների և ռիսկերի գնահատումը:

ՍՏԱՄՈՔՍ-ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՏՐԱԿՏԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐ

Մանկական ՊԽ-ում հիմնականում հանդիպում են.

- Բերանի խոռոչի խնդիրներ
- Անոթաբաժան/կախաբաժան
- Սրտխառնոց/փսխում
- Գաստրո-էզոֆագիալ/ստամոքսակերակրափողային ռեֆլյուքս

- Փորկապություն
- Փորլուծություն

Բերանի խոռոչի խնդիրներ

Բերանի խոռոչի խնամքը շատ կարևոր է: Անկախ այն հանգամանքից, թե երեխան սնունդ ընդունում է օրալ ճանապարհով, թե ոչ, պետք է ամեն օր խնամել բերանի խոռոչը: Հաճախ հանդիսանում է խնամքի անտեսված օղակ: Բերանի խոռոչի խնդիրներն են սնկային ստոմատիտը, բերանի խոռոչի վատ խնամքը, բերանի չորությունը, որը կարող է կապված լինել բերանով շնչառության, առանց խոնավացման թթվածին շնչելու հետ: Որոշակի դեղորայքի (Մորֆին, հակահիստամինային, հակախոլիներգիկ և այլն) ընդունումից և ճառագայթային բուժումից հետո նույնպես կարող է բերանի չորություն լինել: Արյունահոսող լնդերը (լեյկոզ, լիմֆոմա, լյարդի հիվանդություններ, մակարդելիության հետ կապված խնդիրներ) կարող են առանձին խնդիր լինել կամ խորացնել բերանի խոռոչում այլ խնդիրների ընթացքը: Բերանի խոռոչի խոցեր՝ տրավմատիկ, աֆթոզ, ատամների կարիես, լնդերի հիպերպլազիա:

Պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները

Անհրաժեշտ է ամեն օր կատարել բերանի խոռոչի առօրյա մաքրում և խոնավեցում, փափուկ խոզանակի օգտագործում՝ ստամոքիից, լնդերից, լեզվից և քիմքից սննդի մնացորդները հեռացնելու համար, բերանի խոռոչի կանոնավոր ողողում սննդի սողայով կամ աղաջրով 3-4 անգամ օրական, ոչ գազավորված ջրի ընդունում փոքր կումերով, սննդի մնացորդների հեռացում աղաջրով թրջված թանգիֆե տամպոնով: Ընդունել տրորված, փափուկ, ոչ կծու սնունդ:

Սրտխառնոց / փսխում

Սրտխառնոցը էպիգաստրալ շրջանում տեղի գրգռում է, որն ուղեկցվում է գունատությամբ, առատ քրտնարտադրությամբ, թքարտադրությամբ, սրտխափոցով: Սրտխառնոցը հաճախ նախորդում է փսխմանը: Փսխումը բարդ ռեֆլեկտոր գործողություն է՝ ստամոքսի, ստոծանու, որովայնի առաջնային պատի մկանների, ինչպես նաև՝ մակկոկորդի և փափուկ քիմքի մասնակցությամբ, ինչի հետևանքով ստամոքսի փսխումային զանգվածը դուրս է գալիս բերանից/ով: Սրտխառնոցի ժամանակ անպայման պետք է գտնել պատճառը համապատասխան բուժման պլան մշակելու համար: Հետևելով որոշակի կանոնների, կարելի է կառավարել ցանկացած սրտխառնոց/փսխում:

Պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները

- պարզել և կառավարել պատճառը՝ ստամոքսի գրգռվածություն, սեղմում, անանցանելիություն, ուռուցք, քրոնիկ հագ, էզոֆագիտ, գաստրիտ, հեպատիտ, լեղուղիների անանցանելիություն, քիմիաթերապիա և ճառագայթային թերապիա, դեղորայք
- ուշադրություն դարձնել օտար և տեղի հոտերի առկայությանը՝ որոշ հոտեր կարող են սրտխառնոց առաջացնել
- սննդի մնացորդները անմիջապես հեռացնել սենյակից
- չօգտագործել ուժեղ հոտով օծանելիք
- եթե երեխայի ախորժակը թույլ է տալիս, կերակրել քիչ չափաբաժնով, բայց՝ հաճախակի

Փորլուծություն

Եթե երեխայի մոտ օրական 3 անգամից ավել լինում է ջրիկ կղանք, պետք է մտածել փորլուծության մասին, որի պատճառները կարող են բազմաթիվ լինել, և պահանջում են անամնեստիկ տվյալների հստակ ճշտում կապված սննդակարգի, ընդունած դեղորայքի, բուժման մեթոդների հետ:

Հիմնական պատճառներն են սննդակարգը (կոշտ, բջջանքով հարուստ սնունդ, սննդային հավելումներ, նազագաստրալ զոնդով ավելցուկային կերակրում), դեղորայքը (լուծողականները, անտացիդները, մագնեզիում պարունակող դեղամիջոցները, միզապրոստոլ, անտիբիոտիկներ, ցիտոստատիկներ), վիրաբուժական միջամտությունները (ստամոքսի ռեզեկցիա, բարակիաստաղիքային անաստամոզ, ստամոքսիաստաղիքային խուղակ, բարակիաստաղիքային խուղակ, լեղապարկի հեռացում), այլ ախտաբանական վիճակներ (արյունահոսություն, ինֆեկցիա, պսևդոմեմբրանոզ կոլիտ), ճառագայթային թերապիա, ստեատորեա, ենթաստամոքսային գեղձի անբավարարություն, լեղուղիների խցանում), կոլիտ:

Պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները

Այս դեպքում առաջնահերթ է ջրաէլեկտրոլիտային բալանսի կարգավորումը՝ առատ հեղուկներ, ռեհիդրատացնող հեղուկների կիրառում, եթե կա մալաբսորբցիա նպատակահարմար է օգտագործել կենդանի յոգուրտ և սոյայի կաթ, ցուցման դեպքում կատարել կղանքի մանրեաբանական քննություն, տակդիրներ օգտագործող երեխաների մոտ ցանր կանխելու համար նախապես օգտագործել պաշտպանիչ քսուքներ:

Փորկապություն

Խոսում ենք փորկապության մասին, երբ աղիները գործում են շաբաթը 2 անգամից պակաս: Փորկապությունը հաճախ հանդիպող խնդիրներից է, կարող է որովայնում ցավի, անհանգստության առաջացման պատճառ լինել, այն կարող է ուղեկցվել սրտխառնոցով, փսխումով: Նարկոտիկ անալգետիկները փորկապություն առաջացնող պատճառներից են, հաշվի առնելով այդ հանգամանքը, ի սկզբանե, նարկոտիկ անալգետիկների հետ համատեղ նշանակվում է համապատասխան դեղորայք աղիների ֆունկցիան վերահսկելու համար: Դինամիկ հսկողությունը պետք է կատարել անընդհատ, քանի որ ցավազրկողների դեղաչափի բարձրացման հետ խորանում է փորկապությունը: Ճիշտ սնունդը և լուծողականների ժամանակին նշանակումը շատ կարևոր է փորկապության պրոֆիլակտիկայի համար: Պետք է խուսափել ցավոտ և ինվազիվ պրոցեդուրաներից, օրինակ խուսափել հոգնաներից, որոնք կարող են նպաստել ինֆեկցիաների, արյունահոսության առաջացմանը:

Մինչև բուժմանն անցնելը նշենք փորկապության հավանական պատճառները, դրանք են ակտիվության բացակայությունը/անշարժությունը, նյարդադեգեներատիվ և որոշ գենետիկ հիվանդություններ ունեցող երեխաները կարող են երկարատև գամված մնալ անվասայլակում, օրինակ՝ միոպաթիաների դեպքում:

- Նյարդաբանական խանգարումներ

Որոշ հիվանդություններ կարող են բերել նյարդավանային հաղորդականության խանգարման

- Մետաբոլիկ խանգարումներ

Երեխաների մոտ շատ արագ կարող է ջրագրկում զարգանալ: Հիպերկալցեմիան, հիպոկալեմիան, մուկովիսցիդոզը կարող են փորկապության պատճառ դառնալ:

- Ընդունած սննդի քանակի և հաճախականության իջեցում

Տկար երեխան, որպես կանոն, հրաժարվում է սննդից, իսկ օնկոլոգիական խնդիր ունեցող երեխաների մոտ փորկապության պատճառը և ախտաբանական գործընթացն է, և բուժումը:

- ցավոտ կղազատում

Փորկապություն ունեցող երեխան կարող է ուժեղ ցավ զգալ կղազատման ընթացքում, բացի այդ ուղիղ աղիքի ճաքերը նույալես ցավ են առաջացնում: Եթե երեխայի մոտ պինդ ծավալուն կղանք է, ապա կարող են առաջանալ մակերեսային ճաքեր, երբ երեխան փորձում է դատարկել աղիները: Բացի այդ ճաքերը առաջացնում են անալ սպազմ և կղազատման համար երեխայից պահանջվում է սովորականից ավելի մեծ ուժ և լարվածություն:

- Սոցիալական գործոններ

Շատ երեխաներ ամաչում են և նյարդայնանում, երբ պետք է օգտվեն այլ սանհանգույցից, երբ ծնողների հետ չեն, ամաչում են կամ վախենում են օգնություն խնդրել բուժքրոջից

- դեղորայք

Դեղորայքը, հատկապես նարկոտիկ անալգետիկները, փորկապություն առաջացնող հիմնական պատճառներից են, բացի այդ կան այլ դեղամիջոցներ օրինակ հակացնցումային, հակախոլիներգիկ, հակաուռուցքային, հակաարտիստոնոցային, երկաթի պրեպարատները, հակադեպրեսանտները, միզամուղները:

Երեխաների առանձնահատկությունները

- Մանկաբուժությունում փորկապության բացահայտումը կարող է դժվարություններ առաջացնել, քանի որ նորածինների մոտ մեկոնիումը կարող է երբորդ օրը լինել/դուրս գալ, իսկ կրծքով սնուցվող երեխաների մոտ աղիները կարող են չգործել մինչև 7 օր:
- Փորկապության բուժման ժամանակ պետք է հաշվի առնել դեղորայքի ոչ միայն ֆարմակոլոգիական, այլև համային հատկությունները, այլապես երեխան կարող է հրաժարվել այն ընդունել:
- Նախընտրելի է դեղորայքի ընդունման օրալ տարբերակը, չպետք է մոռանալ ռեկտալ պրեպարատների հակացուցումները և այն, որ երեխաները բացասական են տրամադրված դրանց նկատմամբ:
- Երեխաների մոտ ռեկտալ հետազոտությունները դժվար է կատարել ի տարբերություն մեծահասակների, հետազոտությունը պետք է կատարել ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում, կիրառելով ճկույթը: Հատկապես դժվար է անցկացնել հետազոտությունը այն երեխաների մոտ, որոնք արդեն ունեցել են նմանատիպ փորձ:

Զկրտոց

Զկրտոցը առողջ մարդկանց համար նորմալ երևույթ է, միայն այն դեպքում է համարվում ախտանիշ և միջամտություն պահանջում, երբ չի անցնում, ուժեղ է և տանջալից: Պատճառները կարող են լինել կենտրոնական ծագման՝ ներզանգային ճնշման բարձրացում, գլխուղեղի ցողունում արյան հոսքի խանգարում կամ ուռուցքի առկայություն, և ծայրամասային ծագման՝ ստամոքսի ձգվածություն, ստոծանու նյարդի գրգռում:

Ամենահաճախ հանդիպող պատճառը ստամոքսի ձգվածությունն է, առաջնահերթ նշանակվում է սիմետրիկոն պարունակող պրեպարատներ, եթե չի օգնում կարելի է ավելացնել պրոկինետիկներ՝ կերակրափողի ստորին սֆինկտերը սեղմելու և ստամոքսի

պարունակությունը դատարկելու համար: Զկրտոցի կառավարման համար կիրառվում են նաև ժողովրդական մեթոդներ, որոնց նպատակը ըմպանի գրգռումն է՝ օրինակ իգոտոնիկ լուծույթով ինհալացիա 5 րոպե, քիթ/ըմպանի գրգռում նազագաստրալ զոնդով, արյան մեջ ածխաթթու գազի կոնցենտրացիայի ավելացում՝ շունչը պահելու, թղթե տոպրակի մեջ շնչելու միջոցով:

Ստամոքս-կերակրափողային ռեֆլյուքս

Ստամոքսկերակրափողային ռեֆլյուքսը շատ տարածված, բայց ոչ միշտ վաղ հայտնաբերվող խնդիրներից է, հատկապես՝ նյարդաբանական խանգարումներ ունեցող երեխաների մոտ:

Հիմնական ախտանիշները կարող են կապված լինել և դրսևորվել այս կամ այն ձևով:

Ստամոքսաղիքային ախտանիշներ. սննդից հրաժարվելը, փսխումը՝ հատկապես սննդի ընդունման ժամանակ և անմիջապես հետո, և երբ երեխան պառկած վիճակում է մեջքի վրա դիրքում, դժվարացած կլլումը/կլման ակտը, քաշի վատ ավելացումը կամ կորուստը, փսխում արյունով կամ մեղենա:

Շնչառական ախտանիշներ. թոքի աբսցես, ասպիրացիոն թոքաբորբ, կրկնվող շնչառական ուղիների ինֆեկցիաներ, հազ, հևոց, շնչահեղձություն, փսխման շարժումներ:

Մնուցման հետ կապված. սննդի ընդունման ժամանակ գրգռվածություն (հատկապես, երբ երեխան մեջքի վրա պառկած դիրքում է), ցավ, իրանի հետթեքում, Մանդիֆերի ախտանիշի դրսևորում, երեխաների/նորածինների գլխի և պարանոցի թեքում սննդի ընդունման ժամանակ կամ հետո կերակրափողի գրգռման և երկաթդեֆիցիտային անեմիայի պատճառով:

Ոչ դեղորայքային բուժում

Երեխայի ճիշտ դիրքավորում, սննդակարգի փոփոխություն՝ կերակրել հաճախ և փոքր չափաբաժիններով, հսկել, որ շատ չկերակրվի երեխան հատկապես նազագաստրալ զոնդով կամ գաստրաստոմայով, սննդային խտանյութերի օգտագործում:

Անորեքսիա և կախեքսիա

Ախորժակը ոչ միայն ուտելու ցանկությունն է, այլ օրգանիզմի հնարավորությունն է և պատրաստվածությունը սննդի յուրացման գործընթացին:

Անորեքսիա նշանակում է ախորժակի կորուստ, կախեքսիա՝ սնուցման պակաս:

Ծնողներին միշտ հուզում է երեխայի սնուցումը: Այդ է պատճառը, որ երեխայի ախորժակի իջեցումը կամ բացակայությունը նրանց խիստ անհանգստություն է պատճառում, բայց չպետք է մոռանալ, որ ոչ ակտիվ երեխան սովորաբար սովի զգացում չի ունենում և կարիք ունի սննդի փոքր քանակության: Անորեքսիայի/կախեքսիայի պատճառները բազմազան են՝ օնկոլոգիական հիվանդություն, ծամելու և կլման դժվարություն, ցավ, անհանգստություն, սրտխառնոց, փսխում, հիվանդության տերմինալ շրջան, կանդիդոզ, փորկապություն, դեպրեսիա, դեղորայքի կողմնակի ազդեցություն:

Անորեքսիայի/կախեքսիայի կառավարում. փոքր չափաբաժիններով բարձր կալորիականությամբ, սպիտակուցներով հագեցած սննդի և հեղուկների հաճախակի ընդունում: Մրգեր ծծել, ախորժակի խթանման համար առաջարկել սիրած կերակուրը, սննդի ազատ և անկանոն ընդունում, չափավոր ֆիզիկական ակտիվություն, կլման խանգարման դեպքում՝ նազագաստրալ զոնդ, գաստրոստոմա:

Էնտերալ սնուցում

Մնուցման և մարսողության քրոնիկ խանգարումները ՄՊՕ-ն հաճախ հանդիպող խնդիրներից են: Հիմնականում անբուժելի հիվանդություններ ունեցող երեխաների սնուցումը կատարվում է կլինիկական սնուցման ընդհանուր հիմունքներով, կան տարիքային առանձնահատկություններ, որոնք պետք է հաշվի առնել սնուցման կազմակերպման համար: Երեխաների մոտ անընդհատ փոփոխվում է պահանջը հիմնական սննդային բաղկացուցիչների հանդեպ (սպիտակուցներ, ճարպեր, ածխաջրեր, վիտամիններ, միկրոէլեմենտներ): Դրանք փոխվում են ոչ միայն երեխայի կլինիկական վիճակից, այլև՝ կախված երեխայի տարիքից, որն էլ պահանջում է պարբերաբար վերանայել սննդի բաղկացուցիչ մասերը, կերակրատեսակների քանակը և որակը: Երեխայի աճը և զարգացումը շարունակվում է անկախ նրա հիվանդությունից և ավելի մեծ ուշադրություն է պահանջում, ի տարբերություն անբուժելի հիվանդություն ունեցող մեծահասակի: Երեխայի սնունդը ՄՊՕ բժշկի և բուժքրոջ ամենօրյա ուշադրության կենտրոնում է, միայն հաճախակի և հստակ իրականացվող սննդային նյութերի հաշվարկի միջոցով կարելի է ապահովել երեխային անհրաժեշտ քանակի և որակի սնունդ: Վաղ տարիքի երեխաների համար գործում է ընդհանուր ընդունված ստանդարտներ և ալգորիթմներ: Հիմնականում պալիատիվ իրավիճակներում կարող են կիրառվել այդ խորհուրդները առանց էական փոփոխությունների, բայց կան ժառանգական հիվանդություններով երեխաներ, որոնց համար նշանակվում են սննդային սահմանափակումներ ողջ կյանքի ընթացքում (մուկովիսցիդոզ, գալակտոզեմիա) կամ երեխաներ, որոնք երկարատև կերակրվում են զոնդով (ծանր նյարդաբանական խնդիրներ, ստամոքսաղիքային տրակտի զարգացման արատներ): Երեխաների մոտ ինքնուրույն սնվելու հմտությունները դեռ ձևավորման փուլում են, նրանք սնվելիս ավելի մեծ կախվածության մեջ են գտնվում ծնողներից, բուժանձնակազմից, քան մեծահասակները: Երեխաների համար բարդ է հասկանալ սննդի քանակի կամ որակի հետ կապված սահմանափակումները: Այդ պատճառով երեխային բացի կերակրելուց անհրաժեշտ է ժամանակ տրամադրել հմտությունների ուսուցման համար, որը կօգնի նրան հնարավորինս անկախ լինել ինքնուրույն սնվել:

Որոշ պալիատիվ կլինիկական իրավիճակներում երեխայի սնուցումը սովորական ճանապարհով դառնում է անհնարին կամ հակացուցվում է: Այս իրավիճակներում անհրաժեշտ է անցնել կլինիկական սնուցման՝ էնտերալ կամ պարէնտերալ: Պարէնտերալ սնուցումը շատ սահմանափակ է կիրառվում երեխաների համար և հանդիպում է ինտենսիվ թերապիայի, վերակենդանացման բաժանմունքներում: Երեխաները հաճախ ստանում են էնտերալ սնուցում, որը ֆիզիոլոգիական է, անվտանգ, քիչ ծախսատար:

Էնտերալ սնուցման առավելությունն այն է, որ բժշկին հստակ հայտնի է սննդի բաղադրությունը, էներգետիկ արժեքը, բալանսավորված է, համապատասխանում է երեխայի տարիքին, կարիքներին և հիվանդությանը:

Էնտերալ սնուցման համար նախատեսված խառնուրդները տարբեր են լինում, կան ստանդարտ խառնուրդներ (պարունակում են լիարժեք սպիտակուցներ), մյուս խառնուրդները ստացվել են հատուկ մշակում անցնելու արդյունքում, ավելի հեշտ և արագ են յուրացվում, ինչը հնարավորություն է տալիս հաջողությամբ կառավարել սնուցման խանգարումները:

Վաղաժամ ծնված նորածիններից հիմնականում պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք ունեն այն նորածինները, որոնք ունեն բնածին ծանր՝ կյանքի հետ անհամատեղելի կամ քիչ

համատեղելի, արատներ: Այդ թվում. երեխաներ՝ վիրահատության չենթարկվող սրտի բնածին արատներով, կենտրոնական նյարդային համակարգի, ստամոքսաղիքային տրակտի արատներով: Հնարավոր է պալիատիվ օգնության կարիք ունենան նորածնային հասակը լրանալուց հետո: Պալիատիվ միջոցառումները կիրառվում են բնածին խնդիրներից առաջացած բարդությունների, ծննդաբերության ժամանակ ստացած վնասումների, շարունակական ստացիոնար խնամքի անհրաժեշտության դեպքում: Կան բրոնխաթոքային դիսպլազիայով անհաս երեխաներ, որոնք կարիք են ունենում արհեստական շնչառության ապարատի երկարատև կիրառման: Պալիատիվ մանկաբուժության բարդ բաժիններից մեկը այդպիսի անհաս երեխաների սնուցումն է: Խորը անհաս երեխաները սովորաբար կերակրվում են զոնդով: Հաշվի առնելով ստամոքսի փոքր ծավալը, կերակրման քանակը կարող է տատանվել 7-10 անգամ, կամ կերակրվում են երկարատև ինֆուզիայի եղանակով: Դրա հետ համատեղ նաև կիրառելի է պարենտերալ սնուցումը՝ լիարժեք սննդանյութեր ստանալու համար: Շատ ծանր վիճակում գտնվող երեխաները, որոնք ստանում են միայն պարենտերալ սնուցում, համատեղ ստանում են նվազագույն չափով նաև էներգալ սնուցում, որպեսզի կանխեն ստամոքսաղիքային տրակտում կանգային երևույթները, աղիների ատրոֆիկ փոփոխությունները: Մինիմալ էներգալ սնուցումը պետք է սկսել ծնվելուց հետո առաջիկա 12-48 ժամերի ընթացքում:

Էներգալ սնուցման ժամանակ սննդային նյութերը օրգանիզմ են ներմուծվում ստամոքս-աղիքային տրակտի միջոցով: Էներգալ սնուցման համար լավագույն թեկնածու է այն երեխան, որը.

- չի ուզում ուտել
- չի կարողանում ուտել
- չի թույլատրվում սովորական կերակրումը
- հյուծված է կամ հյուծման վտանգ կա

Խորհուրդներ կապված սնուցման կազմակերպման հետ

- Կարգավորել և ճիշտ կազմակերպել երեխայի սնուցումը
- Սովորեցնել երեխային առավելագույնս օգտագործելու իր սահմանափակ հնարավորությունները
- Շատ հիվանդ երեխաների համար սննդի ընդունումը հանդիսանում է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն
- Անպայման լվանալ երեխայի ձեռքերը
- Սննդի ընդունումից 15 րոպե առաջ զգուշացնել երեխային և ստանալ նրա համաձայնությունը
- Բերել կերակուրը՝ տաք ճաշերի ջերմաստիճանը մինչև 50°Ց).
- Երեխայի ճիշտ դիրքավորում
- ցանկալի է կերակրել սեղանի շուրջ նստած
- հաջորդ դիրքը՝ անկողնում նստած ոտքերը կախված
- հաջորդ դիրքը՝ անկողնում նստած ոտքերը անկողնում
- ամենաանցանկալի դիրքը անկողնում պառկած դիրքն է՝ գլուխը բարձրացրած
- կրծքի հասակի երեխաներին ցանկալի է կերակրել գրկած
- Կերակրելուց առաջ պետք է համոզվել, որ երեխան կարողանում է ծամել և կուլ տալ
- Հիվանդ երեխաներին դժվար է ափսեից վերցնել կերակուրը, կարելի է ավելի մեծ քանակով սնունդ լցնել ափսեի մեջ

- Կարևոր է կերակրումը կազմակերպել այնպես, որ չհամընկնի իր կամ հարևան հիվանդասենյակի երեխայի բժշկական միջամտությունների հետ
- Եթե երեխան ձեռք չի տվել սնունդին, այն պետք է հեռացնել սենյակից՝ սրխառնոց չառաջացնելու համար
- Կերակուրը պետք է տալ և հավաքել ժամանակին՝ անկախ երեխան կերել է, թե՛ ոչ
- Վատ սովորություն է միշտ ինչ-որ բան թողնել անկողնու մոտ, դա կարող է վերջնականապես գրկել ախորժակից
- Ընտրել հատուկ ափսե, որը կհեշտացնի սննդի ընդունումը
- Չի կարելի երեխային նախատել ուտելիս անփութության համար, այլ պետք է խրախուսել ինքնուրույնությունը և ակտիվությունը
- Եթե կերակրումը ավարտվել է սրտխառնոցով կամ փսխումով, անհրաժեշտ է օդափոխել սենյակը և հեռացնել սննդի մնացորդները

Սնուցման խանգարման ռիսկի գործոնները

- Սնունդ ընդունելու անկարողություն 4-7 օր շարունակ
- Քաշի 5 կորուստ 1 ամսվա ընթացքում, կամ 10՝ 3 ամսվա ընթացքում
- Անամենստիկ տվյալներ այն մասին, որ երեխան երկար ժամանակ բավարար քանակությամբ սպիտակուց և կալորիաներ չի ստացել
- Ծանր քրոնիկ հիվանդություն, բուլբար, կեղծ բուլբար խանգարումներ

Էնտերալ սնուցման ձևերն են.

Սնուցման սիսթինգի մեթոդը՝ սնուցումը բերանի միջոցով փոքր չափաբաժիններով Սնուցումը զոնդի միջոցով՝ սնուցումը հատուկ խողովակի միջոցով, որը իր հերթին կարող է լինել. նազազաստրալ զոնդ, երբ հատուկ խողովակը մտնում է քթանցքով մինչև ստամոքս, նազոդոդոդենալ, երբ հատուկ խողովակը մտնում է քթանցքով մինչև տասներկուամատնյա աղի, նազոյեյունալ, երբ հատուկ խողովակը մտնում է քթանցքով մինչև բարակ աղի:

Սնուցում ստոմայի միջոցով: Ստոման դա վիրաբուժական ճանապարհով հատուկ բացված անցք է որովայնի առաջային պատին, որտեղից զոնդի միջոցով ներմուծվում են սննդանյութերը:

- Գաստրոստոմա, երբ ստոման դրվում է ստամոքսում:
- Դուոդենոստոմա, երբ ստոման դրվում է տասներկուամատնյա աղիքում
- Յեյունոստոմա, երբ ստոման դրվում է բարակ աղիքում

Էնտերալ սնուցման հակացուցումներն են.

- Աղիքային անանցանելիություն
- Հետվիրահատական վաղ շրջան
- Աղիքային «բարձր» խուղակներ
- Մեխանիկական աղիքային անանցանելիություն
- Ներծծման և մարսողության խանգարումներ
- Ստամոքսաղիքային շարունակական արյունահոսություններ

Էնտերալ սնուցման բաղադրիչների յուրացման խանգարում.

Նազազաստրալ զոնդի միջոցով սնուցման ժամանակ կարող են առաջանալ բարդություններ, որոնք դժվարացնում են երեխայի կերակրման գործընթացը: Դրանք հիմնականում կարող են

կապված լինել ստամոքսաղիքային տրակտի հետ լուծ, արյունահոսություն, էրոզիվ/խոցային փոփոխություններ, սննդի հետ հոսք, տեխնիկական խնդիրներ՝ կապված զոնդի խցանման, քիթըմպանի/կերակրափողի վնասման, զոնդի սխալ դիրքի հետ, ինֆեկցիոն բարդություններ՝ ասպիրացիոն թոքաբորբ, սինուսիտներ, օտիտ: Պետք է հիշել, որ նազագաստրալ զոնդը տեղադրվում է առավելագույնը 4-8 շաբաթ:

Շատ կարևոր է նազագաստրալ զոնդի խնամքը, ամեն կերակրումից առաջ պետք է ստուգել զոնդի դիրքը, դրա համար խնդրել երեխային, որպեսզի նա բացի բերանը և տեսնել զոնդը, բացառել զոնդի ծովածությունը, զննել բերանի լորձաթաղանթը և ֆոնենդոսկոպով վերահսկել զոնդի առկայությունը ստամոքսում/զոնդի մեջ ներարկիչով օդ մղել և լսել ֆոնենդոսկոպով/:

Ամեն կերակրելուց առաջ պետք է մաքրել երեխայի քթանցքները կեղևներից, հեղուկ արտադրությունից ֆիզ. լուծույթով խոնավեցրած թանգիֆե անձեռոցիկով, քթանցքներին վազելին քսել, զոնդը մաքրել 4 ժամը մեկ միաժամանակ բերանի խոռոչը և շրթունքները խոնավացնելով: Ամեն անգամ զոնդի տեղը փոխելիս անհրաժեշտ է դնել մյուս քթանցքից՝ վնասումից և պառկելախոցերից խուսափելու համար: Զոնդը մաքրվում է մոտավորապես ամեն 3 ժամը մեկ, դրա համար 20-30 մլ ֆիզ. լուծույթը դանդաղ և զգուշորեն ժանեյի ներարկիչով լցվում է զոնդի մեջ և նույն զգուշությամբ ամբողջությամբ հետ քաշվում: Պետք է ուշադրություն դարձնել ստացված հեղուկի քանակի և որակի վրա: Կարևոր է նաև դեղորայքի ներմուծման ժամանակ որոշակի կանոնների պահպանումը.

- ամեն անգամ դեղորայքի ներմուծումից առաջ և հետո լվանալ զոնդը՝ խցանումից խուսափելու համար
- խուսափել դեղորայքի և սննդի միախառնումից՝ դեղորայքի թերապևտիկ ազդեցության փոփոխությունից խուսափելու համար
- հնարավորինս օգտագործել հեղուկ դեղաձևերը՝ օշարակներ, կաթիլներ, լուծվող հաբեր, եթե հաբերի ձևով են, ապա շատ մանրացնել
- Չմանրացնել մարսողության վրա ազդող և թաղանթապատ դեղերը /օրինակ՝ ֆերմենտներ/, որոնք կարող են կորցնել ակտիվությունը և ազդել ստամոքսաղիքային տրակտի վրա:

Պալիատիվ օգնություն ստացող երեխաներին երբեմն անհրաժեշտ է լինում տեղադրել ստոմա, երբ առկա է ծանր նյարդաբանական խնդիրներ, կլման խանգարում, կրկնվող ասպիրացիաներ, կերակրափողի անանցանելիություն, սնուցման խանգարում և երբ ենթադրվում է նազագաստրալ զոնդով կերակրում 8 շաբաթից ավել, ինչպես նաև անորոշ վիճակներ, երբ հնարավոր չի լինում երեխայի մոտ տեղադրել գաստրոստոմա: (արտահայտված ասցիտ, պերիտոնեալ դիալիզ, լյարդի և փայծաղի արտահայտված մեծացում, անատոմիական դեֆեկտներ):

Գաստրոստոմայի խնամքը

Կերակրումից առաջ համոզվել, որ ստոման ճիշտ դիրքում է

Ամեն կերակրումից, դեղորայքի ներմուծումից առաջ և հետո պետք է լվանալ գաստրոստոմիկ խողովակը՝ խցանումից խուսափելու համար,

Ամեն օր լվանալ ստոմայի շրջակա մաշկը, 360 աստիճան պտտել ստոման՝ գրանուլյացիոն հյուսվածքի առաջացումից խուսափելու համար

Չի կարելի կիրառել ստոման փակող վիրակապ՝ մանրէների ավելացումից և պառկելախոցերից խուսափելու համար

Էնտերալ սնուցման առավելությունն այն է, որ ավելի ֆիզիոլոգիական է, մատչելի է և հասանելի, անվտանգ է, բարդություններ գրեթե չի առաջացնում, օրգանիզմը ապահովում է անհրաժեշտ նյութերով, ստամոքսաղիքային տրակտում կանխում է ասորոֆիկ փոփոխությունները:

Անհաս երեխաների խնամքը և սնուցումը շատ կարևոր է, բայց պալիատիվ օգնության շրջանակներում ընգրկվում են այն անհաս երեխաները, որոնք ունեն կյանքի հետ անհամատեղելի/ քիչ համատեղելի բնածին արատներ, կարիք ունեն երկարատև, փուլային ստացիոնար խնամքի, բրոնխաթոքային դիսպլազիայի հետևանքով անհրաժեշտ է երկարատև արհեստական շնչառություն:

Խորը անհաս երեխաները սկզբում կարող են ստանալ պարենտերալ սնուցում, հնարավորության դեպքում էնտերալ սնուցումը սկսվում է զոնդով առաջին 12-48 ժամվա ընթացքում օրը 7-10 անգամ:

ՑԱՎԻ ԿԱՌԱՎՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

Ներածություն

Ցավը ամենահաճախ հանդիպող ախտանիշն է, որի համար հիվանդները դիմում են բժշկի օգնությանը: Ցավային համախտանիշի կառավարումը մինչ այժմ բարդ խնդիր է հանդիսանում բժշկության մեջ: Այն կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ հիվանդի կյանքի որակի վրա: Ցավը հանդիսանում է օրգանիզմի պաշտպանողական մեխանիզմներից մեկը, որը հնարավորություն է տալիս նրան գոյատևել, սովորել և հարմարվել փոփոխվող միջավայրի պայմաններին: Երբ այն առաջանում է վնասող գործոնից (տրավմա, բորբոքում) և վերանում է հյուսվածքի լավացումից հետո, ապա այն համարվում է սուր: Սակայն, եթե ցավը պահպանվում է վնասվածքի լավացումից հետո, շարունակում է անհանգստացնել, և այլևս չունի որևէ հարմարվողական ֆունկցիա, ապա այդ ցավը համարվում է քրոնիկական/քրոնիկ: Քրոնիկական/քրոնիկ ցավը կարծես «կտրվում է» օրգանից՝ ստանալով «վերօրգանային» ինքնուրույն բնույթ, և տևում է ապաքինման ժամանակից ավելի:

Սահմանում

Ցավը տեղի է ունենում զգայական և հուզական զգացողություն է, որը կապված է հյուսվածքների իրական կամ հնարավոր վնասման հետ, կամ բնորոշվում է նման վնասման նշաններով ըստ IASP1994:

Նոր սահմանումը. «Ցավը՝ դիսթրեսային փորձառություն է, կապված հյուսվածքի իրական կամ պոտենցիալ վնասվածքի, զգայական, հուզական, կոգնիտիվ և սոցիալական բաղադրիչների հետ» Նոյեմբեր 2016, № 11 IASP ամսագիր:

Ցավնառաջանում է հատուկ ընկալիչների դրոմից ընդգրկում է վարքի, փորձառության, վեգետատիվ, շարժիչ և զգայական բաղադրիչներ: Հյուսվածքի վնասումը «որսող» ընկալիչները, որոնք ձևավորում են կենտրոնաձիգ գրգիռների հոսքը, կոչվում են ցավային ընկալիչներ կամ նոցիցեպտորներ («nociceptors» - «վնասել» բառից):

Դասակարգում

Ցավը դասակարգվում է ըստ ծագման, բնույթի, տևողության, ըստ անատոմիական տեղակայման:

Ըստ ծագման ցավը կարող է լինել նոցիցեպտիվ (վնասող) և ոչ նոցիցեպտիվ (չվնասող): Նոցիցեպտիվ ցավն իր հերթին լինում է ուսումնասիրել և ընդերային: Ոչ նոցիցեպտիվ են համարում նեյրոպաթիկ, հոգեծին և իդիոպաթիկ ցավերը: Նեյրոպաթիկ ցավն առաջանում է ծայրամասային կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի (ԿՆՀ) մեխանիկական վնասման, ինչպես նաև ինտոքսիկացիայի, մետաբոլիկ խանգարումների ժամանակ և պայամանավորված չէ ցավային ընկալիչների՝ նոցիցեպտորների դրոմամբ: Ըստ բնույթի այն լինում է «կրակող, այրող, ճնշող», զուգակցվում է թմրածությամբ, ալոդինիայով և պարեսթեզիաներով և տեղակայվում է մարմնիայն հատվածում, որը նյարդավորվում է ախտահարված նյարդով:

Հոգեծին ցավը կապված չէ սոմատիկ, ընդերային կամ նեյրոնային վնասումների հետ, և դրա տեղակայումը հազվադեպ է համապատասխանում մարմնի կոնկրետ հատվածին:

Ըստ անատոմիական տեղակայման լինում է մեջքացավ, կոնքացավ, գլխացավ:

Ըստ բնույթի և տևողության ցավը լինում է սուր և քրոնիկական, որոնցից յուրաքանչյուրն իր հերթին կարող է լինել նոցիցեպտիվ և նեյրոպաթիկ: Սուր ցավը կարճատև է (ժամեր, հազվադեպ՝ օրեր), ունի կանխատեսելի սկիզբ, ընթացք և ավարտ: Քրոնիկ է համարվում այն ցավը, որը տևում է 3-6 ամիս (տարբեր տվյալներով), շարունակվում կամ շարունակաբար վերսկսվում կամ սաստանում է բավականին երկար ժամանակաշրջանի ընթացքում՝ ամիսներ, տարիներ: Քրոնիկ ցավը համարվում է ցավային համախտանիշ և դիտարկվում է որպես ինքնուրույն հիվանդություն՝ հիվանդագին վիճակ, որն ուղեկցվում է կայուն և տանջալից ցավի և դրա հետևանքով հիվանդի հոգեհուզական ոլորտի և վարքի փոփոխություններով, կյանքի որակի և առօրյա կենսագործունեության զգալի խանգարումներով:

ՏԱՐԲԵՐ ՏԱՐԻՔԱՅԻՆ ԽՄԲԵՐԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՅԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ

Ընդհանուր դրույթներ

Ցավի կլինիկական գնահատումը

Ցավի գնահատման ոսկե ստանդարտ է համարվում ցավի հիվանդի ինքնուրույն գնահատումը: Գոյություն ունեն ցավի գնահատման միաչափ և բազմաչափ գործիքներ: Միաչափ գործիքներից են Վիզուալ Անալոգային Սանդղակը ՎԱՍ (VAS), որը ամենապարզն է և ամենակիրառելին: Բազմաչափ են՝ McGill Ցավի հարցաշարը (The McGill Pain Questionnaire) և այլ ավելի բարդ հարցաշարեր, որոնք ունեն ավելի մասնագիտական և գիտական նշանակություն: 1986 թվականին ԱՀԿ-ն առաջարկել է քրոնիկական ցավերի դեղորայքային բուժման եռաստիճան սանդղաձև, որի հիմքում ընկած է VAS-ի միջոցով գնահատված ցավի ուժգնության աստիճանը: Ըստ ԱՀԿ եռաստիճան սանդղաձևի ցավազրկման համար դեղամիջոցների օգտագործման սկզբունքների՝

I ԱՍՏԻՃԱՆ՝ 1-3 - մեղմ ցավ - ոչ սթերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոցներ (ՈՍՀԲ) (պարացետամոլ, իբուպրոֆեն, կամ կետորոլակ) +/- Ադյուվանտ ցավազրկողներ.

II ԱՍՏԻՃԱՆ 4-6 - միջին ցավ - թույլ թմրաբեր ցավազրկողներ (կոդեին, տրամադոլ) + ՈՍՀԲ-եր (պարացետամոլ, իբուպրոֆեն, կամ կետորոլակ), +/- Ադյուվանտ ցավազրկողներ.

III ԱՍՏԻՃԱՆ 7-10 - ուժեղ կամ, անտանելի ցավ - ուժեղ թմրաբեր ցավազրկողներ (մորֆին, հիդրոմորֆոն, ֆենտանիլ, մեթադոն) + ՈՍՀԲ-ներ (պարացետամոլ, իբուպրոֆեն, կամ կետորոլակ) +/- Ադյուվանտ ցավազրկողներ

Ցավազրկող դեղերի ընտրությունը պետք է հիմնվի ԱՀԿ ցավազրկման փուլային մոտեցման վրա: Թույլատրելի է, անհրաժեշտության դեպքում, առաջին հարթակից, շրջանցելով երկրորդը, անցնել երրորդին: Ցավազրկող դեղերը նշանակվում են կանոնավոր, չսպասելով ցավի վերսկսմանը: Ցավերի բուժման հիմնական դեղամիջոցներն են՝ ՈՍՀԲ և թմրաբեր ցավազրկողները (օփիոիդները), ադյուվանտները (հակացնցումային դեղամիջոցները, եռցիկլիկ հակադեպրեսանտները, հորմոնները և այլն): Ինչպես կարելի է նկատել, բոլոր երեք աստիճաններին հանդիպում ենք ՈՍՀԲ:

Բուժման ընտրությունը կախված է ցավի ծանրության աստիճանից, որը հիվանդության ընթացքում կարող է փոփոխվել: Այդ իսկ պատճառով հույժ կարևոր է անընդհատ վերագնահատել ցավը և համապատասխանեցնել բուժումը:

Տարբեր տարիքի երեխաների համար գոյություն ունեն ցավային համախտանիշի գնահատման տարբեր միջոցներ: Փոքր երեխաների հետ շփվելիս ցավի նկարագրման համար հարկավոր է օգտագործել նույն այն բառերը, որոնք օգտագործում է ինքը երեխան. կանոնավոր հարցնել երեխային ցավի մասին, փաստագրել երեխայի գանգատները: Ցավագրկելուց հետո հարկավոր է վերագնահատել ցավը և այլ ախտանիշները:

Երկարատև քրոնիկական կամ անբուժելի հիվանդության դեպքում ցավի առկայության այնպիսի չափանիշները, ինչպիսիք են՝ սրտի զարկերի հաճախականությունը (զարկերակային անոթազարկը), արյան ճնշումը և շնչառության հաճախականությունը, կորցնում են իրենց հավաստիությունը և հուսալիությունը: Վարքագծային ցուցանիշները, ինչպիսիք են՝ դեմքի ծամածռությունները կամ լացը, նույնպես չեն կարող հուսալի լինել յայսպարագայում: Քրոնիկցավային համախտանիշունեցող երեխաները կարող են օգտագործել խաղը կամ քունը որպես պաշտպանության միջոց, սակայն դա չի նշանակում, որ երեխան ցավ չունի:

Գոյություն ունեն երկու կարևոր առանձնահատկություն, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել երեխաների հետ աշխատելիս.

Առանձնահատկություն առաջին՝ փոքր երեխաները, այդ թվում նորածինները, ցավ են զգում և անհամապատասխան ցավագրկման դեպքում բարդությունների զարգացման, անգամ մահացու ելքի, բարձր ռիսկի են ենթարկվում: Առանձնահատկություն երկրորդ՝ ցավային և այլ համախտանիշները կարելի է ճիշտ գնահատել միայն օգտագործելով այն մեթոդները, որոնք համապատասխանում են երեխայի տարիքին և զարգացման աստիճանին:

Երեխաների մոտ ցավային համախտանիշի գնահատման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել երեխայի տարիքը և հոգեշարժական զարգացման փուլը: Ինչպես և մեծահասակների մոտ, ոսկե ստանդարտ է համարվում երեխայի ցավի ինքնագնահատումը, եթե նա կարող է այն իրականացնել: Բացի այդ, մեծահասակ երեխաները, ինչպես և մեծերը, կարող են հարմարվել քրոնիկական ցավին և ցույց չտալ ցավի ակնհայտ նշանները, ինչը պահանջում է շատ ուշադիր գնահատական համարժեք ցավագրկման նպատակով:

Նորածինների և մինչև 1 տարեկան երեխաների մոտ ցավի գնահատումը պետք է իրականացվի նրանց խնամողների կողմից: CRIES (Crying, Requirement of oxygen, Increased blood pressure and/or heart rate, Expression on face, Sleeplessness) աղյուսակը օգտագործում են մինչև մեկ տարեկան երեխաների ցավի գնահատման նպատակով: Այն ներառում է 5 ցուցանիշ՝ լացը, թթվածնային պահանջը, ճնշման և/կամ սրտի կծկումների հաճախականությունը, դեմքի արտահայտությունը և անքնությունը: Յուրաքանչյուր գործոն գնահատվում է 0 - 2 միավոր (առավելագույնը՝ 10 միավոր балов), 6 և ավելի ցուցանիշը ցավագրկման ցուցում է հանդիսանում: PIPP (Premature Infant Pain Profile) սանդղակը օգտագործվում է անհաս երեխաների համար և ընդգրկում է հետաքննողի տարիքը, երեխայի վարքը, սրտի կծկումների հաճախականությունը, թթվածնի սատուրացիան և դեմքի արտահայտությունը:

1 -ից 3 տարեկան երեխաների մոտ ցավը գնահատվում է երեխաների, ինչպես նաև՝ խնամողի հետ զրուցելու ժամանակ, օգտագործելով FLACC (Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability) սանդղակը, որը հաշվի է առնում երեխայի դեմքի արտահայտությունը, ոտքերի շարժումը, ակտիվությունը, լացը և սփռվելու ունակությունը: 5 ցուցանիշներից յուրաքանչյուրը գնահատվում է 0 - 2 միավորով (առավելագույնը՝ 10 միավոր): Այս սանդղակը կարելի է օգտակործել 1 -ից 7 տարեկան ոչ վերբալ երեխաների մոտ, քանի որ այն խոսելու ունակություն չի պահանջում:

3 -ից 6 տարեկան խոսացող երեխաների մոտ օգտագործում են ԴԵՄՔԵԲ-ի սանդղակը (FACES), որով երեխաները իրենք են գնահատում իրենց ցավի ուժգնությունը: Գոյություն ունեն այդ սանդղակի այլ տարբերակներ՝ ցավի աստիճանավորումով 0 (ցավ չկա) մինչև 5 (սաստիկ ցավ), և 0 – 10 արժեքներով:

Oucher-ի սանդղակը ԴԵՄՔԵԲ-ի սանդղակինման, օգտագործում է տարբեր էթնիկական խմբերի տղաների և աղջիկների երեխաների լուսանկարներ:

7 տարեկանից և ավելի մեծ երեխաների մոտ կարելի է օգտագործել նույն ցավի գնահատման սանդղակները, որոնք օգտագործվում են մեծահասակների շրջանում՝ թվային 0 -ից 10 վիզուալ անալոգային սանդղակը (ՎԱՍ) և վերբալ նկարագրական սանդղակը:

ՉԱՐՈՐԱԿ ԵՎ ՈՉ ՉԱՐՈՐԱԿԱՅԻՆ ՑԱՎԵՐՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ, ԱԼԳՈՐԻԹՄՆԵՐԸ ԵՎ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐԸ

Ցավագրկման սկզբունքները

- բուժել (եթե հնարավոր է) այն պատճառը, որը ցավի հիմք է հանդիսացել
- որոշել ցավի տեսակը (նոցիցեպտիվ, նեյրոպաթիկ)
- գնահատել ցավի աստիճանը
- օգտագործել ցավի դեղորայքային և ոչ դեղորայքային բուժման մեթոդները
- հաշվի առնել երեխայի հոգեւոցիալական սթրեսի առկայությունը
- պարբերաբար գնահատել ցավի աստիճանը և անցկացվող բուժման պատասխանի դինամիկան.

Ոչ դեղորայքային ցավագրկման մեթոդները

Շեղող մեթոդներ (տաքի/սառի ազդեցությունը, հպում/մերսումը, Էլեկտրական նյարդային խթանումը, ասեղնաբուժությունը, արոմաթերապիան).

Հոգեբանական մեթոդներ (ուշադրության շեղումը ռելաքսացիոն տեխնիկա, կոգնիտիվ/վարքային թերապիա, արտթերապիա, երաժշտություն, հիպնոզ):

Դեղորայքային մեթոդներ

Օգտագործման սկզբունքները տարածվում են և օփիոիդային և ոչ օփիոիդային ցավագրկողների օգտագործմանը՝

Հաբերով՝ օգտագործել (հնարավորության դեպքում) դեղորայքի ընդունման ներքին օգտագործման («պերօրալ») ուղին

Ժամերով՝ դեղորայքը ընդունել կանոնավոր ժամանակացույցով՝ չսպասելով մինչև ցավը նորից կսկսվի

Անհատական մոտեցում ցուցաբերել յուրաքանչյուր երեխայի նկատմամբ՝ ցավագրկումն իրականացնել տվյալ երեխային համապատասխան

«Աճման կարգով». ոչ օփիոիդայիններից դեպի օփիոիդային ցավագրկողներ. հետագայում օփիոիդների դեղաչափերը բարձրացնելով մինչև լիարժեք ցավագրկման հասնելը:

Աղյուվանտ ցավագրկողների օգտագործումն իրականացվում է տարիքային դեղաչափերին համապատասխան (ի լրացումն օփիոիդային և ոչ օփիոիդային ցավագրկողների):

Կորտիկոսթերոիդները (դեքսամեթազոն, պրեդնիզոլոն) լայնորեն կիրառվում են, շատ արդյունավետ են նյարդային վերջույթների և ողնուղեղի ճնշման ժամանակ:

Հակադեպրեսանտները (ամփոփատիլին) օգտագործվում են նեյրոպաթիկ ցավերի դեպրեսիայի դեպքում:

Հակացնցումային դեղորայքները (գաբապենտին, կարբամազեպին), օգտագործվում են նեյրոպատիկ ցավերի տարբեր տեսակների ժամանակ:

Սպազմոլիտիկները (հիոսցին, որոշ դեպքերում՝ ատրոպին) օգտագործվում են ընդերային ցավերի ժամանակ, սպազմերի, խիթերի ժամանակ:

Մկանային ռելաքսանտները(դիազեպամ, կլոնիդին, քակլոֆեն) օգտագործվում են դիստոնիաների/ մկանային ջղաձգությունների ժամանակ:

Բուժման այլ մեթոդներ (որպես լրացում, երբ ցավազրկման դրական պատասխանը բացակայում է). ճառագայթաբուժություն, քիմիաթերապիա, վիրաբուժական բուժում, հոգեբանական աջակցություն, նյարդի պաշարում, տեղային անեսթետիկների կիրառում:

ՊԱԼԻԱՏԻՎ / ԱՄՈՔԻՉ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ
ՊԱՌԿԵԼԱԽՈՑԵՐԻ, ՔԱՅՔԱՅՎՈՂ ԱՐՏԱՔԻՆ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ և ՄԱՇԿԻ ՔՈՐԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ: ՄԱՇՔԻ ԽՆԱՄՔ

Մաշկի խնդիրներ

Մաշկի խնդիրների բուժումը հաճախ առաջացնում է դժվարություններ: Նրանց կանխարգելումը միշտ ավելի հեշտ է, քան բուժումը, քանի որ երեխաները թույլ են և ոչ ակտիվ: Շնորհիվ օրգանիզմի նյութափոխանակության կատարելի կողմնորոշմանը, մաշկը շատ խոցելի է մացերացիայի և վնասվածքների հանդեպ, որը հետագայում վատ է լավանում/բուժվում: Հնարավոր խնդիրները կանխելու համար պահանջվում է հիվանդի լավ խնամք:

Պատկելախոցեր և քայքայվող արտաքին ուռուցքներ

Պատճառներ՝ աննախադեպ պասիվություն (ոչ ակտիվ վիճակ), մաշկի կատարելի (catabolic) նյութափոխանակության կողմնորոշում, մաշքի խոցելիություն մացերացիայի և վնասվածքների հանդեպ:

Պատկելախոցեր

- մահացած հյուսվածքի սահմանափակ գոտիներ
- առաջանում են արյան- և ավշամատակարարման խանգարման արդյունքում մաշկի և ենթամաշկային շերտերի մակարդակով՝ ճնշման և ճմլման հետևանքով:

Պատկելախոցերի առաջացման հաճախականությունը

Doreen Norton – ի պատկելախոցերի խնամքի առաջին ուսումնասիրությունը

- Հիվանդությունը զարգացել է հիվանդանոցից դուրս գրումից հետո՝ 24%
- 11%-ը դուրս գրված հիվանդների ունեցել է պատկելախոցեր
- 54% - ը մահացած հիվանդների ունեցել են պատկելախոցեր
- 70% -ը մոտ պատկելախոցերը զարգացել են առաջին 2 շաբաթվա ընթացքում
- Պացիենտների 7%-ը՝ առանց սֆինկտերների (sphincter) գործառույթի / ֆունկցիայի խաթարման
- Պացիենտների 59% - ը տառապում էր անզսպությամբ:

- o Պատկելախոցերով հիվանդների մահացությունը 5 անգամ ավելի բարձր է, քան պատրկելախոցեր չունեցող հիվանդներինը:

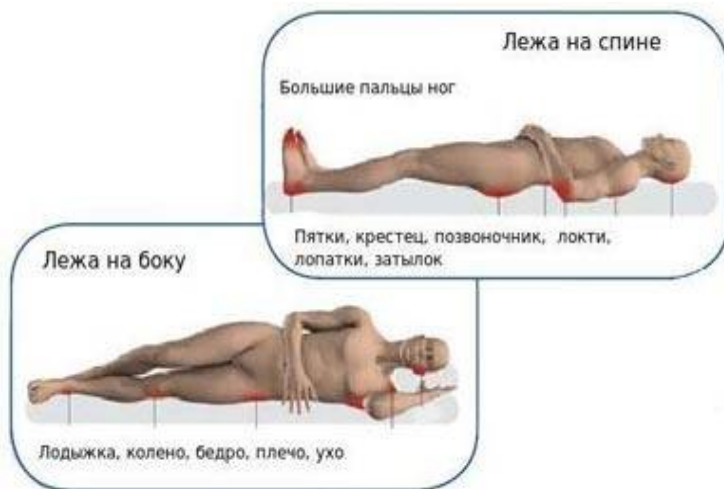
Նպաստող գործոններ՝ ներքին գործոններ

- Ծերություն
- Նյարդաբանական խանգարումների
- Անոթային խանգարումների
- Թերսնում, ջրազրկում
- Քաղցկեղ, շաքարախտ /դիաբետ/, սեպսիսային վիճակներ
- Գիրություն, հյուծում (կախեքսիա)
- Հանգստացուցիչ դեղամիջոցներ

Նպաստող գործոններ՝ արտաքին գործոններ

- Ճնշում (сдавление)

- Ճմլում (ущемление)՝ ծալքերը առաջացում
- Անգսպություն (օրինակ. մեզի)
- Արտահայտված քրտնարտադրություն
- Անշարժունակություն (immobilization)
- Մխալ (կոշտ) մոբիլիզացման տեխնիկա
- Անբավարար խնամք (մաշկի, անկողնային սպիտակեղեն)
- Ավելորդ խոնավություն (մոմլաթ և ուրիշ սինթետիկ նյութեր)
- Դեղամիջոցներ
- Անհամապատասխան հագուստ
- Հիվանդի սխալ դիրքավորում անկողնում



Ճմլում

- Նստած դիրքում, հիվանդի մաշկը կարող է լինել հարթ, սակայն ենթամաշկային հյուսվածքները (ցելյուլոզա, մկաններ) կարող են առաջացնել ծալքեր:
- Խախտվում է արյան հոսքը դեպի մարմնի այդ մասերը, և, որպես հետևանք, առաջանում է հյուսվածքների հիպոքսիա, այտուց և նեկրոզ:

Պառկելախոցերի աստիճանների զարգացումը

1 աստիճան - Մաշկի կարմրություն, միկրոշրջանառությունը խախտված չէ

2 աստիճան - Կարմրություն, միկրոշրջանառությունը խախտված է, մակերեսային խոցեր, բշտիկներ

3 աստիճան - Հյուսվածքի բացակայություն մաշկում և ենթամաշկային շերտերում, էքսուդատ

4 աստիճան - Մինչև ոսկոր խորը ջլերի և մկանների վնասում, հեղուկ, էքսուդատ, հյուսվածքների նեկրոզ

5 աստիճան - խուղակներ

Պառկելախոցերի գնահատումը

- Հիվանդության պատմության /անամնեզ/ տևողությունը, նախորդ բուժման արդյունավետությունը
- Տեղակայումը, չափսերը, աստիճանը

- Էքսուդատի առկայություն, այրունագեղում/ այրունահոսություն, նեկրոզ
- Ցավի առկայության, վարակի/ինֆեկցիայի նշաններ
- Բացասական ազդող գործոնները՝ RT, թերսնուցում, ստերոիդներ, և այլն հիվանդություններ
- Գրանուլյացիաների առկայություն / բացակայություն
- Հոգեբանական ազդեցություն՝ վախ, անհանգստություն, դեպրեսիա, ինքնազնահատման իջեցում, օտարացում, ինքնամեկուսացում

Բուժման նպատակները

- Կյանքի որակի պահպանում
- Պառկելախոցերի բուժում
- Վատթարացման կանխարգելում
- Ցավի վերահսկում և անհանգստության վերացում
- Պառկելախոցերի վարակի կանխարգելում
- Տիպիկ հոտերի վերացում և էքսուդատի առաջացման կանխարգելում
- Արյունահոսության ռիսկի նվազեցում

Պառկելախոցերի կանխարգելում

- Ընդհանուր հիգիենա
- Մաշկի ամբողջականության պահպանում
- Ճնշման /ճնշման նվազեցում / վերացում
- Հիվանդի մոբիլիզացում
- Սնուցման բարելավում, ջրազրկման վերացում
- Ցավի վերահսկում
- Անզսպության վերահսկում և գնահատում
- Կանոնավոր ձևով ճնշման կետերի հայտնաբերում
- Հիվանդի և ընտանիքի անդամների կրթում

Պառկելախոցերի կանխարգելում

Մաշկի խնամք

- Մաշկի վնասման կանխարգելում՝ զգուշորեն հանել շորերը, բացառել / կանխել մաշկի վնասումը. շփում կոպիտ սրբիչով, ճարպային օճառի օգտագործում, ակոհոլով շփում, դիմափոշի, կոշտ մերսում:
- Վտանգի գոտիների քսուքով ամենօրյա պատում, կամ ցինկի քսուքի օգտագործում այն տեղերում, որ վնասվում են անզսպություն արտադրանքով:



Մաշքի քոր

Պատճառները՝

Խոլեստազ, ուրեմիա, չարորակ նորագոյացություններ (տեղայնացած քոր. մելանոմաթոզ, սնկային միկոզ, կարցինոմա, մաշկի մետասթազային ներթափանցում, և այլն; համատարած քոր. քրոնիկ լիմֆոլեյկոզ, լիմֆոմա, սնկային միկոզ, բազմակի միելոմաներ, պարանեոպլաստիկ համախտանիշ և այլն):

Մաշկի չորություն և նրա ատրոֆիա, երկաթի պակասություն: Յարթոգեն քոր (թմրադեղեր /նարկոտիկ ցավազրկողներ, ասպիրին, ամֆետամին, էրիթրոմիցին, հորմոնալ դեղամիջոցները, ֆենոթիազիններ):

Պալիատիվ խնամքի առանձնահատկությունները.

Հրահրող գործոնների վերացում (կծու սնունդ, շոգ, ջրազրկում, անհանգստություն, ձանձրույթ): Թեթև հագուստ, հովհարներ օդափոխման համար: Ջերմ լոգանք կամ ցնցող օճառի փոխարեն յուղ պարունակող էմուլսիաներով կամ խոնավեցնող քսուքներով: Մաշկի խոնավեցում քսուքներով: Կարճ կտրված եղունգներ, բամբակյա ձեռնոցների օգտագործում, հիվանդի համբերատար կրթում (մաշկը նրբորեն շփել, բայց ոչ քորել): Ցավազրկող պրոցեդուրաներ և դեղամիջոցներ: Հիպնոթերապիա և վարքագծային թերապիա, միջմաշկային էլեկտրոնյարդային խթանում, ասեղնաբուժություն:

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ

ԷԹԻԿԱՅԻ և ԴԵՈՆԹՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԱՐՑԵՐԸ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ

Յուրաքանչյուր բուժաշխատող իր մասնագիտական գործունեության մեջ պետք է առաջնորդվի էթիկական սկզբունքներով, որոնք կազմում են բժշկության բարոյական հիմնաքարերը: Բժշկական դեոնտոլոգիան (հուն. deon, deontos-պարտք) ուսմունք է բուժաշխատողների մասնագիտական պարտքի մասին:

Պալիատիվ բժշկության հիմնական էթիկական սկզբունքներն են.

Հարգել կյանքը

Ընդունել մահվան անխուսափելիությունը

Ռացիոնալ օգտագործել հնարավոր ռեսուրսներ

Բարիք գործել (ազատելով երեխային ցավի զգացումից և հուզական աջակցություն տրամադրելով)

Վնասը հասցնել նվազագույնի

Ապահովել ինքնավարություն և պատասխանատվություն՝ փորձելով խնամքի հարցերին «նայել» երեխայի աչքերով, նույնիսկ երբ նրանք զուրկ են իրավական ինքնավարությունից

Արդարության սկզբունք

Համագործակցության սկզբունք

Պալիատիվ օգնության էթիկական սկզբունքների հիմքում ընկած է այն գաղափարը, որ անբուժելի կամ սահմանային վիճակում գտնվող հիվանդը կենսաբանական օբյեկտ չէ, որի համար ցավազրկելուց բացի այլևս ոչինչ հնարավոր չէ անել: Մենք գործ ունենք մարդկային անհատի հետ, որն ունակ է լսել, տեսնել, զգալ և հասկանալ, եթե նրա հետ հաղորդակցումն արդյունավետ ապահովվի:

Բուժաշխատողները պետք է ընդունեն, որ բժշկության հնարավորությունները սահմանափակ են, ուստի հարկավոր է հրաժարվել ավելորդ բուժումներից: Անհրաժեշտ է հրաժարվել այն պատրանքից, որ ախտանիշների կառավորումը ցավի ու տառապանքի հաղթահարման միակ միջոցն է: Հարկ է հիշել, որ ընդհանուր ցավը (մահվան և մեկուսացման վախը, միայնությունը, գոյաբանական հարցերը, ուրիշներին բեռ լինելու գիտակցումը, և այլն) հնարավոր չէ հաղթահարել միայն դեղորայքի միջոցով: Հետևաբար, ընդհանուր ցավի դեպքում արդյունավետ է լինում դեղորայքային և ոչ դեղորայքային միջոցների համատեղ կիրառումը:

Մանկական պալիատիվ ոլորտում բարիք գործելու սկզբունքը ներառում է երեխային և նրա հարազատներին օգտակար լինելը, պալիատիվ ծառայության հնարավորությունների մասին տեղեկատվություն տրամադրելը, երեխայի և նրա ընտանիքի կյանքի որակի բարելավումը, երեխայի հուզական-հոգեբանական առանձնահատկությունները հաշվի առնելը, երեխաների հարազատների հետ վստահելի ու ազնիվ հարաբերություններ ստեղծելը:

Չվնասելու սկզբունքը ենթադրում է երեխայի հարազատներից կարևոր տեղեկատվության չքողարկումը և երկիմաստ հաղորդագրությունների փոխանցումից խուսափելը: Այս ոլորտում հիվանդ երեխային վնաս կարելի է հասցնել ինչպես անհրաժեշտ աջակցության բացակայությամբ (անտարբեր և դժկամ վերաբերմունք երեխայի և նր ընտանիքի կարիքների հանդեպ), այնպես էլ անորակ և ոչ մասնագիտական օգնությամբ:

Երեխայի ծնողներն ու հարազատները իրավունք ունեն ընտրել և ընունել ինքնուրույն որոշումներ: Պալիատիվ ծառայության մասնագետները պետք է բազմակողմանի տեղեկատվական աջակցություն տրամադրեն և հարազատների հետ միասին համաձայնեցնեն հետագա գործողությունների առաջնահերթություններն ու ռազմավարությունները:

Բժշկական ռեսուրսները պետք է հավասարապես հասանելի լինեն պալիատիվ ոլորտի բոլոր հիվանդների համար՝ անկախ սոցիալական և տնտեսական կարգավիճակից, ազգային և կրոնական պատկանելիությունից:

Պալիատիվ ոլորտի կարգավիճակից ելնելով՝ ծնողները հարկադրված են վստահել իրենց երեխայի կյանքը բուժաշխատողներին: Հարազատների և բուժանձնակազմի միջև ստեծված հարաբերություններով ուղղակիորեն պայմանավորված է երեխայի կյանքի որակը: Հետևաբար ծնողների և հարազատների մոտեցումների նկատմամբ բարյացկամ և հարգալից վերաբերմունքը արդյունավետ փոխհարաբերության հիմնաքարերից է: Բուժաշխատողի և հիվանդի հարազատների միջև հաղորդակցումը բավականին բարդ և բազմակողմանի գործընթաց է, որը ներառում է և բուժաշխատողի մասնագիտական բանիմացությունը, և երկու կողմերի անձնային առանձնահատկությունները: Հարկավոր է կառուցել հասուն և հավասար հարաբերություններ, ինչին նպաստող կարևորագույն գործոնը հիվանդին աջակցելու բուժաշխատողի ցանկությունն է:

Որոշումներ կայացնելու ծնողների իրավունքը չի ենթադրում, որ երեխաները ընդհանրապես չպետք է մասնակցեն իրենց առողջությանն ու խնամքին առնչվող որոշումներին: Սա հատկապես կարևոր է դեռահասների դեպքում, երբ՝ չքննարկելով նրանց վախերը, անհանգստություններն ու նախընտրությունները, նպաստում ենք նրանց մեկուսացմանը և տագնապի բարձրացմանը:

Միջազգային ընթացակարգերում որոշակիորեն արտացոլված են կյանքի ավարտի խնամքին վերաբերող որոշումների էթիկական և իրավական չափանիշներ: Այնուամենայնիվ, կոնկրետ իրավիճակներում դրանց կիրարկումը տարաձայնություններ է առաջացնում: Այդ չափանիշներից է կյանքի որակը: Ինչպես գիտենք, պալիատիվ խնամքի նպատակն է ավելացնել կյանք երեխայի տարիներին, ոչ թե տարիներ՝ երեխայի կյանքին: Երբ որոշում է կայացվում՝ հաշվի առնելով խնամքի օգտակար և վնասաբեր հանգամանքները, պետք է մոտենալ հարցին կյանքի որակի, այլ ոչ թե կյանքի քանակի տեսանկյունից: Կյանքի որակի հարցերը ներառում են կոնկրետ փաստերը, օբյեկտիվ ախտորոշման օբյեկտիվ կանխատեսումները և սուբյեկտիվ այնպիսի հանգամանքներ, ինչպիսիք են, օրինակ այն դեպքերը, երբ երեխայի տառապանքները գերազանցում են բուժման առավելությունները: Նորածինների և սահմանափակ կոգնիտիվ հնարավորություններ կամ կոմայի մեջ գտնվող երեխաների դեպքում, , բնականաբար, որոշումներ կայացնելու հարցը պայմանավորում է ծնողների արժեքային համակարգով ու պատկերացումներով: Ամեն դեպքում հարկավոր է

հիշել, որ պալիատիվ խնամքը պետք է ուղղված լինի տառապանքի նվազեցմանը՝ նպաստելով կյանքի որակի պահպանմանը՝ նույնիսկ եթե խնամքի հետ կապված գործողությունները ոչ կանխամտածված սահմանափակում են կյանքի տևողությունը:

Պալիատիվ բժշկության հիմնական էթիկական խնդիրներն են.

1. Բուժման ընտրությունը

Բուժումը բարդ գործընթաց է, և ցանկացած բուժման տեսակ ընտրելուց առաջ հարկավոր է հաշվի առնել.

Հիվանդի օրգանիզմի հնարավորությունները

Յուրաքանչյուր բուժման թերապևտիկ նպատակներն ու առավելությունները

Կողմնակի ազդեցությունները

Հիվանդի ցանկությունները

2. Անբուժելի հիվանդների հետ հաղորդակցումը

Այս ոլորտի էթիկան, հատկապես, սահմանում է ոչ միայն որոշումներ ընդունելու կարևորությունը, այլև հարաբերությունների որակական բնույթը. շարունակականությունը, անկեղծությունը, վստահությունն ու հուսալիությունը:

Հիվանդի առողջական վիճակի մասին տեղակատվությունը հնարավորություն է տալիս բժիշկին ոչ միայն օգնություն տրամադրել անհրաժեշտության դեպքում, այլև որոշակի իշխանություն է տալիս նրան հիվանդի նկատմամբ: Հիվանդներին իրենց առողջության մասին կարևոր տեղեկությունների տրամադրման ձախտումը կարող է ազդել կարևոր որոշումներ ընդունելու նրանց կարողության վրա: Ճշմարիտ տեղեկատվության բացահայտման և գաղտնիության երկընտրանքը պայմանավորված է հիվանդի իրավունքների և բուժող բժիշկի պատասխանատվության միջև առկա անհամաձայնությամբ:

Հիվանդի կողմից իր անբարենպաստ ախտորոշման գիտակցումը, հատկապես ուռուցքաբանական պաթոլոգիայի դեպքում, կարող է հանգեցնել տևական և ծանր դեպրեսիայի: Այս առումով, հիվանդին իր հնարավոր մահացու ելքի մասին չասելը երկար ժամանակ ընդունված դեոնոլոգիական մոտեցում է եղել խորհրդային բժշկության մեջ: Որպես կանոն, անբուժելի հիվանդներն իրենց համար տրամադրված տեղեկատվությունը ստանում են այլ աղբյուրներից: Ընդ որում հարազատների ոչ լիարժեք բանավոր տեղեկությունները, ոչ վերբալ ողբերգական դրսևորումները, ինչպես նաև բժշկական անձնակազմի խուսափողական վարքագիծը բացասական ազդեցություն են ունենում հիվանդի վրա: Ուստի անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր դեպքի համար առաջնորդվել առանձնահատուկ մոտեցումով: Հիվանդի հետ իր ախտորոշման մասին անհրաժեշտ է խոսել, եթե այն կնպաստի ավելի արդյունավետ բուժմանը, քանի որ բուժման արդյունավետությունը կախված է ոչ միայն, այն հանգամանքից, թե ինչպես կբուժեն հիվանդին, այլև՝ թե ինչպես նա ինքը կբուժվի/կընդունի բուժումը: Հիվանդի հետ իր

հիվանդության ծանրության մասին անհրաժեշտ է խոսել, եթե նա համառորեն հարցեր է տալիս և դժգոհ է մնում իրեն խնայող պատասխաններից: Հակառակ դեպքում՝ բժշկի հանդեպ անվստահությունը անբարենպաստ ազդեցություն կունենա բուժման ընթացքի վրա:

3. Վատ լուրեր հայտնելը

Վատ լուրը միանշանակ փոխում է հիվանդի պատկերացումներն ու սպասելիքները իր ապագայի հանդեպ: Հիվանդին և նրա հարազատներին ճշմարտություն հայտնելուց հարկավոր է առաջնորդվել հետևյալ սկզբունքներով. երբեք չխաբել հիվանդին և խուսափել անխոհեմ անկեղծությունից: Հիվանդի և բժշկի հարաբերությունները հիմնվում են վստահության վրա, որն ամրապնդվում է ազնվությամբ, սակայն թուլանում է սուտ կամ սխալ տեղեկատվության արդյունքում: Այնուամենայնիվ պետք է նշել, որ հիվանդները միշտ նախընտրում են <<փափուկ ճշմարտությունը>>: Հարկավոր է որքան հնարավոր է մեղմել բացասական բառերի առաջնային ընկալումը:

4. Հիվանդի հարազատների մասին հոգ տանելը

Հիվանդի հարազատների մասին հոգ տանելը մահացող հիվանդի խնամքի կարևորագույն բաղկացուցիչն է: Անբուժելի, սակայն վերահսկելի հիվանդությունը զգալիորեն թեթևացնում է հարազատի ապրումները: Հարազատների հետ հաղորդակցման նախաձեռնությունը պետք է լինի բուժաշխատողի կողմից:

«Էվթանազիա» բառն առաջացել է հունարեն *eu* - լավ է, և *Thanatos* – մահ բառերից. Այն ենթադրում է անբուժելի հիվանդությամբ մարդու գիտակից, պատճառաբանված, կանխամտածված և բավականին արագ կյանքի ընդհատումը: Պալիատիվ օգնության կարևորագույն դրույթներից է արժանավայել մահվան գաղափարը: Մինևույն ժամանակ կանխամտածված մահն անընդունելի է, քանի դեռ հիվանդի ախտանիշները վերահսկելի են: Բժիշկներն ու բուժքույրերը հասկանում են, որ իրենց պարտքն է խրախուսել կյանքը, ոչ թե՝ մահը, և արհեստականորեն ոչ դանդաղեցնել, և ոչ էլ՝ արագացնել հիվանդի մահը:

Ինչ վերաբերում է մանկական պալիատիվ բժշկությանը, ապա այստեղ թեպետև էթիկական սկզբունքները նույնն են, սակայն կան որոշ առանձնահատկություններ՝ կապված դրանց կիրառման հետ, քանի որ.

Երեխաները հնարավոր է լիարժեք չհասկանան իրենց հիվանդությունն ու բուժումը

Երեխաները միշտ չէ, որ կարող են արտահայտել իրենց մտքերն ու ցանկությունները

Երեխաների իրավունքները ավելի քիչ են պահպանվում

Մանկական պալիատիվ խնամքի շրջանակներում էթիկական սկզբունքները կիրառելիս հարկավոր է պատասխանել հետևյալ հարցերին.

1. Ի՞նչ է պետք որոշել
2. Ո՞վ է որոշում
3. Ի՞նչպես են նրանք որոշում

ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔԻ ԵՆԹԱՏԵՔՍՏՈՒՄ

Պալիատիվ խնամքի տրամադրման որակը էապես կապված է պալիատիվ խնամքի կարիք ունեցող երեխայի և իր ընտանիքի հետ մասնագետների հաղորդակցման որակի հետ:

Հաղորդակցումը (լատ. *communicatio`* շփում, հաղորդում, փոխանցում)` այն ակտիվությունն է, որը տեղի է ունենում այլ մարդկանց հետ ուղղակի կամ անուղղակի փոխազդեցության միջոցով: Վերջինս կարող է դրսևորվել ինչպես վերբալ կոնտակտի` խոսքի, այնպես էլ` ոչ վերբալ կոնտակտի` ժեստերի, միմիկայի, մնջախաղի միջոցով:

Արդյունավետ հաղորդակցման չափանիշներն են.

- Հարգանք զրուցակցի անձի նկատմամբ
- Ուշադրություն իրավիճակի ընկալման այլ տեսակետի, այլ տարբերակի նկատմամբ
- Զրուցակցի ընդունում` առանց գնահատականներ տալու
- Քննարկման և լուծումների տարբերակներ որոնելու պատրաստակամություն
- Ապրումակցող վերաբերմունք
- Փոխազդեցության գործընթացն ընկալվում է որպես որևէ բանի հնարավորություն
- Հաշվի են առնվում զրուցակցի պահանջմունքները/կարիքները, հնարավորությունները և սահմանափակումները
- Հետադարձ կապի առկայություն
- Ուշադրության կիզակետն ուղղված է կոնկրետ իրավիճակին:

Ոչ արդյունավետ հաղորդակցման չափանիշներն են.

- Սեփական տեսակետի «կուրորեն» պնդում:
- Զրուցակցին լսելու ցանկության բացակայություն:
- Զրուցակցի մասնագիտական և անձնային որակների գնահատում:
- Ոչ հավասար դիրքեր. ես ճիշտ եմ, դու` սխալ:
- Նեգատիվ հույզերի ակտիվ արտահայտում` ջղայնություն, գոռոցներ, հեզմանք:
- Տեղեկատվությունը ընկալվում է որպես սպառնալիք, պարտադրանք, ենթարկեցում
- Հաշվի է առնվում միայն սեփական շահը:
- Զրուցակիցը ստիպված է տեղեկատվության բաց թողնված մասի վերաբերյալ գուշակումներ անել:
- Հետադարձ կապի բացակայություն:
- Ուշադրության կենտրոնացում սեփական դիրքի պաշտպանության և սեփական անձի վրա:

ՊԽ-ի մասնագետի հաղորդակցման կանոնները`

- Պրոֆեսիոնալություն. մասնագետը պետք է հասկանա իր մասնագիտական պարտականությունները` նպատակները, խնդիրները, աշխատանքի էությունը:
- Պարզություն և անկեղծություն. մասնագետի ոչ անկեղծ լինելը և երկակի ուղերձները կարող են նպաստել տագնապայնության բարձրացմանը կամ ընտանիքի ոչ իրական սպասելիքների ձևավորմանը:
- Ամբողջականություն և կոնկրետություն. մասնագետը պետք է տիրապետի իրավիճակի վերաբերյալ տեղեկատվության` ինչպես երեխայի, այնպես էլ ամբողջ ընտանիքի վերաբերյալ:

- Բարեդրացիականություն՝ մասնագետը պետք է ունենա չգնահատող դիրքորոշում հիվանդ երեխայի ընտանիքի անդամների հուզական և հոգեբանական բոլոր ապրումների նկատմամբ:
- Ուշադրություն խնդրանքների և ցանկությունների նկատմամբ:

Ինչպես երևում է նկար 1-ում, մանկական պալիատիվ խնամքում հաղորդակցման համակարգի ձևերը հետևյալն են.

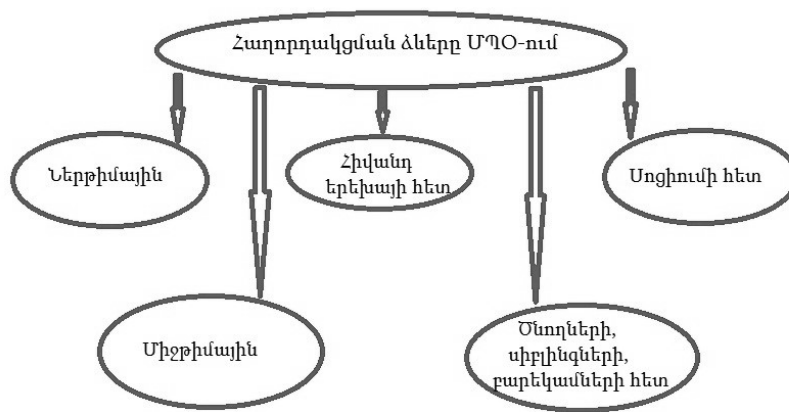
Երեխայի ընտանիքի՝ ծնողների, քույր-եղբայրների, և բարեկամների հետ

Հիվանդ երեխայի հետ

Ներթիմային հաղորդակցում

Միջթիմային հաղորդակցում

Հաղորդակցում սոցիումի/համայնքի հետ



Նկար 1. Հաղորդակցման համակարգը մանկական պալիատիվ խնամքում

Հաղորդակցում ծնողների հետ: Ծնողների հետ հաղորդակցում ապահովելու/կառուցելու համար/ժամանակ պետք է հաշվի առնել հետևյալը.

- Ախտորոշման ընդունման որ փուլում են գտնվում ծնողները
- Ծնողների կողմից դրսևորվող հոգեբանական պաշտպանությունների ի հայտ գալը, ինչը խոչընդոտում է արդյունավետ հաղորդակցմանը

Ախտորոշման ընդունման փուլերն են.

Շոկի փուլ: Արտաքուստ կարող է դրսևորվել ընդարմացման, իրականությունից կտրված լինելու զգացողությամբ կամ ընդհակառակը՝ աժիտացիայի/վրդովմունքի տեսքով: Շոկը պաշտպանում է մարդուն անսպասելի բացասական իրադարձությունից և նպաստում է ստացված տեղեկատվության վերամշակմանը:

Ակտիվ բուժման փուլ: Հնարավոր բոլոր միջոցների որոնում բուժման համար:

Ընդունման և հարմարման փուլ: Ընտանիքը հարմարվում է կյանքի փոփոխված պայմաններին, սկսում է կյանքը վերակառուցել բուժման չենթարկվող երեխայի հետ:

Վշտի փուլ. երեխայի մահվան վերապրում:

Ծնողների հոգեբանական պաշտպանություններն են .

Իրականության աղավաղում, ժխտում

Մուր հուզական ապրումներ՝ հիստերիաների, լացի, գոռոցների ձևով դրսևորվող

Նեգատիվ հույզերի և կատաղության լիցքաթափում՝ մեղավորների որոնում

Հույզերի փոխանցում առավել հասանելի օբյեկտի վրա

Ռեգրես՝ անցում ինֆանտիլ վիճակի, անօգնականություն

Ինտելեկտուալիզացիա՝ պատճառահետևանքային կապերի ուսումնասիրում, նմանատիպ իրավիճակների որոնում

Մեկուսացում՝ արտաքին միջավայրից, կոնտակտներից խուսափում

Մանկական պալիատիվ խնամքում ծնողների հետ հաղորդակցման առանցքային և ամենաբարդ ասպեկտներից մեկը վատ լուրերի հայտնումն է կամ «դժվար» գրույցը: Ընդ որում՝ այդ գրույցի արդյունավետությունը կարող է հիմք հանդիսանալ ընտանիքի հետ համագործակցային հարաբերությունների կառուցման համար: «Դժվար գրույցը» այնպիսի տեղեկատվության հայտնում/փոխանցում է, որը բացասաբար է փոխում հիվանդի կողմից ապագայի նկատմամբ իր ընկալումը: Կարող է հանգեցնել նաև անհուսության զգացման, անձի հոգեկան կամ ֆիզիկական բարօրության սպառնալիքի, հաստատված կենսաոճի կտրման ռիսկի:

Ախտորոշումը շոկային ռեակցիա առաջ բերող իրադարձություն է: Կախված այն հանգամանքից, թե ինչպես է տրվում ախտորոշման մասին տեղեկատվությունը, այն ազդում է ընտանիքի անդամների վրա և հիմք է հանդիսանում թիմի հետ աղյունավետ հարաբերություններ կառուցելու համար: Այս պարագայում հոգեսոցիալական թիմի անդամները կարող են կամուրջի դեր կատարել. մի կողմից ուղղորդել մասնագետին, ով պիտի հաղորդի լուրը, մյուս կողմից՝ աջակցել ընտանիքին այդ լուրը հասկանալու, ներքնայնացնելու և հաղթահարելու գործում:

Վատ լուրերի հայտնումը կարող է լինել բարդ՝ ելնելով հետևյալ պատճառներից.

- Անհանգստություն նրա համար, թե ինչպես այդ լուրը կազդի անձի վրա
- Անձի վախերը սոցիալական խարանից և հիվանդության ու հաշմանդամության ազդեցություններից

- Վախ հիվանդի կողմից նորությանը տրվող արձագանքից
- Անվստահություն՝ կապված ինտենսիվ հուզական արձագանքի հետ գործ ունենալու հետ
- Մեղադրվելու վախ
- Մտավախություն, թե ինչպես այդ հույզերը կազդեն իր /բժիշկի/ վրա
- Տվյալ հիվանդին համապատասխան և նրբանկատորեն նորությունը հայտնելու անհանգստություն
- Հույսը խլելու մտավախություն

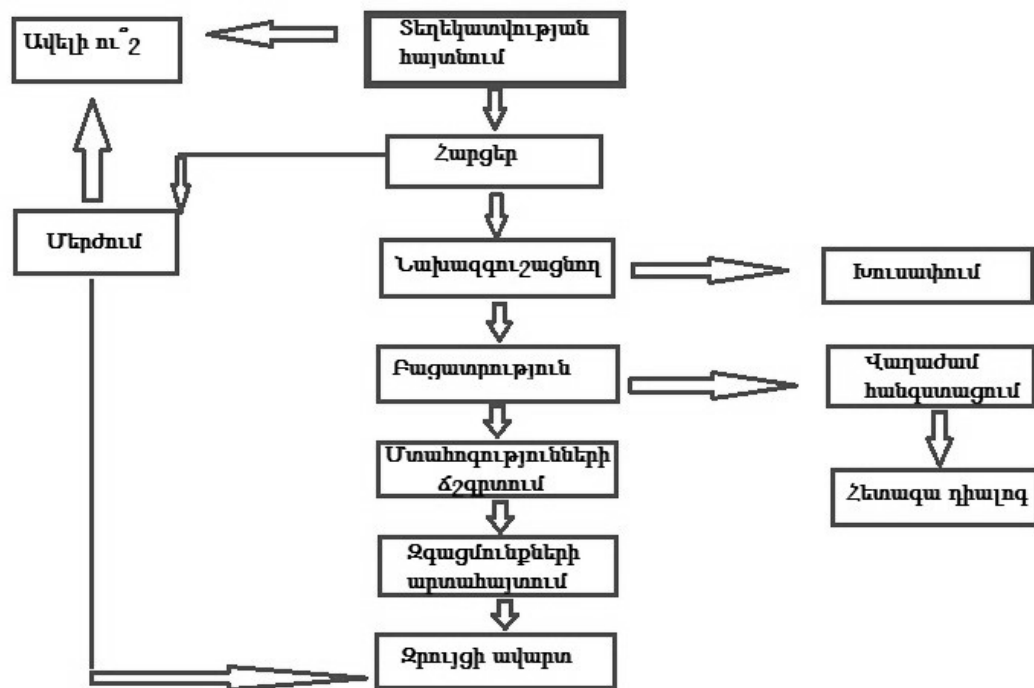
«Դժվար զրույցի» նպատակներն են.

Հիվանդից/ծնողից հավաքագրել տեղեկատվություն,

հիվանդին/ծնողին տրամադրել դյուրըմբռնելի տեղեկատվություն՝ համաձայն իր կարիքների և ցանկությունների,

աջակցել հիվանդին/ծնողին՝ նվազեցնելու հուզական ազդեցությունը և մեկուսացվածությունը,

կայացնել հիվանդի/ծնողի հետ արդյունավետ համագործակցություն:



Նկար 2. «Դժվար» զրույցի իրականացման մոդել

Փիթը Կայեն իր «Վատ լուրերի հայտնում» գրքում (Peter Kaye, Breaking Bad news) ներկայացնում է վատ լուրերի հաղորդման 10 քայլով մոդելը: Նկար 2-ում կարող եք տեսնել զրույցի իրականացման կառուցվածքը, որը ներառում է հետևյալ քայլերը:

Քայլ 1. Նախապատրաստում:

Հնարավորինս շատ տեղեկատվություն հավաքեք հիվանդի և իր հիվանդության մասին

Ճշգրտեք՝ ով պետք է ներկա լինի գրույցի ընթացքում: Կարևոր է գրույցի ընթացքում նաև հոգեբանի ներկայությունը:

Նախապես հաստատեք տրամադրվող ժամաքանակը և նախապատրաստեք տարածքը: Նախապատրաստվելիս օգտագործեք այնպիսի արտահայտություններ, ինչպիսիք են. «Կուզենայի քննարկել երեխայի հիվանդության հետ կապված բարդ հարցեր», «Ցավո՛ք, ամեն ինչ բավականին լուրջ է»: Քայլ 2. Հիվանդի/ծնողի կողմից իր կամ երեխայի հիվանդության մասին իմացության ճշգրտում

Խնդրեք նկարագրել հիվանդությանը նախորդող իրադարձությունները, որպեսզի ավելի լավ հասկանաք հիվանդության առանձնահատկությունները, այսինքն՝ ինչպես սկսվեց հիվանդության պատմությունը հիվանդի աչքերով:

Ճշգրտեք՝ ինչն էր ամենադժվարը իր համար: Ուշադրություն դարձրեք՝ ինչպիսի՞ բառ է օգտագործում հիվանդը/ծնողը հիվանդության մասին խոսելիս:

Ուշադրություն դարձրեք՝ ինչպիսի՞ ենթադրություններ ունի ապագայի նկատմամբ հիվանդը, ինչպե՞ս է հասկանում իր հիվանդությունը:

Քայլ 3. Հիվանդի կողմից իր հիվանդության մասին տեղեկատվություն ստանալու ցանկության ճշգրտում.

«Կուզենայի՞ք, որ ավելի շատ բան բացատրեի Ձեզ»: Եթե վստահ եք, որ հիվանդը/ծնողը ցանկանում է ստանալ տեղեկատվություն, անցեք հաջորդ քայլին:

Եթե հիվանդն այնքան վստահ չէ, քննարկեք իր հետ իր կասկածները:

Հիվանդը կարող է հրաժարվել լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալուց, օրինակ՝ ասելով, որ վախենում է հարցնել: Այդ դեպքում կարելի է քննարկել իր վախի պատճառը կամ առաջարկել հանդիպել ավելի ուշ:

Քայլ 4. Հնարավոր մերժում

Այն դեպքում, երբ հիվանդը փոխում է խոսակցության թեման, նշանակում է, որ այս պահին չի ցանկանում ստանալ լրացուցիչ տեղեկատվություն: Զրույցի օրինակ.

Բժիշկ. - Կցանականայի՞ք, որ հիմա ավելի շատ բան բացատրեի Ձեր հիվանդության մասին

Հիվանդ. - Ախորժակս արդեն լավ է

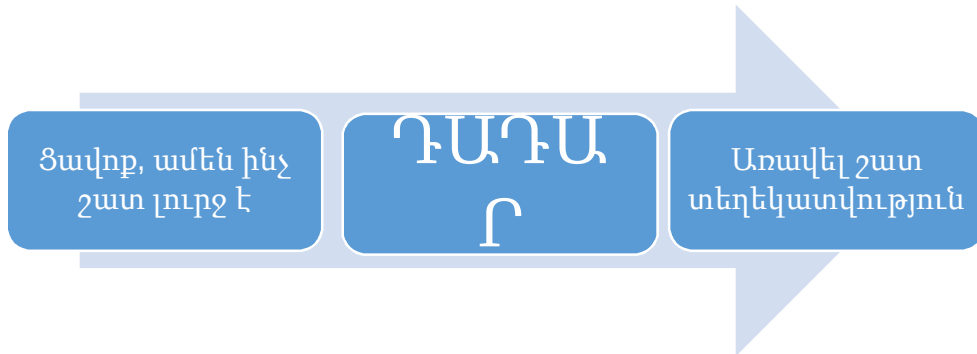
Բժիշկ. - Ինչպիսի՞նն է Ձեր ինքնագզացողությունը

Հիվանդ. - Կարծում եմ, ես կբուժվեմ

Բժիշկ. - Շատ լավ, իսկ կա՞ ինչ-որ բան, որ կուզենայիք հարցնել հիմա

Քայլ 5. «Նախազգուշացնող կրակոց»

Ինչպես ցույց է տրված նկար 3-ում, նախագգուշացնող կրակոցի էությունը կայանում է նրանում, որ նախապես մտածված արտահայտությամբ հիվանդին/ծնողին նախապատրաստում ենք վատ լուրին, այնուհետև թողնում ենք մի փոքր դադար՝ ինչից հետո, երբ տեսնում ենք, որ գրուցակիցը պատրաստ է առավել շատ տեղեկատվություն ստանալու, շարունակում ենք զրույցը:



Նկար 3. «Նախագգուշացնող կրակոց»

Քայլ 6. Բացատրություն

Նպատակը՝ հիվանդի տեղեկացվածության բաց կողմերի աստիճանական լրացումն է: Ներառում է հետևյալը.

- Բացատրել քայլ առ քայլ, առանց շտապելու
- Մշտապես հարցնել. «Ուզո՞ւմ եք սա բացատրեմ»
- Գտնել բալանս՝ որպեսզի տրվի այնքան ինֆորմացիա, որը կնվազեցնի անորոշությունը, բայց թույլ կտա խուսափել վախի դրսևորումից՝ չափից շատ տեղեկատվության պատճառով:
- Խոսեք պարզ ու հասկանալի
- Օգտագործեք չեզոք բառեր
- Օգտագործեք իրավիճակի նկարագրության համար այնպիսի բառեր, որոնք օգտագործում էր ինքը հիվանդը
- Խուսափեք չափից շատ բժշկական տերմինաբանություն օգտագործելուց
- Մշտապես ստուգեք՝ արդյո՞ք հիվանդը ճիշտ է հասկանում Ձեր կողմից տրված տեղեկատվությունը:
- Հետևեք հիվանդի հակազդումներին

Քայլ 7. Ճշգրտում, թե ի՞նչն է առավել շատ անհանգստացնում հիվանդին

- Հարցրե՛ք, ինչն է ամենաշատը անհանգստացնում այս պահին և հետո թույլ տվեք, որ արտահայտի իր հույզերը
- Կարևոր է հասկանալ՝ ինչպե՞ս հիվանդն ընկալեց տեղեկատվությունը, ինչպիսի՞ մտքեր ու հույզեր ունեցավ
- Սուր հույզերի դեպքում ոչ թե շարունակել բացատրությունները, այլ կենտրոնանալ հույզերի վրա:
- Անհանգստացնող մտքերի քննարկումը թույլ կտա նվազեցնել հոգեբանական լարվածությունը:

Քայլ 8. Զգացմունքների քննարկում

- Նպատակը՝ օգնել հիվանդին վերափոխվել իր զգացմունքները
- Առաջին քայլ՝ զգացմունքների ընդունում, երկրորդը՝ վերափոխացիա
- «Ինչպե՞ս եք ընդունում ասածներս, ինչպե՞ս եք զգում»
- Զգացմունքների վերափոխացիան նպաստում է իրավիճակի նկատմամբ դեկավարման զգացմունքի առաջացմանը

Այն առանցքային փուլն է, որից կախված է զրույցից բավարարվածությունը:

Այս փուլում էմպաթիայի արտահայտումը շատ կարևոր է:

Քայլ 9. Ամփոփում և պլանավորում

- Այս փուլում քննարկվում են բուժման կամ խնամքի եղանակները, ռեսուրսները:

Քայլ 10. Աջակցության առաջարկ

- Հիվանդները հաճախ ունենում են կարիք, որպեսզի իրենց ևս մի անգամ բացատրեն, քանի որ առաջին զրույցի մանրամասնությունները երբեմն չեն մտապահվում՝ ելնելով շոկային հակազդումից:
- Առաջարկել ևս մեկ հանդիպում: Առաջարկում եմ հանդիպել երկու օրից, համաձայն եք՝
- Տրավմատիկ տեղեկատվության ընկալումը պահանջում է ժամանակ:
- Կրկնակի բացատրության անհրաժեշտություն:

Երեխաների հետ արդյունավետ հաղորդակցման սկզբունքները

- Գաղտնիության ապահովում
- Ընդունման դեմոնստրացիա/ցուցադրում
- Որոշման կայացման խրախուսում
- Ակտիվ լսում
- Ապրումակցման ցուցաբերում
- Հասկացածի ճշգրտում
- Հարմար մեթոդների ընտրություն
- Երեխայի հետ առանձին շփման հնարավորությունների ստեղծում
- Ոչ վերբալ հաղորդակցման տարբերակների կիրառում

Կարևոր է.

- Մինչ երեխային որևէ բան ասելը անհրաժեշտ է անպայման ճշգրտել՝ ի՞նչ երեխան գիտի, և ինչպե՞ս է հասկանում իր հիվանդությունը
- Պատասխանեք միայն երեխայի կողմից տրված հարցերին, բայց անպայման ճշգրտեք՝ արդյո՞ք երեխան չունի այլ հարցեր:
- Բացատրեք ինֆորմացիան՝ երեխայի լեզվով:
- Կիսեք բուժման հետ կապված հույսերն ու կասկածները:
- Հիվանդության մասին երեխայի հետ խոսելու առավելությունները
- Երեխայի հետ հիվանդության մասին խոսելը կարող է նպաստել տագնապայնության ու նյարդայնության մակարդակի իջեցմանը
- Հասկանալի կլինեն ու առավել լավ կընդունվեն բժշկական պրոցեդուրաները

- Ապագայի վերաբերյալ նպատակները կլինեն ավելի իրատեսական, քանի որ հաշվի կառնվեն երեխայի պահանջմունքներն ու հնարավորությունները:
- Երեխաների հետ հաղորդակցման կարևոր պայման է նաև մահվան մասին երեխաների պատկերացումները հասկանալը:

Մահվան ընկալման տարիքային առանձնահատկությունները

Կյանքը սահմանափակող հիվանդությամբ ապրելու մանկական փորձառությունը միշտ ուղեկցվում է հասունությամբ, նաև՝ ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգևոր ոլորտների տարիքային եվոլյուցիայով:

Շատերը կարծում են, որ փոքրիկ երեխաները բացարձակապես չեն հասկանում՝ ինչ է մահը, սակայն առկա հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդության սահմանային փուլում գտնվող որոշ երեխաներ հասկանում են, որ մահանալու են նախքան նրանց ինչ-որ բան կասեն: Մահվան մասին երեխայի պատկերացումների զարգացումը սկսվում է նրա ծնված օրվանից և շարունակվում է մինչև ուշ դեռահասություն: Որոշիչ նշանակություն են ունենում ընտանեկան արժեքները, մշակութային, կրոնական ավանդույթները:

Մինչև 3 տարեկան Օնոնյան առաջին շաբաթից և ամսից սկսած երեխաներն սկսում են զգալ բաժանումը: Թեպետ նորածինները չեն հասկանում՝ ինչ է մահը, բայց նրանք կարող են տառապել բաժանման զգացումից: Իսկ հասունացմանը զուգահեռ նրանք սկսում են զգալ և հասկանալ կորուստը: Նորածինը կարոտում է ֆիզիկական շփումը, ապահովությունն ու լիարմարավետությունը, երբ մահանում է նրանց հիմնական խնամատարը:

3-6 տարեկան երեխաներն արդեն ինչ-որ բան հասկանում են մահվան մասին, բայց դեռ չեն կարողանում պատկերացնել <հավերժ> հասկացությունը: Մահն այս տարիքում զուգորդվում է քնի, անշարժության և լույսի բացակայության հետ և պատկերացնում են, որ հանգուցյալը նորից արթնանալու է: Դրա համար հարցնում են, թե երբ է հանգուցյալը վերադառնալու: Մահը նրանք չեն ընկալում որպես վերջնական երևույթ: Մահվան մասին հարցերին փոքրիկները պատասխանում են ավելի ինքնաբերիկ և առանց վախի, քան մեծերը: Այս տարիքում երեխաները շփոթում են իրականությունը երեկակայության հետ և հավատում են, որ իրենց մտքերով ու վարքով կարող են մահվան պատճառ դառնալ: Երեխաներին կարող է թվալ, որ նրանց լքել են, հետևաբար՝ կարող են մտածել, որ հանգուցյալն իրենց չի սիրել: Կյանքը սահմանափակող հիվանդությամբ երեխաները կարող են մտածել, որ իրենք պատժված են անցյալի որևէ արարքի համար: Այս տարիքում վիշտը կարճ հատվածներով է ի հայտ գալիս, այդ իսկ պատճառով կարող է թվալ, որ երեխան մոռացել է մահվան և հանգուցյալի մասին: Ուրախ խաղալիս ու ծիծաղելիս նա անսպասելի կարող է ճնշվել և սկսել հարցեր տալ մահվան մասին: Այս տարիքում ծեսերը մեծ նշանակություն ունեն երեխայի համար, ուստի հարկավոր է նրան ներգրավել ընտանեկան հուղարկավորության ծիսակատարությունների մեջ:

6-9 տարեկանում երեխաներն սկսում են հասկանալ, որ մահն անխուսափելի ավարտ է, որը պատահում է բոլորի հետ: Նրանք արդեն գիտեն, որ իրենք և իրենց ծնողները մի օր մահանալու են, սակայն այդ օրը դեռ շատ հեռու է: Միևնույն ժամանակ երեխային կարող է թվալ, որ հենց ինքը կարող է խուսափել մահից: Այս տարիքում երեխաներին հետաքրքրում է,

թե ինչ է տեղի ունենում հանգուցյալի մարմնի հետ և պատրաստեն լսել մեծահասակների պատմությունները, որոնք հիմնականում կրոնական բնույթ են կրում (օրինակ՝ դրախտի պատմությունը): Երեխան այս տարիքում անհանգստանում է, թե ինչպես է մահն անդրադառնալու իր կյանքի վրա:

9-12 տարեկանում երեխաներն արդեն ունեն <հասուն> պատկերացումներ մահվան մասին: Նրանք արդեն հասկանում են, որ մահն անխուսափելի և անդառնալի երևույթ է: Նրանք հասկանում են, որ մահը կարող է պատահել ցանկացած մեկի հետ ցանկացած պահի, ընդ որում՝ շատ անսպասելի: Ինչպես նաև գիտակցում են, որ իրենք նույնպես չեն կարող խուսափել մահից, ուստի սկսում են վախենալ դրանից: Նրանք սկսում են հետաքրքրվել մահվան կենսաբանական ասպեկտներով: Այս փուլի համար շրջադարձային պահն այն է, երբ երեխան սկսում է մտածել կյանքի և մահվան հարցերի շուրջ:

Դեռահասների պատկերացումները մահվան մասին նույնական են հասուն մարդկանց պատկերացումների հետ, նրանք կարող են քննարկել իրենց մահվան հավանականությունը՝ իրենց հիվանդությամբ և ախտորոշմամբ պայմանավորված: Այս տարիքում երեխաներն անցնում են ֆիզիկական, հուզական շատ փոփոխությունների միջով, ինչն էապես ազդում է նրանց հուզական ոլորտի և վարքի վրա: Նրանք կարող են իրապես զգալ իրենց կյանքին սպառնացող վտանգը և կարող են սկսել լրջորեն մտածել կյանքի իմաստի և մահվան, հոգևոր հարցերի շուրջ, այդ թվում և աշխարհում իրենց տեղի, դերի և կարևորության մասին:

Առանձնահատուկ նշանակություն ունի մահվան գիտակցումը երեխաների մոտ: Կան երեխաներ, որոնք այդ գիտակցումն արտահայտում են խոսքերով, օրինակ՝ լեյկեմիայով հիվանդ չորս ամյա աղջիկը մահանալու նախորդ օրն ասում է իր մայրիկին. <Չեմ ուզում, որ իմ մահանալուց դու լաց լինես, ես ուզում եմ տեսնել քո ժպիտը>: Մինչդեռ կան երեխաներ, ովքեր դա արտահայտում են սիմվոլիկ միջոցներով՝ խաղալու, նկարելու և այլն:

Հիվանդ երեխաների մոտ մահվան գիտակցման զարգացման հինգ փուլ են առանձնացնում:

1. Առաջին փուլը «Լուրջ հիվանդ» լինելու փուլն է, երբ երեխան ընդունվում է հիվանդանոց ախտորոշման և բուժման նպատակով, և՛ անմիջապես, սկսվում է նրա հանդեպ ուշադրությունն ու հատուկ խնամքը մեծահասակների կողմից: Այս փուլում նրանց հիմնական վախերը կապված են անորոշության հետ:
2. Երկրորդ փուլն անցնելը նշանակում է «Երեխան լուրջ հիվանդ է, բայց ապաքինվելու է»: Սա տեղի է ունենում ախտանիշների նվազեցման և, որոշ դեպքերում՝ ախտանիշների անհետանալու ժամանակ: Երբ դեղորայքը ունենում է դրական ազդեցություն և հարազատների վերաբերմունքը նորից դառնում է առաջվանը, երեխաները եզրակացնում են, որ վերջապես ապաքինվել են:
3. Երրորդ փուլը սահմանվում է «Միշտ հիվանդ է, բայց կապաքինվի»: Սա բնորոշ է այն երեխաներին, որոնց մոտ հիվանդության ախտանիշները նվազելուց կամ անհետանալուց հետո նորից կրկնվել են, և նրանք նկատում են մեծահասակների խուսափողական վարքը: Վախերն այս փուլում կենտրոնանում են հիվանդության կրկնության վրա, բայց, միևնույն է, ապաքինվելու հավատը դեռ պահպանվում է:
4. Այս փուլը սահմանվում է «Միշտ հիվանդ է ու չի ապաքինվելու», պայմանավորված է ախտանիշների բազմակի կրկնությամբ, ցավի և դեղորայքի հետ կապված բարդություններով: Երեխաները գիտակցում են, որ հետզհետե թուլանալու են և սկսում են հարմարվել այդ հյուծվածությանը:

5. Այս փուլը մահանալու փուլն է և հաջորդում է հիվանդանոցում այլ երեխայի մահվանը: Վերլուծելով իրենց հիվանդությունների նմանություններն ու ընդհանրությունները, երեխաները կարող են եզրակացնել, որ նույնը սպասվում է նաև իրենց: Այս եզրակացությանը հանգելու արագությունը տարբեր երեխաների մոտ տարբեր է, սակայն, միևնույն է, նրանք բոլորն էլ գալիս են դրա գիտակցմանը և հենց այս փուլում է, որ նրանք սկսում են դա արտահայտել կամ խոսքային կամ սիվոլիկ մակարդակներում: Հետզհետե նրանց աշխարհը սկսում է նեղանալ, նրանք ավելի քիչ են խաղում ու հաղորդակցվում ու ավելի շատ են անհանգստանում մահվան մասին թեմաներով:

Մահացող երեխային ուղղված հոգեբանական պալիատիվ խնամքը պետք է ներառի հաղորդակցման բոլոր հնարավոր ուղիները՝ վերբալ և ոչ վերբալ: Այն նպատակաուղղված է բարելավելու երեխայի ընդհանուր վիճակը, երբեմն էլ՝ կանխարգելելու կամ մեղմացնելու ֆիզիկական կամ հոգեբանական վիճակի կոդմնակի ազդեցությունները:

Մահացող երեխային ուղղված հոգեբանական պալիատիվ խնամքի առանձնահատկություններից է երեխային խրախուսել և հնարավորություն տալ արտահայտվել այնպես, ինչպես նա է ցանկանում՝ ստեղծելով ապահով միջավայր և ապրումակցող ունկնդրում:

Ներթիմային արդյունավետ հաղորդակցման չափանիշները.

- Լիդերի առկայություն, ով առաջնորդում է թիմը նպատակի իրականացմանը և հաշվի է առնում թիմի անդամների սոցիալական պահանջմունքները
- Մշակված են և հաստատված թիմային աշխատանքի կանոնները
- Աշխատանքային խնդիրները հասկանալի են թիմի բոլոր անդամների համար
- Թիմի անդամները կարողանում են լսել իրար
- Դրված խնդիրները քննարկվում են, քննարկմանը մասնակցում են թիմի բոլոր անդամները
- Թիմի անդամները արտահայտում են գաղափարներ խնդիրների լուծման համար, բայց նաև կիսում են իրենց զգացողությունները
- Թիմի ներսում առկա կոնֆլիկտները և անհամաձայնությունները կապված են միայն աշխատանքային հարցերի, և ոչ անհային հարցերի հետ
- Թիմում առկա է հանգիստ մթնոլորտ
- Թիմը որոշումներ է կայացնում համաձայնության՝ կոնսենսուսի, այլ ոչ թե ձայների մեծամասնությամբ:

ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ և ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔՈՒՄ

- Հոգեբանական աջակցությունը, հանիսանալով մանկական պալիատիվ խնամքի կարևոր բաղադրիչներից մեկը, ունի հետևյալ նպատակները.
- Նպաստել հիվանդության/բուժման իրավիճակի նկատմամբ հարմարվելու ունակության զարգացմանը
- Պահպանել հոգեբանական առողջությունը
- Նվազեցնել երեխայի զարգացման խանգարումները

- Աջակցել բուժման հետևողականությանը (adherence)
- Բարելավել հաղորդակցումը
- Տրամադրել թիմային խորհրդատվություններ

Ըստ Պալիատիվ Խնամքի Եվրոպական Ասոցիացիայի հոգեբանի գործառույթները ներառում են հետևյալ նպատակները .

- Հոգեբանական գնահատում (կիսակառուցվածքային հարցացրույցներ, հոգեբանական, նյարդահոգեբանական թեստեր, դիտումներ, հարցաքննություն/հարցաշարեր? և այլն)
- Հոգեբանական աշխատանք երեխաների հետ (կորեկցիոն/շտկողական, զարգացնող կամ հոգեթերապևտիկ, անհատական կամ խմբային)
- Հոգեբանական աջակցություն ծնողներին և սիրելիներին՝ ինչպես երեխայի հիվանդության ընթացքում, այնպես էլ՝ մահվանից հետո
- Սուպերվիզիա, աջակցություն անձնակազմին
- Հոգեկրթում
- Հետազոտություններ
- Ռազմավարությունների մշակում, ջատագովություն

Մանկական պալիատիվ խնամքում հոգեբանի աշխատանքի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ երեխան գտնվում է զարգացման ընթացքի մեջ, մինչև ժամանակ զարգացման և հիվանդության փոխազդեցությունը երկկողմանի բնույթ է կրում. մի կողմից երեխայի զարգացման փոփոխվող կարգավիճակը ազդում է հիվանդության ընկալմանը և հիվանդությունը վերապրելու վրա, մյուս կողմից հիվանդությունն ազդում է երեխայի զարգացման բնականոն ընթացքի վրա:

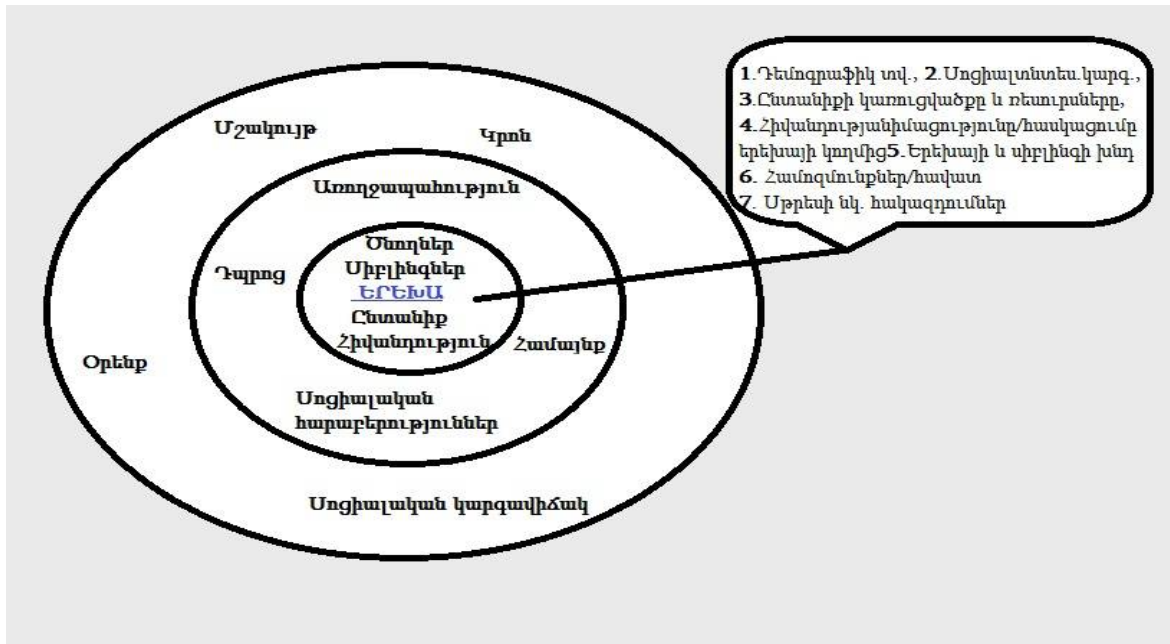
Մանկական պալիատիվ խնամք պահանջող երեխաներն ունեն առանձնահատուկ հոգեբանական բնութագրեր.

- Անօգնականության զգացողություն՝ կապված ինքնուրույն որևէ բան անելու անկարողության հետ, վախեր, բազային վստահության կորուստ:
- Մոտիվացիայի ցածր մակարդակ՝ արտաքին աշխարհի հետ փոխազդելու համար, անհաջողության վախ
- Գործունեության ոչ թե սուբյեկտի, այլ օբյեկտի զգացողություն
- Ռեակցիայի դանդաղում
- Աղտոտվելու վախ

Հոգեբանական աջակցության առաջին փուլը հոգեառօգնական գնահատումն է, ինչի նպատակներն են .

- Նույնականացնել երեխայի/ընտանիքի խոցելի և ռեսուրսային կողմերի դուրսբերումը
- Ստանալ տեղեկատվություն պրեմորբիդում երեխայի բնավորության և /հաղթահարման (coping) մեխանիզմների մասին
- Դուրս բերել երեխայի գործառնականության վրա ազդող գործոնները և միջամտությունների կարիքները
- Ստացված տեղեկատվության հիման վրա պլանավորել միջամտությունները

Նկար 4-ում պատկերված են հոգեառօգնական գնահատման տիրույթները:



Նկար 4. Հոգեւոցիալական գնահատումը սոցիոէկոլոգիական կոնտեքստում

Թվարկենք հոգեւոցիալական գնահատման այն միջոցները, որոնք կարող են կիրառվել մանկական պալիատիվ խնամքում.

- ✓ Հոգեւոցիալական գնահատման գործիք (Psychosocial assessment tool, PAT, Pai 2001)
- ✓ Դիաթրես ջերմաչափ (NCCN, 2003)
- ✓ Beck Youth Inventory
- ✓ Pediatric Symptom Checklist
- ✓ Parenting Stress Index
- ✓ «Диагностика психического развития детей» (Т. Марциновская, 1997),
- ✓ «Психологическая готовность к школе» (Н. Гуткина)
- ✓ Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен, 1992).
- ✓ Диагностика страхов «Страхи в домиках», (М. Панфилова, 2008).
- ✓ Социометрические пробы («День рождения», М. Панфилова, 2008).
- ✓ Рисунок семьи.
- ✓ Лесенка самооценки.

Հոգեւոցիալական խնդիրներ մանկական պալիատիվ խնամքում

- Դիաթրես
- Անհանգստություններ, վախեր
- Ուսուցման դժվարություններ
- Վարքային և հարմարման խնդիրները
- Ես-կոնցեպցիայի, մասնավորապես՝ մարմնի սխեմայի, ես-պատկերի փոփոխությունները
- Հաղորդակցման, սոցիալական շփումների դժվարություններ
- Մեկուսացվածության զգացողություն
- Անկախության կորստի զգացողություն

- Հեռանկարի բացակայություն
- Քնի խանգարումները

և այլն:

Հոգեբանական միջամտությունները Մանկական Պալիատիվ խնամքում.

Մարմնին կողմնորոշված տեխնիկաները.

- Խաղաթերապիա
- Արտթերապիա
- Ավազաթերապիա
- Բիբլիոթերապիա, Հեքիաթաթերապիա
- Ռեկաքսացիա, ուղղորդվող վիզուալիզացիա
- Վարքային մեթոդներ՝ դեսենսիթիզացիա, դեսենսիբիլիզացիա

Մարմնին կողմնորոշված տեխնիկաները

Նպատակը՝ հոգեշարժողական և տակտիլ ոլորտի զարգացում, շտկում

Այս մոտեցման հիմքում ընկած է այն գաղափարը, որ սենսոմոտոր մակարդակի վրա ազդելով՝ հնարավոր է բարձրագույն հոգեկան ֆունկցիաների ակտիվացում, քանի որ սենսոմոտոր մակարդակը հանդիսանում է բազային:

Մարմնին կողմնորոշված աշխատանքը կարելի է բաժանել երեք բաղադրիչի.

1. Շոշափողականության զարգացում
2. Ընդհանուր մոտորիկայի զարգացում
3. Նուրբ/մանր մոտորիկայի զարգացում

Խաղաթերապիա

Նախադպրոցական տարիքում, երբ երեխաների մոտ զարգացած է լինում առարկայական և պատկերավոր մտածողությունը, և դեռ զարգացած չէ աբստրակտ/վերացական մտածողությունը, խաղը օգտագործվում է որպես վերբալ ինքնարտահայտման փոխարինող: Պալիատիվ խնամքում Խաղաթերապիայի գործառույթներն են.

Ինքնաբացահայտման և դիագնոստիկ գործառույթ՝ նպաստում է զգացմունքների, պահանջմունքների, կոնֆլիկտների/բախումների/ընդհարումների արտահայտմանն ու վերակառուցմանը, ինչպես նաև՝ խնդիրների դուրսբերմանը:

Շփման գործառույթ՝ նպաստում է փոխհարաբերությունների կառուցմանը, երեխայի հետ կոնտակտի/հպման/շփման հաստատմանը:

Թերապևտիկ՝ հակազդման ու գիտակցման շնորհիվ: Երեխան սովորում է գիտակցել սեփական պաշտպանական մեխանիզմները, փորձարկում է վարքային տարբեր ձևեր, մշակում է խնդիրների լուծման նոր տարբերակներ: Խաղը կարող է կիրառվել երեխաների

վախերի նվազեցման նպատակով, օրինակ՝ տարբեր պրոցեդուրաներին նախապատրաստվելու համար:

Արտթերապիա

Արտթերապիայի տեխնիկաները թույլ են տալիս երեխաներին արտահայտել իրենց զգացողությունները հիվանդության նկատմամբ: Արտթերապիան կարող է կիրառվել անհատական և խմբային ֆորմատներում:

Ստեղծարար տեխնիկաներից մանկական պալիատիվ խնամքում օգտագործվում են հատկապես աշխատանքը նկարելով կամ ծեփելով:

Բիբլիաթերապիա

Բիբլիաթերապիան գրավոր տեքստերի օգտագործումն է խնդիրների հասկացման և լուծման հասնելու նպատակով: Բիբլիաթերապիան ներառում է 4 բաղադրիչ.

Նույնականացում՝ ընտանիքի և երեխայի հետ աշխատանք տվյալ ընտանիքի յուրահատուկ հոգեառօգնական կարիքները դուրս բերելու համար:

Ընտրություն՝ համապատասխան նյութերի/գրքերի ընտրություն, որոնցում առկա են դուրս բերված կարիքների հետ համընկնող բովանդակություն:

Ներկայացում՝ հոգեբանը ներկայացնում է ընտրված բովանդակությունը հիվանդին՝ տարիքային և զարգացման մակարդակին համապատասխան:

Վերահսկում՝ հոգեբանը ճշգրտում է՝ ինչպես են հասկացել տեղեկատվությունը և ինչպիսի հարցեր ունեն:

Բիբլիաթերապիան կարող է կիրառվել նաև որպես հմտությունների ձևավորման և քննարկում գեներացնող/բարձրացնող/ ստեղծող եղանակ:

Ավագաթերապիա

Ավագը օժտված է հուզական վիճակի կայունացման հատկությամբ: Խաղարկելով անհանգստացնող իրավիճակը ավագի մեջ ֆիզուրաների միջոցով՝ երեխան ազատվում է լարվածությունից և անհանգստությունից, նաև սովորում է: Ավագաթերապիայում կարող են համակցվել արտթերապիայի և խաղաթերապիայի և հեքիաթաթերապիայի մոտեցումները:

Հեքիաթաթերապիա

Հեքիաթաթերապիայի և պատմություններ պատմելու տեխնիկայի դեպքում երեխան հոգեբանի ուղեկցությամբ կարող է հորինել պատմություն, հեքիաթ, ինչի միջոցով երեխան անուղղակի կերպով արտահայտում է իր զգացմունքները, մտահոգությունները, խնդիրները:

Հոգեթերապևտիկ միջամտություններ դեռահասների և ծնողների հետ

- Աջակցող/Անհատական հոգեթերապիա
- Կոգնիտիվ Վարքաբանական Հոգեթերապիա
- Խնդրի լուծման թերապիա (Problem solving therapy)

- Աջակցման խմբեր
- Սոցիալական հմտությունների թրեյնինգ
- Տրավմային ուղղված Կոգնիտիվ Վարքաբանական/Վարքագծային թերապիա
- Գիտակցվածության վրա հիմնված թերապիա

ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻՆ

Պալիատիվ խնամքի ոլորտում ընտանիքը, որը ներառում այն մարդկանց, ում հետ հիվանդն ունի մտերիմ հուզական հարաբերություններ (անկախ նրանց հետ կենսաբանական կամ իրավական կապից), խնամքի կարևորագույն բաղադրիչն է, և մանկական պալիատիվ խնամքի կարևորագույն նպատակներից է ապահովել ոչ միան երեխաների, այլև նրա հարազատների խնամքը: Նշված նպատակի կարևորությունն ակնհայտ է, քանի որ ուռուցքային հիվանդությունից երեխա կորցրած ընտանիքի անդամների շրջանում հիվանդությունն ու մահացությունը կորստից հետո 1-2 տարիների ընթացքում աճում է 40-60%-ով: Կորստի ազդեցության տակ հաճախ զարգանում է դեպրեսիա, իսկ դա էլ իր հերթին ուղեկցվում է օրգանիզմի դիմադրողականության անկմամբ, ինչպես նաև՝ ինքնամեղադրման և մեղքի գաղափարների զարգացմամբ, որոնք կարող են նպաստել/դրդել սուիցիդիալ միտումներին/միտումների: Երբեմն էլ զարգանում են այսպես կոչված պասիվ սուիցիդներ, երբ գիտակցությունը չի կարողանում գտնել այնպիսի արժեքներ, որոնց համար արժե ապրել: Այս դեպքում հիվանդությունն արդեն ենթագիտակցորեն ցանկալի երևույթ է: Երբեմն հարազատների հոգեվիճակը պակաս դրամատիկ չէ, քան հենց հիվանդինը: Օրինակ՝ մոր համար երեխայի հիվանդությունն ու մահը տեսնելն ավելի ծանր է, քան սեփական հիվանդությունն ու վախճանն ընկալելը: Կորստից հետո զարգացող ռեակտիվ վիճակները հաճախ ամբողջովին քայքայում են ընտանիքը, եթե վերջինիս չի ցուցաբերվում համապատասխան հոգեբանական օգնություն:

Ուստի կարևոր է տեղյակ լինել ընտանիքի կառուցվածքի և դինամիկայի մասին, ինչպես նաև այն մասին, թե ինչպես է հիվանդությունն անդրադառնում ընտանիքի վրա՝ սկսած ախտորոշումից մինչև հիվանդի մահը: Մինչև վերջին ժամանակները մանկական պալիատիվ խնամքը կենտրոնացած էր քաղցկեղով հիվանդ երեխաների և նրանց ընտանիքների կարիքների գնահատմանն ու ապահովմանը: Մինչդեռ այժմ ոլորտը ընդլայնվելով՝ ներառում է այլ՝ կյանքին վտանգ սպառնացող սահմանային խնդիրներ և, համապատասխանաբար, տարաբնույթ կարիքներով հիվանդների:

Երեխայի մոտ անբուժելի հիվանդության ախտորոշումը հարազատների մոտ խոր ցնցում է առաջացնում: Սգբնական շրջանում վախը, կասկածներն ու տագնապը հերթափոխվում են լավագույն ելքի հետ կապված հավատով ու հույսով: Ժամանակի ընթացքում նրանք բախվում են ամենալուրջ փորձություններից մեկի՝ երեխայի կորստի անխուսափելիության հետ: Ինչպես ծնողները, այնպես էլ երեխան պետք է հետզհետե սովորեն համարժեք ընդունել հիվանդությունը, ապրել դրա հետ, ընդ որում՝ ապրել լիարժեք: Յուրաքանչյուր ընտանիք յուրովի է անցնում այս փորձությունը: Մակայն միանշանակ է այն, որ ընտանիքի համախմբվածությունն օգնում է հաղթահարել այդ դժվարությունները:

Հիվանդությունը փոփոխություններ է առաջացնում դերային և ֆինանսական հարցերում, հարաբերությունների և հաղորդակցման հետ կապված: Եվ ընտանիքի անդամները այդ փոփոխություններով պայմանավորված կարող են բարդ ապրումներ ու կոնֆլիկտներ/բախումներ ունենալ, կարող են տարակարծիք լինել հիվանդի բուժման վերաբերյալ: Հիվանդ երեխայի ընտանիքի անդամները հաճախ աչքաթող են արվում առողջապահական մասնագետների կողմից, մինչդեռ նրանք համարվում են <զաղտնի հիվանդներ>, քանի որ հիվանդ երեխայի խնամքի բարոյական, հուզական և ֆինանսական պատասխանատվությունը մի կողմից, իսկ նրանց անձնական ապրումներն ու վախերը՝ մյուս, լուրջ մարտահրավեր են հանդիսանում թե ֆիզիկական, թե հոգեկան առողջության առումով: Նրանց մոտ կարող է դժվարություն առաջանալ ախտորոշման անորոշության և երկակիության հետ կապված: Ընտանիքում հատկապես հիվանդ երեխայի առկայությունը, հարազատների մոտ վերհանում է մի շարք հոգեբանական խնդիրներ, որոնցից ամենատարածվածը հիվանդության իմաստի, սպառնացող կորստի, և մեկուսացվածության հետ կապված հարցերն են: Ընտանիքի անդամները բախվում են իրենց արժեքների, կյանքի իմաստի և կարևոր հարաբերությունների վերանայման անհրաժեշտության հետ: Այս ամենի արդյունքում նրանք հաճախ ունենում են ինքնամեղադրանքի, զայրույթի և անվստահության զգացողություններ, ինչը շատ բարդացնում է նրանց հետ հաղորդակցումը և աջակցություն ստանալու հնարավորությունը: Սակայն, մյուս կողմից նրանք կարող են համախմբվել և առավել արդյունավետ անցկացնել ժամանակը թե հիվանդի, թե ընտանիքի մյուս անդամների հետ՝ վերաիմաստավորելով և արժեքավորելով ընտանեկան հարաբերությունները:

Ընտանիքները տարբերվում են սթրեսային և բարդ թեմաների շուրջ արդյունավետ հաղորդակցվելու ունակություններով, համատեղ որոշումներ կայացնելու և ճգնաժամային իրավիճակներում համախմբված լինելու կարողություններով: Կան ընտանիքներ, որ առավել հակված են կոնֆլիկտային փոխհարաբերությունների, որոնք սրվում են հարազատի անբուժելի հիվանդության ի հայտ գալով: Այստեղ շատ կարևոր է ոլորտի հոգեբանի աշխատանքը, որը պետք է ներառի ընտանիքի գնահատման կարողություններ, ինչը հնարավորություն կտա դուրս բերել ընտանեկան կոնֆլիկտների ոլորտները, բացահայտել ընտանիքի կոնֆլիկտների հաղթահարման հնարավորությունները, ձևափոխել կոնֆլիկտային փոխհարաբերությունների մոդելները, որոնք խանգարում են համատեղ որոշումներ կայացնել հիվանդի բուժման վերաբերյալ:

Հիվանդ երեխայի քույրերն ու եղբայրները

Ընտանիքում բոլոր քույրերին, եղբայրներին անվանում են սիբլինգներ: Միբլինգների միջև հարաբերությունների հիմնական տեսակներն են.

- Մրցակցություն
- Կապվածություն
- Մտերմություն
- Ընդհանուր ֆանտազիաներ
- Վստահություն
- Փոխլրացնող հարաբերություններ

Երեխաների որոշ անձնային որակներ պայմանավորված են ընտանիքում նրանց ունեցած դիրքով (միակ, առաջնեկ թե կրտսեր երեխա):

Քույրերն ու եղբայրները առանձնահատուկ նշանակություն ունեն երեխայի անձի զարգացման առումով: Նրանց միջև հարաբերությունները յուրաքանչյուր երեխայի համար յուրահատուկ փորձառություն են ենթադրում, ինչն էապես տարբերվում է ծնողների հետ հարաբերությունների փորձառությունից: Ընտանիքի ներսում սիբլինգներին միավորում են ոչ միայն հարազատական կապերը, այլև՝ ընդհանուր պատմությունը: Այդ իսկ պատճառով սիբլինգները կարող են աջակցության, սիրո և հաղորդակցվելու հնարավորության կարևոր աղբյուր լինել հիվանդ երեխայի համար:

Առանձնահատուկ հարաբերություններ են ձևավորվում այն ընտանիքներում, որտեղ կան տարբեր հոգեֆիզիոլոգիական հնարավորություններով կամ անբուժելի հիվանդությամբ երեխաներ: Նման պարագայում առողջ երեխաները հոգ են տանում զարգացման հոգեֆիզիկական առանձնահատկություններ ունեցող իրենց քրոջ կամ եղբոր մասին, ինչը կարող է ներառել ֆիզիկական, հուզական օգնություն, ինչպես նաև՝ անվտանգության ապահովում: Կան երեխաներ, որոնք չեն կարողանում արտահայտել իրենց հույզերը: Իրենց տարիքին ոչ համարժեք խնամատարի պատասխանատվությունն ու դերը, որ նրանք ստանձնում են, հաճախ կարող է հանգեցնել մեկուսացման, նաև՝ ուսուցման, հոգեկան և ֆիզիկական առողջության հետ կապված խնդիրների: Հաճախ նրանք ստիպված են լինում հոգ տանել նաև իրենց ծնողների մասին, նրանք հոգեբանորեն աջակցում են ծնողներին, երբ վերջիններս դեպրեսիայի մեջ են կամ զգում են, որ այլևս չեն կարող հաղթահարել դժվարությունները: Այս ամենին զուգահեռ նրանց տարատեսակ հուզական ապրումներ են ունենում (սեր, հպարտություն, զայրույթ, հուսախաբություն, խանդ, վախ, վիրավորվածություն, շփոթվածություն, անկարևոր լինելու զգացում): Շատ կարևոր է խրախուսել երեխաներին արտահայտելու իրենց զգացմունքները, հակառակ դեպքում դրանք ավելի ինտենսիվ կդառնան/կխորանան: Ուստի կարևոր է իրենց քույրերին և եղբայրներին խնամող սիբլինգների կարիքները գնահատել և համապատասխան աջակցություն տրամադրել:

Հաճախ հիվանդ երեխաների փոքր սիբլինգները ստիպված են լինում մնալ բարեկամների հետ, որպեսզի ծնողների համար հեշտ լինի հիվանդին խնամելը: Երեխան տանը խաղալու հնարավորություն չի ունենում, որպեսզի չխանգարի հիվանդ սիբլինգին: Նրանց առօրյան շատ անգամ կախված է լինում հիվանդ երեխայի վիճակից, բուժման ընթացքից և նրանք շատ ավելի են ներգրավված լինում կենցաղային հարցերում, քան իրենց տարեկիցները: Հաճախ սիբլինգների պահանջմունքներն ու ցանկությունները անտեսվում են, մղվում հետին պլան: Ծնողների հետ հարաբերությունները դառնում են կարճատև, քանի որ նրանք իրենց հիմնական ժամանակն ու ուշադրությունը կենտրոնացնում են հիվանդ երեխայի վրա: Նույնիսկ ուրիշները հետաքրքրվում են հիվանդ երեխայով, բաց ոչ սիբլինգներով: Սիբլինգներն ունենում են ճնշվածության զգացում, երբ հարկադրված են համապատասխանել կատարյալ երեխայի մասին իրենց ծնողների սպասելիքներին՝ փորձելով չանհանգստացնել նրանց իրենց <բարդ> վարքով: Դպրոցում ևս կարող են առաջանալ խնդիրներ՝ կապված երեխաների հոգնածությամբ, ուշադրության անկայունությամբ: Բացի այս ամենը, զգալի փոքրանում է երեխայի անձնական տարածքը, տանը ընկերների հետ շփվելու հնարավորությունը, մի խոսքով ընտանիքի բարօրությունը ուղղակիորեն պայամանավորվում է հիվանդ երեխայի վիճակով:

Երեխաների և նրա հարազատների հետ աշխատանքը հիվանդության տարբեր փուլերում

Հիվանդության սկզբնական շրջանում բժիշկի եզրակացությունները լինում են հուսադրող կամ չեզոք, այդ իսկ պատճառով հիվանդության անբուժելիության ախտորոշումը ծնողների համար լինում է ցնցող:

Բուժման ընթացքում հնարավոր է ռեմիսիայի շրջան, ինչը վերականգման հույսեր է առաջացնում: Այսպիսով, երեխայի և ընտանիքի կյանքը բաժանվում է հետևյալ փուլերի՝ սպասում, լրացուցիչ հետազոտություններ, հիվանդության սրացման հետ կապված վախ:

Երբ լրացուցիչ հետազոտության ժամանակ երեխայի մոտ գրանցվում է սրացում կամ հիվանդությունը կրկնվում է, ապա ընտանիքի համար սկսվում է ավելի ծանր շրջան, քան չհուսադրող ախտորոշումն էր: Հարկ է հիշել, որ հիվանդությունը կարող է ունենալ սրացման տարբեր փուլեր, որոնցից ոչ բոլորն են բուժվում կամ տանում մահվան:

Երբ վերջնականապես պարզվում է, որ հիվանդությունն անհնար է բուժել, սկսվում է նոր, շատ ցավոտ շրջան: Այս փուլում երեխային կօգնի հարազատների ներկայությունը, նրա հարցերին տրվող պարզ և ազնիվ պատասխանները: Ծնողներին կօգնի բուժանձնակազմի ազնվությունը, հանգիստ, բարյացկամ ու անկեղծ հաղորդակցումը, բուժման քննարկումները նրանց հետ: Սիրլինգներին այս շրջանում կարևոր է տեղեկատվություն տրամադրել հիվանդության և ընտանեկան խնդիրների մասին, և գնահատել նրանց աջակցությունն ու մասնակցությունը ընտանիքի համար նման բարդ իրավիճակի հաղթահարմանը:

Նույնիսկ չհուսադրող ախտորոշման պարագայում կյանքը շարունակվում է և հատկապես այդ շրջանում կարևոր է հնարավորինս լիարժեք ապրել: Այս փուլում պետք է խրախուսել ընտանիքի անդամներին անկեղծ լինել միմյանց հետ, ուրախանալ կյանքի ամեն մի ակնթարթով, գտնել դրականը, այնտեղ որտեղ հնարավոր է: Երեխային կօգնի, եթե նա կարողանա ապրել կամ վերապրել իր համար հաճելի զգացողություններ, արտահայտել իր հույզերն ու պատկերացումները արտթերապիայի (նկարչության, պլաստիլինի և այլն) միջոցով: Նա պետք է վստահ լինի, որ հարազատները պատրաստ են լսել իր վախերն ու ապրումները և լուրջ վերաբերվել իրենց: Ծնողներին օգտակար կլինի տեղեկացված լինել մասնագիտական աջակցության հնարավոր տարբերակների մասին, կարողանալ երբեմն ժամանակ տրամադրել սեփական հանգստին:

Երբ երեխայի վիճակը գնալով վատանում է, լավատեսությունն ու հրաշքի հույսերը, որպես կանոն, փոխվում են հիասթափությամբ, բարկությամբ և հուսախաբությամբ: Ընտանիքի տրամադրությունը դառնում է խիստ անկայուն: Այս փուլում և հիվանդ երեխային, և նրա ընտանիքին օգտակար կլինի, եթե շրջապատի մարդիկ և բուժանձնակազմը ըմբռնումով մոտենան նրանց անկայուն հոգեվիճակի դրսևորումներին, և ցանկացած պահի պատրաստ լինեն համարժեք աջակցություն ցուցաբերել:

Երեխաները տարբեր կերպ են վերաբերվում մահվանը՝ տարիքային զարգացման առանձնահատկություններով պայմանավորված: Ի տարբերություն իրենց տարեկիցների՝ անբուժելի հիվանդություն ունեցող երեխաներն իրենց անձնական փորձից ելնելով՝ ավելի շուտ են ծանոթանում մահվան գաղափարի հետ և այլ կերպ են այն պատկերացնում: Նրանք մահից այնպես չեն վախենում, ինչպես մեծահասակները: Երեխաների համար շատ կարևոր է, որպեսզի նրանց մահից հետո մեծահասակները հիշեն իրենց, բայց շարունակեն ապրել: Հակառակ դեպքում նրանց մոտ կարող է մեղքի զգացում առաջանալ: Նման իրավիճակում

չպետք է խուսափել արտասվելուց, հույզեր արտահայտելուց, այդ ամենն ավելի է մտերմացնում, նպաստում փոխհասկացմանը, և ինչ-որ չափով թեթևացնում է երեխայի հեռանալը: Նաև կարևոր է, որպեսզի երեխան իմանա, որ իր հարազատները մինչև վերջին պահն իր կողքին են լինելու:

Եթե երեխայի մահից առաջ ընտանիքի ողջ ուշադրությունը կենտրոնացած էր նրա հիվանդության վրա, ապա մահից հետո ընտանիքի ողջ ներուժը գնում է վշտի վրա: Յուրաքանչյուր անդամ յուրովի է անցնում վշտի միջով, կան նաև մարդիկ, ովքեր հարազատի կորուստը որոշ ժամանակ հետո են գիտակցում: Այս փուլում ընտանիքի անդամներին կօգնի մահացած երեխային հրաժեշտ տալու համար անհրաժեշտ ժամանակի առկայությունը, եթե շրջապատի մարդիկ հարգանքով վերաբերվեն նրանց վշտին, շրջապատեն նրանց ուշադրությամբ և հոգատարությամբ:

Հուղարկավորության հետ կապված արարողությունները ծանր փորձություն են դառնում ֆիզիկապես և հոգեպես ուժասպառ եղած ծնողների համար, սակայն միևնույն ժամանակ շեղում են նրանց երեխայի մահվան փաստից: Այս իրավիճակում նրանց օգտակար կլինի վերոնշյալ արարողությունների կազմակերպումը, հուղարկավորությանն առնչվող հարցերում նրանց ցանկությունների ընդունումը:

Երեխայի մահից հետո նրա հարազատները որոշ ժամանակ ֆիզիկապես և հոգեպես հյուծված են լինում: Երեխայի կորուստը անտանելի ցավ է ընտանիքի բոլոր անդամների համար, ում նրանք սիրում ու խնամում էին և ապաքինման հույս ունեին: Նրանց համար օգտակար կլինի, եթե նրանք չընդհատեն շփումները հիվանդանոցի մյուս հիվանդ երեխաների և նրանց ծնողների հետ, համախմբված լինեն, չմեղադրեն իրենց կատարվածի համար, հնարավորություն գտնեն մի տեղ գնալ, հանգստանալ, վերականգնել ուժերը, կարողանան բարձրաձայնել իրենց զգացմունքները (ցավը, զայրույթը, վախը), իսկ մյուսները կվերաբերվեն նրանց համբերությամբ և ըմբռնումով:

Հարմարվել կյանքին, որտեղ այլևս չկա սիրելի երեխան, չափազանց բարդ ու երկար գործընթաց է, պահանջում է ժամանակ և համբերություն և նշանակում է կյանքի վերաիմաստավորում: Աստիճանաբար վշտի միջով անցնող մարդկանց մոտ գալիս է այն բանի գիտակցումը, որ կյանքը շարունակվում է, և երբ դա տեղի է ունենում, ընտանեկան կյանքը սկսում է վերադառնալ իր բնականոն ընթացքին: Այս շրջանում ծնողներին օգտակար կլինի, եթե նրանք ժամանակ առ ժամանակ հիշեն իրենց երեխայի մասին նրանց հետ, ովքեր ճանաչել են երեխային, չընդհատեն շփումները նման կորուստ վերապրած ընտանիքների հետ, իմանան, որ անհրաժեշտության դեպքում, կկարողանան ստանալ մասնագիտական հոգեբանական և ընկերական աջակցություն:

Վշտի շրջանը տարբեր է լինում ինչպես ընտանիքից ընտանիք, այնպես էլ՝ ընտանիքի անդամից անդամ: Որոշ դեպքերում, պետք է մի քանի տարի անցնի, մինչև մահացած երեխայի մասին հիշողությունները դադարեն նրա հարազատներին նույն սուր ցավը պատճառել, ինչպես կորստի սկզբնական շրջանում: Երեխայի հիվանդության ընթացքում և անմիջապես նրա մահից հետո, մարդիկ հաճախ ուշադրություն չեն դարձնում իրենց և իրենց ընտանիքի այլ անդամներին: Երկարաձգված դեպրեսիան կամ, ընդհակառակը, ցավի մոռանալու ընդգծված ցանկությունը (օրինակ՝ աշխատանքի, դեղերի, կամ ակտիվ միջոցով) միայն ուժգնացնում է վիշտը: Արդյունքում, մարդիկ սկսում են իրենց մեկուսացած

զգալ ընտանիքի այլ անդամներից, չեն կարողանում գտնել կյանքի իմաստը: Նման դեպքերում դժվար է լինում առանց մասնագիտական օգնության:

Երեխաները վիշտը շատ յուրահատուկ են ապրում, ինչը պայմանավորված է մահվան իրենց ընկալումներով եւ ապրումների ուժգնությամբ: Օրինակ՝ սկզբում նրանք կարող են չկարոտել մահացած եղբորը կամ քրոջը, և նրանց կորուստը սկսում են զգալ ավելի մեծ տարիքում: Երբեմն վիշտը նրանց մոտ տարերայնորեն կարող է դրսևորվել: Օրինակ, խաղի ընթացքում, երեխան հանկարծ հարցնում է, որտեղ է իր եղբայրը (քույրը), ինչ է տեղի ունենում նրա հետ գերեզմանում: Վիշտը կարող է նաև դրսևորվել մահացած երեխային նմանակելով, կամ հանկարծակի խանդի բռնկմամբ, կապված այն փաստի հետ, որ ծնողներն ավելի շատ ուշադրություն են դարձրել հիվանդ երեխային: Որոշ երեխաներ եղբոր կամ քրոջ մահվանն արձագանքում են գրեթե աննկատ, կամ կրկնօրինակում են ծնողների վարքագիծը: Երեխաների կողմից իրենց վշտի հաղթահարումը կախված է մեծահասակների վարքագծից (որքանով են ծնողները թույլ տալիս երեխաներին տխրել միասին, որքանով են նրանց փոխանցում իրենց անօգնականության զգացումը):

Միբլինգներին օգտակար կլինի, եթե.

եթե իրենց հիվանդ եղբոր կամ քրոջ մոտալուտ մահը նրանցից չեն թաքցնում

եթե նրանք հնարավորություն ունեն կիսել իրենց վիշտը ծնողների հետ

եթե նրանք կարող են (իրենց ցանկության դեպքում) հրաժեշտ տալ մահացած հարազատ եղբորը (քրոջը) և մասնակցել հուղարկավորությանը

եթե իրենց մանկական հարցերին նրանք կստանան ազնիվ և հասկանալի պատասխաններ

եթե նրանք հնարավորություն ունեն կիսել իրենց կասկածները, օրինակ՝ կարող են խոսել իրենց մեղքի զգացման մասին

եթե ծնողներն ավելի շատ ժամանակ անկացնեն նրանց հետ (օրինակ՝ կարդան միասին կամ նկարեն)

եթե նրանք չեն հարկադրվում մասնակցել ծեսերի (օրինակ՝ պարբերաբար գերեզմանոց այցելել)

եթե նրանք համոզված են, որ իրենց ծնողները սիրում են նրանց, և ամեն ինչ լավ կլինի

եթե խնդրահարույց իրավիճակներում նրանք կարող են ստանալ մեծահասակների օգնությունն ու աջակցությունը:

Ինչպես օգնել հիվանդ երեխայի սիբլինգներին

Հարկավոր է ցույց տալ սիբլինգներին, որ նրանք կարևոր են և նրանցով հետաքրքրվում են:

Անհրաժեշտ է խոսել սիբլինգների հետ՝ դիմելով նրանց իրենց անուններով (չնույնականացնելով հիվանդ երեխայի հետ, չխոսելով նրա հետ որպես ասենք <Կարեն>-ի քույր/եղբայր):

Հարկավոր է հետաքրքրվել նրանց հետաքրքրություններով, դպրոցի անցուդարձով:

Եթե խոսքը գնում է նախադպրոցական տարիքի սիրլինգի մասին, կարելի է նրա համար որևէ հետաքրքիր բան տանել տնայցի ժամանակ: Այս ամենը կարևոր է նաև ծնողների համար, քանի որ խանդի վրա հիմնված սիրլինգների միջև մրացակցությունը ավելի է սրվում, երբ բոլորի ուշադրությունը հիվանդ երեխայի վրա է լինում:

Կարելի է սիրլինգներին հարցնել իրենց տնային պարտականությունների մասին, ինչպե՞ս են օգնում հիվանդ երեխային, պարզել ինչո՞ւմ են նրանք դժվարանում:

Պետք է հարցերը լինեն բաց, որպեսզի երեխան կարողանա արտահայտվել:

Կարևոր է ուշադրություն դարձնել երեխաների հույզերի և զգացմունքների վրա:

Կարելի է նրանց հայտնել, որ իրենք մենակ չեն և չխախտելով գաղտնիության սկզբունքը, պատմել այլ հիվանդ երեխաների սիրլինգների մասին:

Ծնողներին և նրանց երեխաներին պարբերաբար պետք է տրամադրվի տեղեկատվություն հիվանդ երեխայի վիճակի, բուժման ընթացքի վերաբերյալ: Երեխաների դեպքում հարկավոր է հաշվի առնել նրանց տարբիային առանձնահատկությունները: Նախ և առաջ հարկավոր է հարցնել, թե սիրլինգները ինչ գիտեն իրենց հիվանդ սիրլինգի հիվանդության մասին: Պետք է նշել, որ սիրլինգների կողմից երեխայի հիվանդության մասին տեղեկատվությունը լավ է ընկալվում, երբ այն տրվում է պարզ ու անկեղծ:

Երեխայի համար մասնակցելը տարբեր մշակույթներով պայմանավորված հուղարկավորության կարող է լինել ընդունելի կամ անընդունելի: Մահացած հարազատի մարմինը տեսնելը երբեմն կարող է օգտակար լինել, սակայն դա պետք է լինի երեխայի ընտրությամբ:

Մահացած հարազատի մարմինը տեսնելը կարող է օգնել երեխային.

Սկսել հրաժեշտ տալ

Սկսել ընդունել իրականությունը և մահվան ավարտը

Սկսել հասկանալ կատարվածը

Գիտակցել, որ երեխան այլևս չի վերադառնալու

Ավելի քիչ վախենալ

Հուղարկավորությանը երեխան պետք է մասնակցի իր ցանկության դեպքում, ինչպես նաև այն մեծահասակի հետ, ում ինքն է ուզում, որ իր կողքին լինի: Պետք է բացատրել երեխային, որ մահացած մարդը ոչինչ չի զգում, չի տառապում ցավից և ոչնչից չի վախենում:

Եթե երեխան չի ուզում մասնակցել հուղարկավորությանը, հարկավոր է կազմակերպել հրաժեշտի խորհրդանշական արարողություն, որպեսզի երեխան կարողանա հաղթահարել վիշտը: Այս նպատակի համար կարելի է օգտագործել հատուկ հաղորդագրություններով փոփոխներ, մոմավառություն, հուշերի արկղեր և այլն:

ԿՅԱՆՔԻ ԱՎԱՐՏԻ ԽՆԱՄՔ

Սովորաբար, երբ մարդիկ խոսում են կյանքի ավարտի խնամքի մասին, ենթադրում են խնամք, որը տրամադրվում է կյանքի վերջին օրերին կամ շաբաթներին: Երբեմն մարդիկ նույնականացնում են պալիատիվ խնամք և կյանքի ավարտի խնամք արտահայտությունները: Սակայն ինչպես արդեն գիտենք, պալիատիվ խնամքը կարող է օգնել անբուժելի հիվանդության վաղ շրջանում և կարևորություն է տալիս կյանքի որակին: Դժվար է որոշել, թե մարդը երբ է մոտենում մահվանը կամ սահմանային փուլին:

Երեխայի մահով նրա խնամքն ավարտվում է : Ընտանիքի համար, սակայն, հուզական, հոգևոր և գործնական աջակցության անհրաժեշտությունը շարունակվում է: Երեխայի մահը նկարագրվում է որպես կյանքի առավել կործանիչ փորձառություն՝ էապես ազդելով ծնողների, եղբայրների ու քույրերի, հարազատների և ընկերների կյանքի վրա: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ սիրելի մարդու մահը (անկախ տարիքից) վիշտ ապրող անձի ֆիզիկական և էմոցիոնալ առողջությունը վտանգի է ենթարկում: Երեխայի ընտանիքին ուղղված համապատասխան հոգեբանական, հոգևոր, գործնական, և երբեմն էլ՝ ֆիզիկական խնամքը նախատեսված է նվազեցնել այդ ռիսկերը:

Երեխայի մահը երբեք հեշտ չի ապրվում, բայց երեխայի մահվան հանգամանքներն ազդում են ընտանիքի փորձառության վրա: Երբ երեխայի մոտ ախտորոշվում է անբուժելի հիվանդություն, ընտանիքը որոշ ժամանակ է ունենում կանխատեսված կորուստին ինչ-որ իմաստով նախապատրաստվելու համար: Երբ մահը գալիս է անսպասելի ու առանց կանխատեսման, սուգը հատկապես կարող է լինել դժվար տանելի: Երբ մահը հնարավոր է, բայց ոչ որոշակի (օրինակ՝ ինչպես կարող է լինել շատ վաղաժամ նորածինների դեպքում), վաղաժամ վիշտը կարող է օգնել որոշ ծնողների նախապատրաստվել վատագույն ելքին:

Քանի որ պալիատիվ խնամքի թիմը հիմնականում կենտրոնանում է հիվանդ երեխայի խնամքի ապահովմանը, քանի որ ընտանիքի անդամները կարող են արտամղել իրենց վիշտը կամ հերքել իրենց կարիքները, նրանք զերծ են մնում համապատասխան հուզական աջակցությունից: Արդյունքում նրանց տառապանքները հետզհետե ուժգնանում են: Զգիտակցված վիշտը նախքան երեխայի մահը կարող է բացասաբար ազդել հաղորդակցման, որոշումների կայացման, մահվան նախապատրաստման հարցերի վրա, ինչն իր հերթին կարող են նպաստել հետագա ուժեղ զգացմունքների ձևավորմանը, ինչպես ասենք՝ մեղքի զգացման և ավստսանքի:

Զնայած իրենց վշտին, ընտանիքները կարող են որոշակի հանգստություն և իմաստ գտնել՝ պատրաստվելով երեխայի մահվանը: Որոշ դեպքերում, դա կարող է ներառել երեխային տանը մահանալու հնարավորությունը:

Երեխայի մահից հետո կորստի և վշտի վերաբերյալ քննարկումների շեշտադրությունը ծնողների վրա է, բայց եղբոր կամ քրոջ կորուստը կարող է հարատև ազդեցություն ունենալ սիրելիների վրա՝ պայմանավորված ուղղակիորեն զգալի հարաբերությունների կորստով կամ անուղղակիորեն՝ ծնողական հակազդումներով:

Յուրաքանչյուր երեխա ունի կյանքի նորմալ ու խնդրահարույց իրադարձություններն անցնելու իր ուրույն ճանապարհը, և յուրաքանչյուր երեխա՝ կորցնելով եղբորը կամ քրոջը ունենում է իր անհատական արձագանքը՝ պայմանավորված իր տարիքային, անհատական, առանձնահատկությամբ, մահացած երեխայի հետ հարաբերությունների բնույթով:

Հակազդեցությունները պայմանավորված են լինում նաև ծնողների կամ հարազատների վարքով, ինչպես նաև՝ երեխայի մահվան լուրը հայտնելու և սեփական վիշտը հաղթահարելու մոտեցումներով: Այս առիթով խորհուրդ է տրվում ազնիվ լինել երեխաների հետ, ներգրավել նրանց իրենց մահացած սիրելիների հուղարկավորությանը մասնակցել քննարկումներին, տեղեկատվությունը հաղորդել մասնաբաժիններով:

Երեխայի բժիշկները, բուժքույրերը, սոցիալական աշխատողները, և այլ խնամատարներ, ովքեր տևական հարաբերություններ են ստեղծել հիվանդ երեխայի ընտանիքի հետ կարող են աջակցության կարևոր աղբյուր հանդիսանալ որդեկորույս ծնողների և ընտանիքի մյուս անդամների համար: Եթե նման հարաբերությունները երեխայի մահվան արդյունքում կտրուկ ավարտվում են, ընտանիքն իրեն լքված է զգում: Երեխայի խնամքն ապահովող թիմի անդամները կարող են ցավակցական հաղորդագրություններ ուղարկել, մասնակցել հրաժեշտի արարողություններին, հուղարկավորությանը:

Երեխայի կորուստը ողբերգական և անտրամաբանական իրադարձություն է հատկապես՝ ծնողների համար, ովքեր, ինչպես և բոլորը, հավատում են, որ երեխաները պետք է լինեն իրենց՝ ծնողների, մահվան վկաները, այլ ոչ՝ հակառակը: Երբ ծնողն է ականտես լինում իր երեխայի մահվանը, սա մի իրադարձություն է, որն իր ծանրությամբ և տառապալիությամբ չի կարող համեմատվել այլ երևույթի հետ:

Երեխայի կյանքի վերջին օրերը, ժամերն ու ակնթարթները ամենայն հավանականությամբ հավերժ դրոշմվում են ծնողների հիշողության մեջ: Ավելին, պայմանավորված երեխայի մահվան բնույթով՝ նրա կորուստը կարող է անդառնալի ազդեցություն ունենալ թե՛ ծնողների, թե՛ սիրելիների հետագա կյանքի վրա: Այդ իսկ պատճառով առանձնահատուկ կարևորություն է ստանում երեխայի կյանքի ավարտի խնամքը: Այս շրջանում հիմնական մարմնական բողոքները ներառում են հյուծվածությունը, ցավը, ախորժակի և քաշի կորուստը, սրտխառնոցը, շարժունակության զգալի նվազումը կամ անհնարինությունը, որոնց հաճախականությունը փոխվում է կախված ախտորոշումից: Հարկ է նշել, որ հատկապես ցավի կառավարումը զգալիորեն ազդում է կյանքի որակի վրա, ինչպես նաև թեթևացնում է երեխայի ծնողների դիսթրեսը: Բուժաշխատողները հաճախ ի վիճակի չեն կանխել երեխայի մահը, սակայն պատասխանատու են կյանքի հնարավորինս խաղաղ ավարտի և տառապանքների նվազեցման համար: Սա հնարավոր է մահացող երեխայի բոլոր ֆիզիկական ախտանիշների կառավարման և գոյաբանական, հուզական և սոցիալական պահանջումների հնարավոր ապահովման պարագայում:

Առանձնացնում են կյանքի ավարտի խնամքի հիմնական նպատակները:

Մասնագետները պետք է բաց ու ազնիվ լինեն հիվանդ երեխայի ընտանիքի հետ, երբ կյանքի ավարտի փուլն այլևս սահմանված է:

Հարկավոր է հնարավորինս շուտ համապատասխան մասնագետների և ընտանիքի հետ մշակել կյանքի ավարտի խնամքի պլան:

Խնամքի պլանը (նաև՝ գրավոր) պետք է ներառի տեղական իրավական մոտեցումները՝ կապված դեղորայքի, վերակենդանացման, մահվան վկայականի և այլ հարցերի հետ:

Խնամքի պլանները, պայմանավորված երեխայի վիճակի փոփոխություններով, պետք է վերանայվեն և համապատասխանաբար փոփոխվեն:

Պետք է իրականացվի ախտանիշների շուրջօրյա կառավարում և ապահովի դեղորայքային հասանելիություն:

Հուզական և հոգևոր աջակցությունը միշտ պետք է հասանելի լինի երեխային և նրա ընտանիքին:

Կյանքի ավարտի խնամքը պայմանականորեն բաժանվում է 3 փուլերի՝

1. Կյանքի ավարտի ճանաչում
2. Կյանքի ավարտի կարիքների և ցանկությունների գնահատում
3. Կյանքի ավարտի խնամքի պլանավորում

Առաջին փուլը ենթադրում է ճանաչել կյանքի ավարտի փուլի սկիզբը և տեղեկացնել դրա մասին երեխայի ընտանիքին և բուժանձնակազմին: Մակայն դրա իրականացումը բավականին բարդ է, քանի որ երեխաները շատ ճկուն են և կարող են հաղթահարել այն իրավիճակները, որոնք սահմանվում են որպես <վերջանական>: Մյուս կողմից երեխաների վիճակը կարող է անսպասելի և կտրուկ վատանալ: Այդ իսկ պատճառով կարևոր է նախօրոք ունենալ կյանքի ավարտի որոշումների պլան և խնամքն իրականացնել՝ պատրաստվելով վատագույնին, բայց հուսալով լավագույնի մասին: Սա հատկապես շատ կարևոր է, քանի որ շատ երեխաների պարագայում հիվանդության հետագիծը շատ անկանխատեսելի է: Մյուս բարդություններից մեկն այն է, որ երեխայի մոտալուտ մահվան գաղափարը վերաբերմունքային արգելքների տեղիք է տալիս, քանի որ ոչ մեկի համար հեշտ չէ ընդունել և խոսել երեխայի մահվան մասին, իսկ որոշ բուժաշխատողներ երեխայի մահը համարում են իրենց անձնական անհաջողությունը: Լինում են դեպքեր, երբ կյանքի ավարտի փուլին նախորդում են վտանգ ներկայացնող որոշ ագրեսիվ իրավիճակներ, որոնք ընտանիքն ընկալում է որպես վերջ: Սա ֆիզիկապես և հոգեբանորեն բավականին հյուժող է: Իրականում չկան կյանքի ավարտի փուլի սկիզբը սահմանող հստակ չափանիշներ:

Կյանքի ավարտի կարիքների և ցանկությունների գնահատումը ներառում է հետևյալ խնդիրները.

Գնահատել ընտանիքի և երեխայի կարիքները: Հարկավոր է զգուշությամբ գնահատել ֆիզիկական, հոգեբանական, ընտանեկան, հոգևոր, սոցիալական և գործնական այն բոլոր հարցերը, որոնք կարող են խանգարել կյանքի լավ/հանդարտ ավարտին:

Դուրս բերել համապատասխան որոշումներ կայացնողներին և պարբերաբար կազմակերպել հանդիպումներ և բոլոր կողմերին տեղյակ պահել երեխայի վիճակի, հնարավոր զարգացումների և հավանական կանխարգելումների մասին:

Համաձայնեցնել, թե որ որոշումներն են ընդունվելու երեխայի մասնակցությամբ, որոնք՝ ընտանիքի, որոնք՝ բուժանձնակազմի:

Համաձայնեցնելով որոշումների կայացումը, պետք է նաև համարձակ և վճռական լինել վերջնական որոշումներ ընդունելիս:

Հարկավոր է ծնողների հետ խոսել կյանքի որակի մասին. բացատրել, թե կյանքի որակի առումով ինչ փոփոխություններ են սպասվում երեխային կյանքի ավարտի փուլին մոտենալով:

Հստակեցնել խնամք իրականացնողների պարտականությունները արտակարգ իրավիճակների համար:

Կյանքի ավարտի պլանը բաղկացած է երկու մասից՝

1. Խնամքի վերաբերյալ երեխաների և ընտանիքի ցանկությունների ձևակերպում
2. Ախտանիշների կառավարման պլան

Երեխաների և ընտանիքի ցանկությունների ձևակերպումը ներառում է նրանց հիմնական մտքերն ու որոշումները, որոնք կարող են առնչվել ներքոնշյալ հարցերին.

- Ցավի և ախտանիշների կառավարում
- Կյանքի որակ
- Հուզական աջակցություն
- Հոգևոր հարցեր
- Հուղարկավորության պլանավորում
- Օրգանների դոնորություն
- Վերակենդանեցման/բուժման ընդհատում
- Հատուկ ցանկություններ
- Երեխաների <կտակ>
- Հուշերի արկղ
- Մահվան վայրը

Ընդհանրապես ենթադրվում է, որ շատերը, այդ թվում նաև երեխաները, նախընտրում են մահանալ տանը՝ շրջապատված մտերիմ հարազատներով: Սակայն իրականում երեխաները հազվադեպ են մահանում տան պայմաններում, քանի որ հաճախ հիվանդության բազմաթիվ ախտանիշներ այնքան սրված են լինում, որ տան պայմաններում անհնար է դառնում դրանց կառավարումը, և բացի այդ, հոգեբանական առումով ընտանիքի մնացած անդամների համար ծանր է լինում երեխային սպառնացող մահվան սպասումը, և վերջապես լինում են որոշակի մարդկային, ֆինանսական և այլ դժվարություններ, որոնք սահմանափակում են տանը մնալու երեխայի հնարավորությունները: Այս պարագայում երեխան իր վերջին օրերն անցկացնում է հիվանդանոցում և այստեղ է, որ բուժանձնակազմը պետք է անի ամեն ինչ, որպեսզի երեխայի համար ստեղծի ընտանեկան պայմաններ և <տան> զգացողություն երեխայի և նրա ընտանիքի համար: Իրենց երեխայի հետ անցկացրած վերջին րոպեները կարող են անգնահատելի լինել նրանց համար, ովքեր ապրելու են երեխայի մահից հետո և նույնիսկ կարող են օգնել ծնողներին վշտի բարդ ճանապարհին անցնելիս: Երբեմն կարող է անհրաժեշտ լինի ծնողներին նրբանկատորեն հայտնել հնարավոր ֆիզիոլոգիական փոփոխությունների մասին, որոնք տեղի են ունենում մահանալու ընթացքում: Շատ հազվադեպ է լինում, որ ծնողները չեն ցանկանում մոտ գտնվել իրենց մահացող երեխային: Ամեն դեպքում հարկավոր է հարգել ծնողների ցանկությունը և երեխայի հիվանդասենյակից ոչ հեռու առանձին սենյակ տրամադրել, ինչպես նաև ապահովել համապատասխան հոգեբանական աջակցություն:

Մահացող երեխայի վախերն ու անհանգստությունները:

Սահմանային վիճակում գտնվող երեխաների և դեռահասների ամենաբնորոշ վախերից է բաժանման և մենակ մնալու վախը: Շատերը նույնիսկ վախենում են քնել, հենց մենակ մնալու վախի պատճառով: Հարազատ մարդկանց ֆիզիկական ներկայությունը նրանց վստահեցնում է, որ իրենց հետ ոչ մի վատ բան չի պատահի: Երբեմն այս վախն արտահայտվում է մթության վախով: Իրականում տարատեսակ վախերի փունջը (բաժանման, մենակ մնալու, կորելու, ընտանիքը թողնելու) հանդես է գալիս որպես մահվան տագնապի դրսևորում: Ինչպես նաև դա կարող է լինել երեխայի անօգնականության և թուլության դրսևորում: Ընտանիքից, հարազատներից ու ընկերներից բաժանման հետ կապված հակազդեցություններն ընթանում են երկու փուլով: Առաջին փուլն ընթանում է վարքային և ֆիզիոլոգիական ակտիվությամբ, որին հաջորդում է երկրորդ փուլը, որն առանձնանում է դեպրեսիվ և ապաթիկ դրսևորումներով, պասիվությամբ: Այս փուլերն արտահայտվում են առօրյա ակտիվության, խաղային գործունեության մակարդակներում, քնի և ախորժակի փոփոխություններում, իմունային համակարգի արձագանքներում:

Ծանոթ երևույթներից հեռանալը կապված է մի կողմից հարազատների, ընկերների, ծանոթ մարդկանց թողնելու հետ, մյուս կողմից՝ ծանոթ ու <սեփական> իրերից ու առարկաներից (հագուստ, սենյակ, տուն և այլն) հարկադրաբար հրաժարվելու հետ: Սա նշանակում է հրաժարվել ցանկացած իրից կամ մարդուց, այն ամենից, ինչն անվտանգություն, հպարտություն և նույնիսկ ինքնություն է ապահովել: Անծանոթ երևույթների հետ բախվելու վախը կապված է անծանոթ, անկանխատեսելի միջավայրում հայտնվելու, բոլորովին անորոշ իրավիճակում գտնվելու մտքերի հետ: Այս ամենի հետ երեխաները տարբեր կերպ են հաշտվում կամ հաղթահարում:

Երբեմն երեխաների վախերը անձնավորվում են բացասական կերպարների տեսքով՝ վիուկներ, գազաններ, չար մարդիկ: Սա կարող է լինել անորոշության նկատմամբ երեխայի վախի կամ ապագայում սպասվող դժվարությունները հաղթահարելու կասկածների դրսևորում: Այստեղ երեխայի հոգեբանական աջակցությունը պետք է ուղղված լինի անցյալի նրա հաջողությունների և հաղթահարած դժվարությունների հիշեցմանը: Իսկ ուղղորդող վիզուալիզացիայի օգնությամբ կարելի է տրանսֆորմացիաների ենթարկել երեխայի վախերը կապված գազանների, վիուկների և այլ սարսափելի կերպարների հետ: Սակայն երբեմն վերոնշյալ վախերը կարող են կապված լինել երեխայի մեղքի զգացման հետ, երբ երեխաները մտածում են, որ <վատ> բան են արել նախկինում, կամ չեն կարողացել <լավ> բան անել: Օրինակ՝ որոշ երեխաներ մեղավոր են իրենց զգում, որ նախկինում լավ չեն վերաբերել իրենց ծնողներին, սիրելիներին, ստել են, պարտականությունները չեն կատարել, ունեցել են արգելված մտքեր և այլն: Պատժվելու վախը կարող է նաև կապված լինել երեխայի կրոնական համոզմունքների և հետմահու պատկերացումների, չարի ու բարու, դրախտի ու դժոխքի պատկերների հետ: Այս դեպքում հոգեբանական աշխատանքը պետք է ուղղված լինի մեղքի զգացման հաղթահարմանը, հետմահու կյանքի պատկերացումների բացատրությանը:

Որոշ երեխաներ ունենում են ցավի ու տառապանքի վախեր, ինչը կարող է լինել անհատական փորձի կամ նույն հիվանդասենյակի այլ երեխաների ապրումներին ակնատես լինելու հետևանք: Այս վախը կարող է կապված է լինել ինչպես անորոշության վախի, այնպես էլ բուժաշխատողների հանդեպ վստահության կորստի հետ: Ուստի շատ կարևոր է, որպեսզի երեխան իմանա, որ բժիշկներն անում են ամեն ինչ, իր ցավն ու տառապանքը մեղմելու համար:

Երբեմն սահմանային վիճակում գտնվող երեխաները ուղղակիորեն արտահայտում են իրենց մահվան վախը: Գրականության մեջ առանձնացնում են մահվան տագնապի երեք հիմնական մոտեցումներ: <Փոխադրման տեսության> համաձայն՝ իրականում մահվան տագնապ գոյություն չունի, քանի որ գիտակցաբար մարդը երբեք մահ չի ապրել և անգիտակցաբար դա հնարավոր չէ ընկալել: Հետևաբար, այն ինչ արտահայտվում է մահվան տագնապի տեսքով, իրականում այլ չլուծված կոնֆլիկտի փոխադրումն է: Մյուս՝ գոյաբանական տեսությունը համարում է, որ մահվան տագնապը արմատավորված է այն փաստի մեջ, որ մենք գիտակցում ենք մեր մահկանացու լինելը և որ դա մեր գոյության անհերքելի մասն է, որը հիմնականում արտամղված է: Երրորդ՝ <Պրագմատիկ> տեսության համաձայն իրականում մենք վախենում ենք ոչ թե մահից, այլ դրա հետ զուգորդվող մի շարք այլ երևույթներից՝ ցավից, տառապանքից, բաժանումից, միայնությունից կամ պատժվելուց: Հոգեբանական աջակցության շրջանակներում այս երեք մոտեցումներն էլ կարող են օգտակար լինել:

Ճշմարտությունն իմանալու երեխայի վախը կապված է ժխտման պաշտպանական մեխանիզմի հետ, քանի որ ճշմարտություն իմանալը նշանակում է իմանալ սեփական կյանքի մոտավոր ապարտի մասին: Որոշ երեխաներ երբեք չեն խոսում իրենց հիվանդության մասին ոչ բուժաշխատողների, ոչ էլ ծնողների հետ: Եվ քանի դեռ նրանց ժխտումը չի խանգարում պալիատիվ խնամքի իրականացմանը, հարկ է հարգել երեխայի ժխտելու իրավունքը:

Ծնողներին պաշտպանելը սահմանային վիճակում գտնվող հիվանդ երեխաներին անհանգստացնող խնդիրներից է, ինչը ստիպում է նրանց թաքցնել իրենց ցավն ու տառապանքը, ձևացնել որ ավելի լավ են իրենց զգում, որպեսզի այդպիսով պաշտպանեն իրենց ծնողներին ցավից և տառապանքից: Նման դեպքերում հարկավոր է աշխատել երեխայի և ծնողների միջև հաղորդակցման բարելավման ուղղությամբ, որպեսզի երեխաները կարողանան անկեղծ լինել և կիսել իրենց ցավն ու տառապանքը հարազատ մարդկանց հետ:

Սահմանային վիճակում գտնվող երեխաներն սկսում են անցնել տխրության և վշտի հոգեվիճակներով: Զայրույթը կարող է տարբեր դրսևորումներ ունենալ, օրինակ, այն կարող է հանդես գալ ուրիշներին նախանձելու տեսքով կամ բուժօգնությանը դիմադրելու, ըմբոստանալու վարքագծերով: Այստեղ ևս պետք է համապատասխան միջավայր ստեղծել, ինչը կօգնի երեխային արտահայտել իր զայրույթը խոսքերի, նկարների կամ ֆանտազիաների օգնությամբ:

Մահացող երեխաները հաճախ հուսադրող խոսքեր են փնտրում և այս դեպքերում հաճախ են դիմում հավատի ու Աստծո օգնությանը: Հարկ է հիշել, որ հավատն ինքնին շատ օգտակար է:

ԿՈՐՄՏԻ և ՎՇՏԻ ՀԵՏ ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԽՆԱՄՔՈՒՄ

Վշտի հետ աշխատանքը հանդիսանում է առանցքային պալիատիվ խնամքի համատեքստում:

Վիշտը կորստի ապրման բնականոն գործընթաց է, որին բնորոշ է փուլայնություն և երկարատևություն: Ընդ որում, յուրաքանչյուր մարդու մոտ յուրովի է ընթանում վշտի ապրման պրոցեսը: Վշտի ապրումը կարող է դրսևորվել այնպիսի հույզերով, ինչպիսիք են՝

մեղքի, դատարկության, ջղայնության, անիմաստության, միայնակության, վախի զգացողությունները և այլն:

Վշտի ապրման գործընթացը նպաստում է.

Կորստի փաստի ընդունմանը և հարմարմանը:

Առանց մտերիմ մարդու աշխարհի ընդունմանը

Սեփական ապագայի ընդունմանը և նոր պլանների ստեղծմանը

Գոյության նոր մոդելների կառուցմանը և նոր գործառույթների ներքնայնացմանը

Վշտի ապրման փուլերն են.

Ժխտման փուլ. Այս փուլի հոգեբանական հիմքում ընկած են այնպիսի պաշտպանական մեխանիզմներ, ինչպիսիք են՝ արտամղումը և ժխտումը: Արտամղումը դրսևորվում է գիտակցությունից ցավալի տեղեկատվության դուրս մղմամբ: Մարդը դրսևորում է փախուստի ադապտիվ հակազդում: Այս փուլը կարող է տևել մի քանի վայրկյանից մինչև մի քանի օր: Այս փուլում մարդու վարքը կարող է լինել դեգադապտիվ կամ ընդհակառակը՝ բացակայում է որևէ գործողություն կամ հույզ, այս վիճակը կարող է կոչվել հուզական անեսթեզիա:

Ագրեսիայի փուլ, որը կարող է բացատրվել աշխարհի մասին բազային պատկերացումների խարխլմամբ, հատկապես երեխայի մահվան դեպքում: Ագրեսիայի դրսևորման են նպաստում կորստի օբյեկտի պահանջմունքի արգելափակումը: Անդադար տառապանքը իջեցնում է ջղայնության ռեակցիայի շեմը, մյուս կողմից՝ ջղայնության դրսևորումը նվազեցնում է տառապանքի ապրումը: Ագրեսիվ ռեակցիաների իմաստը կայանում է նաև նրանում, որ դրանց օգնությամբ մարդ փորձում է հաղթահարել մահվան վախը: Ագրեսիան ստեղծում է սեփական և այլ մարդկանց կյանքի նկատմամբ վերահսկման զգացողություն:

Դեպրեսիայի փուլ: Դեպրեսիվ ֆոնը առաջին հերթին նկարագրվում է համոզմունքով, որ որևէ հեռանկար չկա, և որ ցավը երբևէ չի մեղմանա: Այն դեպքում, երբ ցավը թուլանում է, մարդ կարող է մեղադրել իրեն, որ դավաճանում է մահացած մարդուն: Կյանքը կիսվում է երկու մասի՝ մահվանից առաջ և հետո: Կենսական բոլոր ուրախությունները կորցնում են իրենց հետաքրքրությունը: Կարող են դրսևորվել նաև ինքնամեղադրանքներ: Մարդ կարող է զգալ իրեն խոցելի, անկարող կազմակերպելու սեփական կյանքը, հաղթահարելու դժվարությունները: Առաջ է գալիս կայունության զգացողություն՝ ոչինչ հնարավոր չէ փոխել. կյանքն անցել է, ամենալավ փուլն ավարտվել է: Առաջ է գալիս զգացողություն, որ ոչ մեկ երբևէ չի կարող հասկանալ իրենց ողբերգությունը: Միևնույն ժամանակ այս փուլում կարող է սկիզբ դրվել կյանքի նոր իմաստների, արժեքային կողմնորոշիչների վերակառուցմանը:

Ինտեգրացիայի փուլ: Վշտի ապրումը կրում է ալիքաձև բնույթ: Այս փուլում մարդն սկսում է ընդունել հարազատ մարդու կորստի փաստը, իր վրա է վերցնում նոր դերեր, տրանսֆորմացիայի է ենթարկում բազային կոնցեպցիաները, կառուցում է մտերիմ մարդու մահվան իմաստը, կառուցում է նաև կենսական ճանապարհի նոր հեռանկարներ և իրականացնում է դրանք գոյության նոր պայմաններում: Կարևոր է նշել, որ այս փուլերը չունեն հստակ սահմաններ և կարող են դրսևորվել տարբեր ձևով: Երբեմն, որոշ փուլեր

բացակայում են կամ թույլ են արտահայտվում: Բացի այդ, վշտի դրսևորումները անհատական են, հետևաբար դժվար է որոշել, որ փուլում է գտնվում մարդը: Տարբեր փուլերի դրսևորումները կարող են համակցված լինել, ինչը դարձնում է վշտի ապրման գործընթացն առավել երկարատև և ցավալի:

Վշտի ապրման բնութագրիչները

Մետացավ. ցավ ցավի գիտակցումից: Գիտակցությունը նեղանում է՝ կենտրոնանալով վշտի օբյեկտի վրա, առաջ է գալիս տեղի ունեցածի ոչ իրական լինելու զգացողություն, սգավորը հուզականորեն հեռվանում է կյանքից, տեղի է ունենում կորստի պատկերով տարվածություն, դրսևորվում է մեղքի զգացում, ինքնամեղադրանքներ: Երբեմն կարող է լինել թշնամական վերաբերմունք շրջապատողների նկատմամբ, դյուրագրգռություն, որը դժվար է ղեկավարվում:

Դատարկություն: Մարդու գիտակցության մեջ առաջ է գալիս ճեղք, քանի որ կորստի օբյեկտի հետ մարդը կորցնում է նաև հուզական կապերի, սպասելիքների, վարքային մոդելների, հարաբերությունների մի ամբողջություն: Շրջապատող միջավայրը կորցնում է իր գրավչությունը, քանի որ դրանում չեն կարող վերականգնվել այն յուրահատուկ հարաբերությունները, որոնք եղել են կորստի օբյեկտի հետ:

Մեղքի զգացում, ինչն արտահայտվում է ինքնամեղադրական միտումներով բաց թողնված հնարավորությունների համար: Մեղքի զգացումը հատկապես ինտենսիվ կարող է լինել ծնողների մոտ, ովքեր կորցնում են երեխաներին, երեխայի մահը խախտում է ընտանիքի հավասարակշռությունը: Երեխաների հետ ծնողների մոտ կապվում է ապագայի զգացողությունը, երեխայի մահվան դեպքում ծնողները կորցնում են ոչ միայն այդ թանկ կապը, այլ իրենց պատկերացումներում պլանավորված ապագան: Այն պահին, երբ երեխան մահանում է, մեծահասակն իր վրա է վերցնում ամբողջ պատասխանատվությունը, քանի որ կարծում է, որ չի կարողացել հաղթահարել իր գլխավոր գործառնությունը՝ կյանքի պաշտպանությունը: Այդ դեպքում մեղքի զգացումը դառնում է կորստի ապրման գերակշռող զգացում: Երեխայի մահվան դեպքում կոտրվում են ծնողների պատկերացումներն աշխարհի կառուցման մասին և իրենց դերի մասին այդ աշխարհում: Եվ ծնողը հայտնվում է միայնակ սեփական կործանված միջերի մեջ: Արդարության կոնցեպցիան հոգս է ցնդում երեխայի կորստի հետ միասին, դրան փոխարինում է մեղքը, թշնամանքը, դատարկվածությունը:

Ջղայնություն: Մեղքի զգացումը հաճախ ներառում է մեղադրանքներ: Երբեմն մահվան ինչ-որ իմաստի որոնման արդյունքում, մարդը գալիս է հիպոթետիկ համոզմունքի. «Եթե . . . , ապա . . . »: Սկզբում հիպոթետիկությունը ուժեղացնում է մեղքի զգացումը, որը հետո փոխարինվում է «ինչու՞» հարցով, որն ունի մեղադրական միտում: «Ինչու՞ ես չօգնեցի, ինչու՞ դու չլսեցիր, ինչու՞ չարեցինք այս կերպ կամ այն կերպ, ինչու՞ հենց իմ երեխան»: Հաճախ ընտանիքները բաժանվում են երկու խմբի՝ մեղադրողների և մեղադրյալների: Մեղադրողները, որպես կանոն, սեփական մեղքի զգացման քողարկված զգացումը տրանսֆորմացնում են մեղադրանքների տեսքով, որոնք ուղղում են շրջապատողներին, օրինակ՝ բուժանձնակազմին: Ինչքան շատ է մարդը իրեն մեղավոր զգում, այնքան ավելի շատ է մեղադրում այլ մարդկանց, ընդ որում՝ ուրիշներին մեղադրելը նպաստում է ցավից ազատմանը:

Անիմաստության զգացողություն և արժեքների վերանայում: Էքզիստենցիալ հարցերի ակտիվացում: Մարդը սկսում է հիշել իր գործած մեղքերը՝ փորձելով հասկանալ տեղի ունեցածի իմաստը: Վերանայումը, վերլուծության է ենթարկում իր անցած կյանքը, որոնում է իր ապագա կյանքի իմաստը: Վշտի մեջ առկա է աշխարհայացքային դիրքորոշումների բացահայտման հսկայական պոտենցիալ, որն օգնում է նայել աշխարհին այլ դիտանկյունից: Ձևավորվում են նոր առաջնահերթություններ, կենսական իդեալներ: Վշտի ապրման միջոցով մարդը սովորում է ոչ միայն ապրել, այլ՝ ապրել նոր ձևով:

Վիշտ ապրող անձի հետ փոխազդեցության սկզբունքները

Բնականոն ընկալելու՝ **նորմալիզացիայի** սկզբունք: Ցույց տալ մարդուն, որ վիշտ ապրող մարդու վարքը բնականոն ռեակցիա է: Այս սկզբունքի կիրառումը նպաստում է ամոթի ապրման զգացողության հաղթահարմանը, որ մարդը կարող է ունենալ իր վարքի համար, ինչպես նաև ինքնագիտակցության բաղադրիչների ներքին հավասարակշռության բերելու համար:

Էմպաթիա: Աջակցման, հասկացման, ապրումակցման դրսևորումը հոգեբանական աջակցության սկզբնականն է: Էմպաթիան սիմվոլիկ կերպով կարող ենք նկարագրել՝ որպես դիմացինի պատուհանից իրավիճակին նայել: Էմպաթիան կանխարգելում է միայնակության զգացողության առաջացումը:

Անհատականության սկզբունք: Այս սկզբունքն այն մասին է, որ սգավորի ապրումների առանցքում իրավիճակի նկատմամբ միայն իրենց յուրահատուկ ընկալումների և տրավմատիկ իրողության վերամշակումն է, որն էլ կանխորոշում է հակազդման ձևը և նաև հաղթահարման մեխանիզմը:

«Այստեղ և հիմա» սկզբունքը թույլ է տալիս քննարկել ակտուալ մտահոգությունները, որոնք առաջ են գալիս զրույցի ընթացքում, քանի որ զրույցի ընթացքում առաջ եկող հույզերի վրա կենտրոնացումը, դրանց ռեֆլեքսիան թույլ է տալիս սգավորին լիցքաթափել բացասական հույզերը:

Համակարգայնության սկզբունք: Ենթադրում է ընտանիքի բոլոր անդամների, ներառյալ մյուս երեխաների, ընդգրկում՝ հուզական պառակտումների կանխարգելման, ընտանիքում առկա հույզերի գիտակցվածության բարձրացման և անվտանգ կապվածության ստեղծման համար:

Կարևոր է նաև հիշել, որ չի կարելի կանգնեցնել վշտի գործընթացը: Հոգեբանական աջակցության խնդիրն է օգնել մարդուն ամբողջությամբ վերապրել կորուստը և ոչ թե բացնել հոգևոր ապրումների սրությունը:

Անհրաժեշտ է տարբերակել նաև **բարդեցված վիշտը**: Այն կարող ենք տարբերակել՝ հաշվի առնելով հետևյալ չափանիշները:

Չափանիշ U

Եթե նշանակալի անձի կորստի դեպքում մարդն ամեն օր ունենում է հետևյալ ախտանիշներից 3 կամ 4-ը

1. Կաշուն մտքեր մահացած անձի վերաբերյալ
2. Թախիժ մահացած անձի նկատմամբ
3. Մահացած մարդու որոնում
4. Միայնակության զգացում մտերիմ մարդու մահվանից հետո

Չափանիշ Բ

Հետևալ ախտանիշներից առնվազն 4-ի առկայություն ամեն օր

1. Նպատակների բացակայություն, ապագայի դատարկության զգացում
2. Ընդարմացածության, հուզական արձագանքի բացակայության սուբյեկտիվ զգացում
3. Մահվան փաստի ընդունման դժվարություն
4. Կյանքի դատարկության և անիմաստության զգացում
5. Զգացում, որ սեփական անձի մի մասը մահացել է
6. Աշխարհընկալման խաթարում՝ անվտանգության, հավատի, վերահսկողության զգացումի կորուստ
7. Վնասող վարք
8. Սուր դյուրագրգվածություն, նյարդայնության զգացում

Չափանիշ Ե

Ախտանիշների տևողությունը առնվազն 6 ամիս է:

Չափանիշ Դ

Ախտանիշները հանգեցնում են գործառնականության խանգարումների սոցիալական, աշխատանքային կամ այլ նշանակալի ոլորտում:

Կարևոր է նաև տարբերակել վշտի և դեպրեսիայի կլինիկական առանձնահատկությունները, քանի որ դրանք ունեն նման բնութագրիչներ, սակայն առկա են նաև տարբերակիչ գործոններ. օրինակ՝ դեպրեսիայի պարագայում առկա է ինքնագնահատականի խանգարում, անհուսություն, հոգեշարժական արգելակում, սուիցիդալ հակումներ: Դեպրեսիայի պարագայում առավել հաճախ են հանդիպում վեգետատիվ ախտանիշներ, քան սթրեսային ռեակցիայի պարագայում: Վշտի պարագայում կորստի ցավը գիտակցվում է, մինչդեռ դեպրեսիայի պարագայում այն չի գիտակցվում և ժխտվում է: Զղայնությունն ավելի շատ արտահայտվում է վշտի պարագայում, քան՝ դեպրեսիայի:

Վշտի մյուս կարևոր դրսևորումը դա մեղքի զգացողությունն է, որը կարող է լինել որպես պաշտպանություն անօգնականության դեմ, քանի որ երբեմն մարդկանց ավելի հեշտ է վերցնել պատասխանատվություն իրադարձությունների համար, քան ընդունել աշխարհում գոյություն ունեցող պատահականությունները:

Հոգեբանական աջակցության սխեմա վշտի ապրման ընթացքում

- Աջակցում
- Հակազդում
- Գիտակցում

- Ռեսուրսների որոնում և ակտուալիզացիա

Վիշտ ապրող մարդը գտնվում է հուզական սուր վիճակում: Քանի դեռ հույզերը չեն կորցրել իրենց ինտենսիվությունը, կոգնիտիվ վերլուծության հնարավորությունը կարող է լինել արգելափակված, այս պատճառով վիշտ ապրող մարդն ավելի շատ խոսում է նրա մասին, ինչ տեղի է ունեցել:

Վշտի հետ աշխատանքի առանցքային բաղադրիչ է կազմում սգավորի պատմությունը լսելը: Այն, թե ինչպես է պատմությամբ (նարատիվ) զարգանում և ինչպես մեկնաբանվում, կարևոր դեր է խաղում վշտի ապրման գործընթացում: Նարատիվ թերապիան ունի իմաստակենտրոն բնույթ, այն նպաստում է իմաստաստեղծման գործընթացին:

Վշտի հաղթահարման գործում արդյունավետ մոտեցում է հանդիսանում նաև ընտանիքակենտրոն թերապիան (Դ.Քիսանե): Քանի որ ընտանիքը հանդես է գալիս որպես աջակցման հիմնական աղբյուր, ընտանիքի անդամների հետ ապրումները կիսելը կարող է ապաքինող լինել, քանի որ դա նպաստում է հարաբերությունների արժեքի արտացոլմանը, հաղթահարման մեխանիզմների ակտիվացմանը:

ՀՈՒՋԱԿԱՆ ԱՅՐՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ

Հուզական Այրման Համախտանիշը (ՀԱՀ) բնորոշ է հաղորդակցում ենթադրող մասնագիտությունների անձանց, որոնք օգնություն են տրամադրում հիվանդներին կամ տուժածներին կամ աշխատում են բնակչության հետ:

Հետազոտողների տվյալների համաձայն այս համախտանիշը հանդիպում է բուժական անձնակազմի 30-90% մոտ՝ պայմանավորված կոնկրետ մասնագիտական գործունեությամբ, անձի տիպով, հոգեբանական հարմարվողականության օբյեկտիվ հնարավորությամբ:

<Հուզական Այրման Համախտանիշ> տերմինն (անգլ. burnout) առաջարկել է ամերիկացի հոգեբույժ Հ.Ֆրեյդենբերգերը 1974թ. և նշանակում է երկարատև սթրեսային հակազդեցություն, որն առաջանում է տևական մասնագիտական տարաբնույթ սթրեսների արդյունքում: Դա ֆիզիկական, հուզական և մտավոր հյուծվածության վիճակ է, որն ի հայտ է գալիս մասնագիտական ոլորտում: ՀԱՀ բնութագրվում է ֆիզիկական հոգնածությամբ, հուզական դատարկության զգացումով, տրամադրության տատանումներով, դյուրագրգռությամբ, անհանդուրժողականությամբ, կոպտությամբ, դեպրեսիայով, որոշ դեպքերում՝ հիվանդների հանդեպ անտարբերությամբ և անկարեկից վերաբերմունքով, մասնագիտական ոչ կոմպետենտության և անհաջողության զգացումով, վատատեսությամբ, ամենօրյա աշխատանքի հետ կապված դժգոհությամբ, մասնագիտական պարտականությունների ձևական իրականացմամբ, միջանձնային հարաբերությունների վատթարացմամբ, կոնֆլիկտայնությամբ և այլն:

ՀԱՀ-ը դրսևորվում է միաժամանակ մի քանի մակարդակներում

Հուզական հյուծվածություն	Մտավոր հյուծվածություն	Ֆիզիկական հյուծվածություն

Հուզական բթություն	Ուշադրության կենտրոնացման հետ կապված դժվարություններ	հոգնածություն
Անտարբերություն	Հիշողության վատթարացում	Գլխացավեր
Դյուրագրգռվածություն	Իմացական ոլորտի նեղացում	Աղեստամոքսային համակարգի խանգարումներ
Դեպրեսիա	Մտքերի խառնաշփոթ	Քաշի փոփոխություն
Անհուսալիություն	Ներգրավվածության բացակայություն հատկապես մասնագիտական գործունեության մեջ	Քնի խանգարումներ
Դեպերսոնալիզացիա		
Միայնության զգացում		

Տերմինալ փուլում գտնվող քրոնիկ, արագ զարգացող հիվանդություններով հիվանդներին պալիատիվ օգնություն տրամադրող բուժաշխատողների մասնագիտական գործունեությունը առավել, քան այլ մասնագիտությունների, կապված է զգալի հոգեհուզական ծանրաբեռնվածության հետ և զուգակցվում է բացասական հուզական գործոնների ազդեցությամբ, որոնք բուժանձնակազմի մոտ առաջացնում են աշխատանքի արդյունքում ի հայտ եկած սթրեսի հանդեպ ոչ հարմարվողական հակազդեցություն (դյուրագրգռվածություն, հոգնածություն, գլխացավեր, հուզական լարվածություն, բարձր տագնապայնություն և կասկածամտություն, քնի խանգարումներ և այլն)

ՀԱՀ-ը կարող է բացասաբար ազդել ոչ միայն անբուժելի հիվանդություն ունեցող հիվանդներին տրամադրվող բուժական օգնության վրա՝ նվազեցնելով մասնագիտական գործունեության որակը, այլև կարող է անբարենպաստ ազդեցություն ունենալ բուժաշխատողների ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի վրա:

Պալիատիվ ոլորտում ՀԱՀ-ի առավել տարածված պատճառներից են.

- Պալիատիվ խնամքի տրամադրման տարբեր ձևերի հոգեբանական անպատաստվածությունը
- Հիվանդության անբուժելիության հանգամանքը
- Հիվանդության ընթացքի անկախատեսելիությունը
- Մեծ հոգեբանական և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը
- Հիվանդների և նրանց հարազատների հետ հարաբերություններին առնչվող էթիկական խնդիրները:
- Մահացող հիվանդների և նրանց հարազատների հետ շփվելու անհրաժեշտ մասնագիտական գիտելիքների և հմտությունների պակասը/բացակայությունը
- Մահվան հանդեպ ընդհանուր վերաբերմունքը և այլն

Գրականության մեջ առանձնացնում են Պալիատիվ ոլորտում ՀԱՀ-ի առաջացմանը նպաստող հետևյալ գործոնները.

Անձնական	Հոգեբանական	Կազմակերպչական	Հիվանդին առնչվող
Վերահսկողություն կորուստ	Հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ	Աշխատանքային ծանրաբեռնվածություն	Հիվանդի երիտասարդ տարիքը
Անօգնականության զգացում	Թմրադեղերի կամ ակնոհուլի չարաշահում	Դերային անորոշություն/Մասնագիտական և անձնական ոլորտների սահմանների խախտում	Հիվանդին բուժաշխատողը նմանեցնում է իրեն հարազատներից մեկին
Միայնության զգացում	Չհաղթահարված անձնական տրավմա	Ռեսուրսային սահմանափակումներ	Տրավմատիկ մահ
Անձնական կամ ընտանեկան տարաբնույթ խնդիրներ		Աշխատանքը կորցնելու վախ, տարատեսակ աշխատանքային չարաշահումներ	Մտերիմ հարաբերություններ հիվանդի հետ
		Ներթիմային ենթախմբերի կազմավորում	Մի քանի մահացող հիվանդներ միննույն ժամանակահատվածում

Առկա ուսումնասիրությունները փաստում են, որ բուժանձնակազմի համար առավել մեծ ղեկավարություն է ներկայացնում հիվանդի հարազատների հետ շփումը:

Հաճախ, հետևելով հարազատ մարդու վիճակի փոփոխություններին, հիվանդի հարազատները չեն կարողանում հաշտվել այդ ամենի հետ, ժխտում են ախտորոշումը, պահանջում են լրացուցիչ հետազոտություններ իրականացնել, պնդում են վիրահատության անհրաժեշտության վրա և այլն:

Հիվանդի կորուստը, նույնիսկ անբուժելի հիվանդության հետևանքով և անկախ այն հանգամանքից, որ հարազատները զգուշացված են եղել մոտալուտ մահվան մասին, կարող է անսպասելի լինել հարազատների համար: Հաճախ բուժանձնակազմը դառնում է հիվանդի հարազատների ագրեսիվ հակազդեցությունների թիրախ:

Հարազատների անվստահության, անօգնականության, տագնապի, շփոթմունքի զգացումները փոխանցվում են հիվանդին և բացասաբար են ազդում նրա ինքնազգացողության վրա: Այն բանի գիտակցումը, որ կա մեկը, ում կարելի է դիմել անհրաժեշտության դեպքում, ընտանիքին վստահություն է տալիս և բարենպաստ է անդրադառնում հիվանդի տրամադրության վրա:

Մահացող երեխաների և նրանց հարազատների խնամքը հատկապես ղեկավարին է ու սթրեսային: Դժվար է ընդունել, որ երեխան մահանում է և չի կարող լիարժեք կյանք ունենալ: Բուժաշխատողները հաճախ ունենում են նույն ապրումները, ինչպես հիվանդ երեխայի հարազատները: Ի տարբերություն մեծահասակներին տրամադրվող պալիատիվ խնամքի, մանկական պալիատիվ խնամքի առանձնահատուկ սթրեսներից է երկարատև

հարաբերությունների ձևավորումը երեխայի և բուժաշխատողների միջև: Բուժաշխատողներ հաճախ ներգրավում են ախտորոշման հետ կապված ապրումներից մինչև բուժման ընթացքով պայմանավորված բարդ հոգեվիճակների մեջ: Մահացող երեխաների հետ աշխատելիս մասնագիտական սահմաններն ու հարաբերությունները հաճախ միահյուսվում են: Երբ հարաբերություններն անցնում են անձնական դաշտ, բուժաշխատողը հարազատության զգացում է ապրում՝ մտածելով հիվանդ, երեխայի հանդեպ, առավել ծանր ապրումներ է ունենում և ավելի խորը վիշտ է ապրում երեխայի վիճակի հետզհետե վատթարացման և կորստի արդյունքում: Որոշ դեպքերում մահացած երեխայի հարազատների հետ շարունակական հարաբերությունները անորոշ են դարձնում բժիշկի դերը, և, երբ վերջինս դադարեցնում է շփումները, երեխայի հարազատների համար դա լինում է սթրեսային:

Եվ այսպես ՀԱՀ-ը մի գործընթաց է, որի պարագայում ծանր հիվանդին աջակցություն տրամադրելու հետ կապված ամենօրյա սթրեսային գործոնների ազդեցությունը հետզհետե բերում են բուժաշխատողի թե ֆիզիկական, թե հոգեբանական բնույթի առողջական խնդիրների առաջացմանը:

ՀԱՀ-ի կանխարգելումը ենթադրում է.

Ա. Բուժաշխատողների մոտ լարվածության թուլացում

Բ. Մասնագիտական մոտիվացիայի, աշխատավարձի բարձրացում

ՀԱՀ-ի կանխարգելման կարևորագույն բաղադրիչներից է անձնական և մասնագիտական սահմանների տարանջատումը և պատասխանատվությունների համարժեք բաշխումը, էմպաթիայի և հիվանդի հետ նույնականացման տարանջատումը, օգնություն տրամադրելու սեփական մասնագիտական հնարավորությունների ադեկվատ գնահատումը:

Կանխարգելման անհատական մակարդակը: Բուժաշխատողը պետք է տիրապետի ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի վերահսկողության, ինչպես նաև ինքնակարգավորման հմտություններին, ռելաքսացիայի տեխնիկաներին, սթրեսակայունության հմտություններին:

Թայմ-աութ-ների կիրառումը, այսինքն՝ հանգստյան օրերի կազմակերպումը, անհրաժեշտ է դառնում բուժաշխատողների հոգեկան և ֆիզիկական բարօրության համար:

Մասնագիտական զարգացումն ու ինքնակատարելագործումը հանդիսանում են ՀԱՀ-ի կանխարգելման միջոց: Առավել լայն մասնագիտական համագործակցությունը հնարավորություն է տալիս վեր կանգնել նեղ աշխատանքային առօրյայից, ամրապնդել մասնագիտական ոլորտի գիտելիքները և ձեռք բերել նոր հմտություններ հարակից մասնագիտություններից:

Ոչ պետքական մրցակցությունը առաջացնում է տագնապ, որը մարդուն դարձնում է ագրեսիվ, իսկ այս ամենն էլ իր հերթին նպաստում է ՀԱՀ-ի դրսևորմանը:

Հուզական շփումը, սեփական հույզերի և ապրումների մասին խոսելը զգալիորեն նվազեցնում են ՀԱՀ-ի առաջացման հավանականությունը: Հոգեբանական խորհրդատվության կանխարգելիչ նշանակությունը պալիատիվ ոլորտի բուժաշխատողների համար բավականին մեծ է: Այն հնարավորություն է տալիս ոչ միայն շտկել անհամարժեք

պաշտպանական մեխանիզմների հետևանքները, այլև ձևավորել մասնագիտական մոտիվացիա և ինքնակառավարման ադապտիվ մեխանիզմներ:

Մեփական մասնագիտության իմաստի, դրդապատճառների և արժեքի սահմանումը հանդիսանում է հոգեկան առողջության պահպանման կարևորագույն հիմնաքար: Պատասխանելով <<Ինչ՞ու եմ ես այստեղ աշխատում>> հարցին՝ մասնագետը կարողանում է ամրապնդել իր մասնագիտական դիրքորոշումը և հստակեցնել հետագա զարգացման ուղիները:

Առողջ ֆիզիկական ապրելակերպը ևս ունի կանխարգելիչ նշանակություն:

ՀԱՀ-ից խուսափելու համար հարկավոր է հետևել որոշ կանոնների.

- Համապատասխանաբար բաշխել աշխատանքային ծանրաբեռնվածությունը
- Զարգացնել ճկունություն մի գործունեության տեսակից մյուսին անցնելու համար
- Թեթև վերաբերվել աշխատանքային կոնֆլիկտներին
- Զփոքձել լինել լավագույնը ամենքից և ամենուր
- Ինքնախնամք և սթրեսի հաղթահարման ստրատեգիաներ

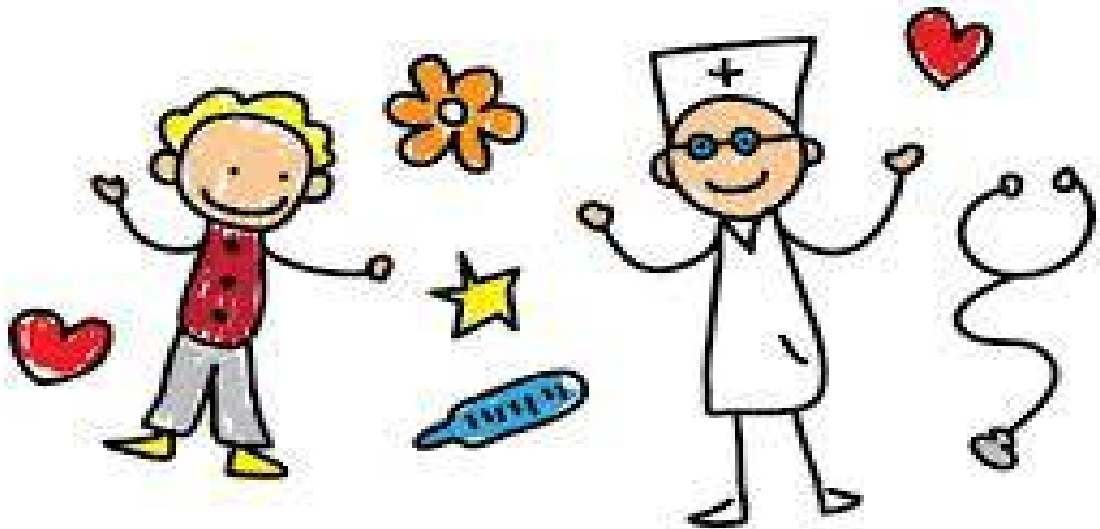
Ֆիզիկական առողջություն	Հոգեկան առողջություն	Աշխատանք
Առողջ սնունդ	Առաջնահերթությունների սահմանում	Մասնագիտական սահմանների պահպանում
Ֆիզիկական ակտիվություն	“Ոչ” ասելու ունակություն	Հիվանդ երեխաների հետ աշխատելու մոտիվացիայի հստակեցում
Ռելաքսացիոն վարժություններ	Կոնֆլիկտների հաղթահարում	Զղիտարկել մահը որպես անհաջողություն
Մերսումներ	Ճկունություն նոր գաղափարների նկատմամբ	Պարբերաբար անդրադառնալ մասնագիտական հաջողություններին
Մեղիտացիա	Շարունակական կրթություն	Հանգստյան օրերի կազմակերպում
	Տարաբնույթ հետաքրքրություններ	Մասնագիտական կազմակերպություններին անդամակցում
	Մտքերի և հույզերի գրառում օրագրի տեսքով	Հոգեբանական խորհրդատվության մասնակցություն

Ամփոփելով մանկական պալիատիվ օգնության ոլորտի բուժաշխատողների սթրեսի հաղթահարման ստրատեգիաները՝ հարկ է նշել, որ կյանքի ավարտի խնամքին առնչվող սթրեսների հաղթահարման լավագույն սկզբունքներն են.

- Հասկանալ սթրեսի առաջացման պատճառները
- Սովորել ճանաչել սթրեսի հետևանքները
- Յուրացնել սթրեսի հաղթահարման և ինքնախնամքի տեխնիկաները

Հարկ է նշել, որ սթրեսի հաղթահարման աշխատանքների պատասխանատվությունը վերաբերում է և բուժաշխատողներին և մահացող երեխայի խնամք ապահովող կազմակերպությանը:

ԽԱՂԻ ԴԵՐՈՇ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՊԱԼԻԱՏԻՎ/ԱՄՈՔԻՉ ԽՆԱՄՔՈՒՄ



Խաղը՝ մանկության համընդհանուր լեզուն է: Խաղալու ժամանակ և հնարավորությունը ունենալը՝ յուրաքանչյուր երեխայի իրավունքն է: Խաղի դերը՝ որպես կապի միջոց, որպես շեղելու մի գործիք և դրա արժեքը տիպիկ/ նորմալ երեխայի ամբողջական զարգացման մեջ ընդունվում է առանց առարկության յուրաքանչյուրի կողմից: Խաղի դերն ու արժեքը ավելի է բարձրանում հիվանդության կամ հաշմանդամության պատճառով, քանի որ երեխան ավելի խոցելի է դառնում:

Չնայած այս փաստին, խաղին հատկացվող ժամանակը և հնարավորությունները կարող են անտեսվել կամ համարվել ոչ այնքա կարևոր կամ էական այն իրավիճակում, երբ երեխայի մասին հոգ տանող մեծահասակները իրենց ամբողջ ուշադրությունը կենտրոնացնում են մեղմելու կլինիկական ախտանիշները և նվազեցնելու հիվանդության հոգեբանական ազդեցությունը երեխայի վրա: Այս հոգվածում հեղինակները՝ նկարագրելով խաղի դերն ու արժեքը՝ որպես անբաժանելի մի մաս պալիատիվ խնամքի, որը տրամադրվում է այն երեխաներին, ովքեր գտվում են քրոնիկ, կյանքին վտանգ սպառնացող և կյանքն սահմանափակող իրավիճակներում, նկարագրում են, թե ծանր հիվանդ երեխային տրամադրվող խաղի բավարար ժամանակն և հնարավորությունը ոչ միայն բարելավում են նրանց հոգեբանական վիճակը, այլև թույլ են տալիս նրանց փախչելու, դուրս գալու հիվանդության սահմանափակումներից, և մի քանի հրաշալի պահեր անցկացնելու ընդամենը որպես խաղացող երեխաներ:

Ընդհանուր առմամբ ընդունված է, որ խաղը երեխայի զարգացման, կրթության և ուսուցման կարևոր մասն է, և որ խաղի բնույթը փոփոխվում է ուղեղի զարգացման հետ զուգահեռ, քանի որ երեխայի ուղեղը զարգացնում է խաղերի միջոցով: Խաղը՝ երեխաների լեզուն է,

երեխաների «աշխատանքն» է: Խաղերի օգնությամբ երեխաները ճանաչում են իրենց աշխարհը, բարելավում են իրենց հմտությունները, սովորում են համագործակցել ուրիշների հետ և վերահսկել իրենց սեփական հույզերը: Խաղը դրդում է երեխաներին առավոտյան արթնանալուն պես դուրս գալ անկողնուց:

Մտածելով երեխաների մասին՝ հիշում ենք խաղերը: Իսկ խաղալիքների մասին մտածելով՝ երեխաներին ենք հիշում: Սակայն, երբ խոսքը լուրջ հիվանդ երեխաների մասին է կամ այն երեխաների, ովքեր ունեն տեղաշարժման զգալի սահմանափակումներ, օրգանիզմի ցածր դիմադրություն կամ սահմանափակ ճանաչողական կարողություններ, դժվար թե որևէ մեկի մտքով անցնեն խաղերը և խաղալիքները:

Այդպիսի լուրջ հիվանդ և խոցելի հոգեբանական իրավիճակում գտնվող երեխայի պատասխանատվություն կրող մեծահասակի առաջին պոռթկումը կլինի գտնել միջոց բարելավելու երեխայի առողջությունը, վերացնելու ցավոտ ախտանիշները, ապահովելու ճիշտ դեղորայք և թերապիա: Մեզ համար դժվար է ընդունել այն փաստը, որ երեխաները հիվանդանում են և մահանում, սակայն, ցավոք, դա այնուամենայնիվ տեղի է ունենում: Գնահատման տվյալներով, ամբողջ աշխարհում ամեն օր մահանում է մինչև 5 տարեկան շուրջ 18 000 երեխա և տարվա կտրվածքով մինչև 18 տարեկան մոտ 11 միլիոն երեխա:

Ավելի քան 50% -ը այդ մահերի կարելի է կանխարգելել: Այնուամենայնիվ աշխարհում ապրում են միլիոնավոր երեխաներ, ում կյանքին անմիջական վտանգ է սպառնում քաղցկեղը, սրտի կամ գենետիկական հիվանդությունները, որոնք կարճացնում են կյանքի տևողությունը և հանգեցնում մահվան մանկության կամ վաղ հասունություն տարիներին:

Չնայած նրան, որ պալիատիվ խնամքը մատչելի չէ ամենուր, սակայն կյանքին վտանգ սպառնացող կամ կյանքի տևողությունը սահմանափակող հիվանդություններ ունեցող բոլոր երեխաները ունեն պալիատիվ խնամքի իրավունք: Այն ուղղված է հիվանդության կամ վիճակի տհաճ ախտանիշների վերացմանը, նաև՝ երեխայի և նրա ընտանիքի կյանքի որակի բարելավմանը:

Երբ երեխայի մոտ ախտորոշվում է մի հիվանդություն, որ զգալիորեն կրճատում է նրա կյանքի տևողությունը, երեխային և նրա ընտանիքին անխուսափելիորեն բաժին է ընկնում դիմակայել բազմաթիվ դժվարությունների ու խնդիրների, ապագայում սպասվող անցանկալի իրադարձություններով: Այդ իրադարձությունները հաճախ ամբողջությամբ կլանում են երեխային, ծնողներին, ընտանիքի անդամներին և նրանց հարազատներին: Ախտորոշման պահից ցուցաբերված պալիատիվ/ամոքիչ խնամքը տալիս է երեխայի խնամքի մեջ ներգրավված անձանց կարճատև դադար, նաև հնարավորություն՝ հարմարվելու և վերադասավորվելու նոր իրականությանը:

Ունենալով անբուժելի և ծանրագույն հետևանքներով հիվանդություն, երեխան ներկայացնում է ժամանակի հետ փոփոխվող առանձնահատուկ կարիքներ, ցանկություններ և իրավունքներ, ինչպես և ցանկացած այլ երեխա: Խաղալու կարիքը և ցանկությունը ոչ միայն չի անհետանում այդ երեխաների մոտ, այլ առանձին դեպքերում այն ավելի է արտահայտված համեմատած մյուս երեխաների հետ:

Երեխաների իրավունքները և խաղը

ՄԱԿ-ի երեխայի իրավունքների մասին կոնվենցիայի 23 հոդվածը կոչ է անում բոլոր կողմերին ընդունել, որ մտավոր կամ ֆիզիկական զարգացման հապաղում/խնդիրներ ունեցող երեխան պետք է վարի լիարժեք և արժանավայել կյանք այնպիսի պայմաններում,

որոնք ապահովում են նրա արժանապատվությունը, նպաստում են ինքնավստահությանը հաստատմանը և դյուրացնում են նրա ակտիվ մասնակցությունը հասարակությունում (էջ 8): Նույն կոնվենցիայի 31-րդ հոդվածը կոչ է անում բոլոր կողմերին ճանաչել հանգստի և ժամանցի երեխայի իրավունքը, նրա իրավունքը ներգրավվելու տարիքին համապատասխան խաղերի և զվարճալի միջոցառումների մեջ, ինչպես նաև՝ ազատորեն մասնակցելու մշակութային կյանքին ու արվեստին: Հոդված 31-ը նաև կոչ է անում Կոնվենցիայի բոլոր մասնակիցներին հարգել և խթանել երեխայի իրավունքը լիարժեք մասնակցելու մշակութային և գեղարվեստական կյանքին, ինչպես նաև՝ դյուրացնել ~~և~~ համապատասխան և հավասար հնարավորությունների տրամադրումը մշակութային, գեղարվեստական գործունեության, ժամանցի և հանգստի համար (էջ 10):

Կանոնադրությունը նշում է, որ կյանքի տևողությունը սահմանափակող կամ կյանքին սպառնացող հիվանդություններով երեխաներին պետք է տրվի հնարավորություն խաղալու, հաղորդակցվելու իր եղբայրների, քույրերի և ընկերների հետ՝ ապահովելով զվարճանքի մատչելիությունը և երեխայի մասնակցությունը բնականոն կյանքին:

Խաղի դերը մանկական պալիատիվ /ամոքիչ խնամքում: Ի՞նչ է խաղը:

Կան խաղի բազմաթիվ սահմանումներ, որոնցից յուրաքանչյուրը ձևակերպված է համապատասխան սահմանումը տվող անձին հետաքրքրող առարկայի շեշտադրումով: Երեխայի իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի 31-րդ հոդվածի 17-րդ ընդհանուր մեկնաբանությամբ խաղը պաշտոնապես սահմանվում է որպես *Երեխային խնամող անձինք կարող են մասնակցել խաղի պայմանների կազմակերպման մեջ, բայց խաղը ինքնին պարտադիր / հարկադիր զբաղմունք չէ և իրականացվում է հանուն գործընթացի, այլ ոչ թե հասնելու վերջնական նպատակին: Այն բաղկացած է ֆիզիկական, էմոցիոնալ և մտավոր գործունեության դրսևորումներից և կարող է ընդունել բազմաթիվ ձևեր, որոնք ներառում են մեկ երեխա, կամ երեխաների խմբեր:*

Խաղի այս ձևերը փոփոխվում են ըստ երեխայի տարիքի: Խաղի հիմնական հատկանիշներից է դրա ունակությունը առաջացնելու ուրախություն, փոփոխականություն, կոնկրետ խնդիր ներկայություն, ճկունություն և անարդյունավետություն: Միասին, այդ գործոնները նպաստում են ժամանցի և խաղը շարունակելու ցանկությանը: Չնայած նրան, որ երբեմն խաղին վերաբերվում են որպես կամընտրովի, ոչ պարտադիր զբաղմունք, Կոմիտեն նշում է, որ խաղը իրենից ներկայացնում է մանկության ուրախության որոշիչ հիմնական կարևոր գործոնը, ինչպես նաև երեխայի ֆիզիկական, սոցիալական, ճանաչողական, հուզական և հոգևոր զարգացման էական բաղադրիչը» (էջ 5-6):

Գրեյը / Gray / խաղը սահմանում է որպես հետևյալ հինգ հատկանիշների համադրություն՝

1. Խաղը ընտրվում և վերահսկվում է հենց խաղացողների կողմից, նրանք /խաղացողները/ միշտ էլ ունեն հնարավորություն հեռանալ խաղից: Այս առումով, խաղը այն գործընթացն է, ինչի ընթացքում խաղացողներից մեկը տվյալ պահին ուզում է անել՝ ապահովելով ընտրություն կատարելու ազատության զգացումը: Գրեյը /Gray/ նաև հրավիրում է ուշադրությունը այն փաստի վրա, որ, երբ մեծահասակները խաղում են երեխաների հետ, նրանք պետք է զսպեն իրենց ցանկությունը վերահսկելու խաղը, քանի որ դա երեխաների մոտ կարող է առաջացնել խաղը շարունակելու պարտականության զգացում, նույնիսկ, եթե նրանք այլևս չեն ցանկանում խաղալ:

2. Խաղը մի գործունեություն է, որի գործընթացն ավելի կարևոր է, քան արդյունքը: Կենտրոնացումը գործընթացի վրա, այլ ոչ թե արդյունքներին հասնելու, ցանկացած խաղի ժամանակ նպաստում է անհաջողության վախի արդյունավետ վերացմանը: Այն նաև հնարավորություն է ընձեռում փորձարկել խաղալու նոր ուղիներ:

3. Խաղը ունի կառուցվածք և կանոններ, որոնք թելադրվում են ոչ թե ֆիզիկական անհրաժեշտությամբ, այլ հորինվում են հենց խաղացողների կողմից: Երեխան ընդունում է խաղի կանոնները միայն այն պատճառով, որ ցանկացած պահի նա կարող է դադարեցնել այն: Ըստ Վիգոտսկու /Vygotsky/ հաստատման, երեխայի ցանկությունը խաղալ այնքան ուժեղ է, որ այն դառնում է շարժառիթ զարգացնելու նրա ինքնատիրապետումը, ինքնակազմակերպումը: Գրեյն /Gray/ ասել է, որ «մարդու համար խաղի մեծագույն օգուտը այն է, որ սովորեցնում է ինքնատիրապետմանը ... Ամենուր, ապրելով մարդկային հասարակության մեջ, մարդկանցից ակնկալվում է համապատասխան ընդհանուր գաղափարների նպատակահարմար պահվածք: Դա հենց այն է, ինչ երեխաները սովորում են խաղի ժամանակ: Խաղի ընթացքում երեխան սեփական ցանկությամբ փորձ է ձեռք բերում մարդ լինելու արվեստի մեջ»:

4. Խաղը դա ստեղծագործական ընտրովի միջոց է հեռանալու «իրական», «լուրջ» կյանքից: Սա «լուրջ և միևնույն ժամանակ ոչ լուրջ գործունեության տեսակ է, իրական ու միևնույն ժամանակ անիրական երևույթ: Խաղի ընթացքում երեխան ընկնում է մի երկիր, որը ֆիզիկապես գտնվում է ներկա աշխարհում, որտեղ օգտագործվում են իրական աշխարհի առարկաները, և, որը արտացոլում է իրական աշխարհի երևույթները, բայց որը որոշ չափով մտովի հեռացված է այդ իրական աշխարհից»: Ֆանտազիան ու երևակայությունը շատ խաղերում կատարում են առանցքային դեր: Նրանք ուղղորդվում են խաղացողների կողմից սահմանված կանոններով, այլ ոչ թե բնության օրենքներով: Օրինակ. մի ցախավել (կամ շախմատի խաղաքար) կարող է ձիու դեր կատարել/խաղալ, իսկ ցանկացած հարմար փայտյա կառույց՝ ամրոցի դեր: Այսպիսով, խաղի միջոցով երեխան սովորում է աշխարհն իշխել, և ոչ միայն դրան պասիվ արձագանքել: Երեխաները նաև ունեն հնարավորություն արագ անցնել երևակայական աշխարհից իրական, եթե դա անհրաժեշտ է: Նրանք կարողանում են տարբերակել իրականը և երևակայականը, դեռևս նախընտրելով մնալ խաղի «կախարդական» աշխարհում:

5. Խաղը ենթադրում է ակտիվ, աշխույժ, բայց ոչ սթրեսային, մտածողություն: Գրեյը /Gray/ պնդում է, որ վերջին եզրակացությունը/եզրահանգումը/հետևությունը բխում է նախորդ չորսից: Ելնելով խաղի բնույթից, մասնակցող երեխան ազատ է «ուժեղ զգացմունքներից և դրդումներից, որոնք ընկալվում են որպես ճնշում կամ սթրես»: Որոշ հեղինակներ վերաբերվում են խաղային իրավիճակին որպես զբաղմունքի, որի ժամանակ երեխայի ուշադրությունը կենտրոնանում է գործընթացի վրա այնպես, որ երեխան մոռանում է իր և ժամանակի մասին:

Խաղը երեխայի կյանքում գրավում է կենտրոնական տեղ: Նրան նվիրված է առօրյա բնականոն գործողությունների/զբաղմունքների?/ միջև ընկած ժամանակի մեծ մասը: Խաղը երեխայի զարգացման յուրաքանչյուր ոլորտի հիմնական մասն է կազմում: Այն հիմքն է բոլոր գիտելիքների, որ երեխան ստանում է դպրոց մուտք գործելուց առաջ: Խաղի շնորհիվ երեխան ճանաչում է աշխարհը: Խաղն իրենից ներկայացնում է երեխայի իրականության ընկալման ոչ բանավոր /ոչ վերբալ/ արտահայտությունը:

Մահացող երեխայի կարիքների ուսումնասիրությունը խաղի օգնությամբ

«Ամեն ոք, ով ցանկանում է, որ իրեն լավ հասկանան, պետք է շատ խաղա»

Gottfried Benn

Իր հոգվածում նվիրված խաղային թերապիայի կիրառմանը մանկական պալիատիվ խնամքում, van Breeman-ը ասել է, որ մահացու հիվանդ երեխային համապարփակ աջակցություն ցուցաբերելու համար բուժքույրերը կարող են ընդլայնել իրենց պարտականությունները և աջակցել երեխայի ծնողներին և խնամակալներին՝ խաղի օգնությամբ ուսումնասիրելով երեխայի կարիքները և ստեղծելով դրական ընտանեկան հարաբերություններ:

Van Breeman-ը անդրադառնում է McDonald-ի և McIntyre-ի այն հաստատմանը, որ կյանքի արժեքի զգացումը ձեռք է բերվում փորձի հիման վրա, որ մարդը/երեխան ստանում է մարմնի միջոցով, իսկ այդ փորձի մեկնաբանումը արվում է ուղեղի կողմից: Մեծահասակների նման, երեխաները նույնպես հակված են գիտակցելու, ըմբռնելու իրենց կյանքի և մահվան փորձը: Պալիատիվ խնամքում կա մի տարածված կարծիք, որ հիվանդներին /պացիենտներին/ պետք է համարել իրենց սեփական կյանքի վերջնական փորձագետներ: Van Breeman-ը կարծում է, որ այս հայտարարությունը/եզրակացությունը/ ճշմարիտ է և երեխաների համար, և նրանց, անկախ տարիքից, պետք է տրվի հնարավորություն մյուսների հետ կիսելու իրենց կյանքը, նաև՝ անհրաժեշտ է նրանց ուղեկցել մահանալու ընթացքում:

Առավել արդյունավետ է, որ այն անձիք, ովքեր հոգ են տանում հիվանդի համար գտնեն ժամանակ լսելու հիվանդի պատմությունն իր մասին: Այն օգնում է հասկանալ հիվանդի զգացմունքները, ինչպես նաև հասկանալ, թե ինչպիսի վերաբերմունք են նրանք սպասում շրջապատից, և ինչ տեղեկատվություն իրենք են պատրաստ ընդունելու: Նման զրույցները սովորաբար անցկացվում են բանավոր կամ գրավոր ձևով: Սակայն, ոչ բոլոր երեխաներն են կարողանում պատմել իրենց պատմությունը, օգտագործելով մի պատմվածք, որը կարող է պայմանավորված լինել իրենց հիվանդության բնույթով և / կամ զարգացման մակարդակով: Հետևաբար, զրույցի փոխարեն երեխաների հետ օգտագործվում է խաղը:

Խաղը երեխաների համար անվտանգ և ընդունելի ճանապարհն է հաղթահարելու տրավմատիկ փորձառությունները: Տրավման իրենից ներկայացնում է *«բախում/ընդհարում/կռնֆրիկտ, որն առաջանում է անձի մոտ մինչև այն մեխանիզմների մշակումը/ի հայտ գալը, որոնք կդարձնեն անկանխատեսելի հանգամանքները կանխատեսելի»*: Երեխայի հոգեկան աշխարհի վրա կյանքին սպառնացող հիվանդությունների դեստրուկտիվ ազդեցությունը որակում է/ ներկայանում է որպես տրավմա /վնասվածք: Վիննիկոտը /Winnicott/, առաջին բրիտանական մանկաբույժը, ով դարձել է հոգեվերլուծաբան, երեխայի մոտ կարևորում է որոշակի քանակությամբ պատրանքների պահպանումը և իրականության հետ սուր բախումների խուսափումը: Կյանքին սպառնացող հիվանդությամբ երեխան բախվում է կյանքի կորստի անմիջական սպառնալիքին: Մենք կարող ենք ասել, որ այն ժամանակ, երբ դրվում է ախտորոշումը, երեխան զրկվում է մանկության հիմնական առավելություններից:

Սուրկեսը /Surkes/ իր «Ժամանակի մի բուր» գրքում գրում է, որ *«հիվանդության բնույթը անհնար է գիտակցել միայն իրական փաստերով: Պարադոքսալ է, բայց խաղի կողմից առաջարկված պատրանքներն օգնում են երեխային ընկալել իրականությունը: Խաղի միջոցով երեխան կարող է մոտեցնել կամ հեռացնել դաժան/խիստ իրականությունը, որն օգնում է ձեռք բերել սեփական փորձ»*: Հոգվածի հեղինակը շարունակում է, նշելով, որ «հորինված, կեղծ աշխարհը, որտեղ խաղի պահին գտնվում է երեխան, չպետք է դիտել որպես իրականությունից փախչելու փորձ, քանի որ «պատրանքները թափանցիկ են, և ինչպես

երեխային, այնպես էլ բժշկին նրանց միջով երևում է իրականությունը, եթե նույնիսկ ուղղակիորեն դրան չի անդրադարձել իրենցից որևէ մեկը»:

Հաճախ հոգեբանական տրավմայի առկայությունը՝ կապված կյանքին սպառնացող վիճակի/հիվանդության ախտորոշման հետ, ժամանակավորապես ընկճում է խաղին մասնակցելու երեխայի կարողությունը: Սակայն, որոշ ժամանակ անց, նկատվում/տեղի է ունենում այդ կարողության վերականգնումը նախորդ մակարդակի խաղային ակտիվության վերադարձի հետ մեկտեղ:

Այսպիսով, կյանքին սպառնացող հիվանդությունն ունեցող կամ ախտորոշման տրավմայից հետո երեխաների համար խաղը ամենաբնական միջոցն է հաղթահարելու համար ագրեսիան և նվազեցնելու տրավմայի հետևանքները՝ առաջացած հիվանդության առկայության և մահվան հարևանության պատճառով, նաև՝ վերահսկելու համար արտաքին աշխարհը: Խաղի միջոցով երեխան կարող է արտահայտել տրավմատիկ ապրումները, լուծել կոնֆլիկտները / ընդհարումները, հաղթահարել իր թշնամական վերաբերմունքը աշխարհի հանդեպ: Երեխաները նաև օգտագործում են խաղը նվազեցնելու համար սթրեսը և անհանգստությունը:

Խաղաթերապիան պալիատիվ խնամքի կարիք ունեցող երեխաների համար

«Խաղալով, երեխան կարող է ազատ արձակել անհանգստության, հիասթափության, վախի, ագրեսիայի, վտանգի զգացումը և շփոթության ճնշող զգացմունքները: Այդ զգացումները մակերես դուրս հանելը օգնում է երեխային սովորելու, թե ինչպես կարելի է դրանք հաղթահարել դրանց, կամ վերահսկել : Շնորհիվ սիմվոլիկ վերարտադրմանը երեխան ստանում է վերահսկողության զգացում այն իրադարձությունների վրա, որոնք, ըստ էության, կարծես, անվերահսկելի են: Հաճախ երեխաները չեն կարողանում բանավոր արտահայտել իրենց զգացմունքները, ուստի խաղային թերապիայի գործընթացում խաղալիքները բառեր են դառնում, իսկ խաղը՝ խոսք, լեզու»:

Չնայած բոլոր երեխաները, ովքեր ստանում են պալիատիվ խնամք, կարիք և իրավունք ունեն խաղալու, արտահայտելու, ուսումնասիրելու և հասկանալու իրենց փորձը, մտքերն ու զգացմունքները տեղի ունեցող իրադարձությունների մասին, խաղային թերապիան որոշ երեխաներին տալիս է լրացուցիչ առավելություն՝ հատուկ թերապևտիկ միջամտություն, որտեղ խաղը դառնում է խոսքի/լեզվի թերապիայի միջոց: Մի շարք ֆիզիոլոգիական տեսությունների հիման վրա խաղային թերապիայի օգտագործումը՝ որպես թերապևտիկ միջամտություն, կարելի է նկատել սկսած 1919 թ.: Axline-ի և Oaklander-ի աշխատանքները թերևս դարձել են ամենանշանակալից ներդրումը այս դիսցիպլինի/թերապիայի տեսակի զարգացման մեջ: Խաղային թերապիան ունի երկու հիմնական մոտեցումներ. անուղղակի և ուղղակի խաղային թերապիան: Ժամանակակից մասնագետները հաճախ միավորում են դրանք ըստ կոնկրետ հանգամանքների/ցուցումների:

Խաղային թերապիան կարող է սահմանվել որպես հատուկ խորհրդատվական մոտեցում, «երբ խաղերը, խաղալիքները և օգտագործվող միջոցները, ինչպիսիք են՝ սոսինձը, նկարները և ներկը, օգնում են երեխային կամ չափահասին / մեծահասակին արտահայտելու իր զգացմունքները, մտքերը, ցանկությունները և պահանջները: Խաղային թերապիան օգնում է երեխային հասկանալ իր խառնաշփոթ զգացմունքները ու տխուր իրադարձությունները, ինչը նրանք դժվարանում են համարժեք հաղթահարել: Կարիք չունենալով բացատրության, թե ինչ է կատարվում իրենց հետ, (ինչը, սովորաբար, մեծահասակների թերապիայի նպատակն է), երեխաները օգտագործում են խաղը շփվելու համար իրենց մակարդակի հարմարավետ

միջավայրում, առանց զգալու գործադրվող որևէ ճնշում կամ սպառնալիք»: Մեծ թվով խաղային թերապիայի ժամանակակից գործելակերպեր/մոտեցումներ հիմնված են V. Axline-ի աշխատանքի վրա, ով համարվում է խաղային թերապիայի անուղղակի մոտեցման հիմնադիրը:

V. Axline-ը «Խաղային թերապիայի» իր գրքում, ընդգծում է, թե ինչ անկեղծությամբ, ազնվությամբ և աշխուժությամբ են իրենց պահում երեխաները խաղի ընթացքում: Խաղի ընթացքում գոյացած իրենց նորաստեղծ զգացմունքները, վերաբերմունքն ու մտքերը ինքն իրեն բացվում են, փոփոխվում են և հարթեցվում: Երեխան սովորում է ավելի լավ հասկանալ ինքն իրեն և ուրիշներին, և ցուցաբերել սիրալիրություն բոլորի հանդեպ: Քայլ առ քայլ, շատ զգուշորեն երեխան գիտակցում է իր ներքին «ես»-ը և ներկայացնում այն ավելի օբյեկտիվ, երբեմն՝ չափազանց տաղանդավոր ձևով: Շուտով նա սովորում է, որ այս արտառոց մեծահասակի հետ խաղաթերապիայում կարող է ազատել/արտահայտել իր զգացմունքներն ու ներքին մղումները: Այդ պարզ խաղալիքներով կարող է կրկին ստեղծել իր սեփական աշխարհը: Նա կարող է դառնալ ճարտարապետ և կառուցել սեփական ավագի ամրոցները և բնակեցնել դրանք իր հորինված ազգերով, ժողովրդներով: Նա իրավունք ունի ընտրելու և հրաժարվելու: Նա կարող է ստեղծել և ոչնչացնել: Նա կարող է կառուցել մի լեռ, անվտանգ ճանապարհով բարձրանալ գագաթին և բղավել բարձրաձայն, որ բոլորը լսեն. «Ես կարող եմ կառուցել մի սար կամ կարող եմ հավասարեցնել այն գետնին: Այստեղ ես մեծ եմ»:

Մանկական Ուղեղային Կաթվածով (ՄՈԻԿ) երեխաների խնամքի առանձնահատկությունները

Եթե երեխան ունի ուղեղային կաթվածի ծանր ձև (սպաստիկ տետրապարեզ /spastic tetraparesis/ կամ տետրապարեզ՝ զուգակցված խորը մտավոր հետամնացության հետ), ապա առաջանում են նրա խնամքի հետ կապված բազմաթիվ խնդիրներ: Հարց՝ առաջանում, թե ինչպես խրախուսել այդպիսի երեխային խաղալ կամ կատարել այլ գործունեությունները, որոնք նպաստում են նրա ֆիզիկական և մտավոր զարգացմանը, նաև՝ նրա հարմարեցմանը շրջակա միջավայրին:

Այս դեպքում մասնագետի աշխատանքը /բժիշկ, թերապիստ/ չի կարող սահմանափակվել միայն թերապիայի իրագործմամբ: Մասնագետը / թերապիստը պետք է շփվի բոլոր նրանց հետ, ովքեր անմիջականորեն առնչվում են երեխայի հետ (ծնողներ, ընկերներ, բժիշկներ և այլ մասնագետներ), քանի-որ նրանք կազմում են այն ամբողջ միջավայրը, որտեղ երեխան զարգանում է Երեխային շրջապատող անձիք պետք է տեղեկացված լինեն բոլոր այն հարմարեցման սարքերի և օժանդակ նյութերի մասին, որոնք կարող են օգնել բարելավելու ուղեղային կաթվածով երեխայի կյանքի որակը:

Ինչպես ծնողների, այնպես էլ վերականգնողական կենտրոնի կամ այլ բժշկական հաստատության աշխատակազմի մոտ (եթե երեխան գտնվում է հիվանդանոցում), որպես կանոն, կարող են առաջանալ հետևյալ հարցերը.

«Ինչպե՞ս պետք է գրկել/պահել երեխային՝ նրան չպատճառելով ցավ կամ անհանգստություն»: «Ինչպե՞ս նստեցնել երեխային, որ նա կարողանա դիտել հեռուստացույց»: «Ինչպիսի զբաղմունքներ է կարելի առաջարկել երեխային հանգստի համար/պահիլ/ժամանակ»:

«Ինչպե՞ս անհրաժեշտության դեպքում, եթե չկա հատուկ հարմարեցված նստելու սարք, նստեցնել երեխային ցանկացած աթոռի՞նք կամ բազմոցի վրա»: «Մարմնի ինչպիսի՞ դիրքավորումը կօգնի թուլացնել լարված մկանները»: «Ի՞նչ գործողություններ կարող է անել երեխան նստած դիրքում»: «Օրվա մեջ քա՞նի ժամ երեխան ստիպված է նստել»: «Առնվազն ի՞նչ նյութեր են անհրաժեշտ երեխայի հետ պարապմունքներ անցկացնելու համար» և այլն: Բժիշկը / թերապիստը պետք է պատասխանի այդ հարցերին՝ օգտագործելով իր ստեղծագործական մտքի կարողությունը, նաև՝ թերապիայում օգտագործվող կիրառելի մոտեցումները:

ՔՈՆՆ

Պետք է հնարավորինս պահպանել երեխայի լիարժեք քունը, քանի-որ այն դրականորեն է ազդում երեխայի մկանային տոնուսի վրա: Երեխային պետք է քնելու պատրաստել ~~քնեռ~~ ~~քնեռ~~ հանգիստ, առանց շտապողականության, առանց նրան գրգռելու կտրուկ շարժումներով կամ տհաճություն պատճառող գործողություններով: Շատ կարևոր է ընտրել քնելու ճիշտ պահը և դրա համար պետք է հիշել առողջ երեխայի արթուն մնալու ժամերը և տևողությունը: Կյանքի առաջին տարում արթուն մնալու մեկ ժամանակահատվածի տևողությունը ավելանում է մի քանի րոպեներից մինչև 2,5-3 ժամ, երկրորդ տարում՝ մինչև 5 ժամ, երրորդ տարում՝ մինչև 6 ժամ:



Նկ. 1. Միակ դիրքավորում

Փորձեք, որ երեխան ընդունի ճիշտ դիրքավորում կամ դիրք. հակառակն անբնական դիրքավորման:



Նկ. 2. Ճիշտ դիրքավորում

Եթե կրծքի հասակի երեխայի մոտ ծնկները սեղմված են իրար և նրա ոտքերը մկրատաձև խաչված են, ապա մի քանի տակդիրներով բացեք նրա ոտքերը:



Նկ. 3 կամ նման ձևով ամրացնելով ոտքերը քնած վիճակում:



Նկ. 4. Ճիշտ դիրքավորում

Հարմարեցված սարք ոտքերի բացման համար:



Նկ. 5. Ճիշտ դիրքավորում

Բարձր դրեք երեխայի ոտքերի միջև ծնկների կողմնային բացումն ապահովելու համար: Եթե երեխան քնած է ուղիղ դիրքով, ապա այն կօգնի կանխարգելել կոնտրակտուրաների առաջացումը:

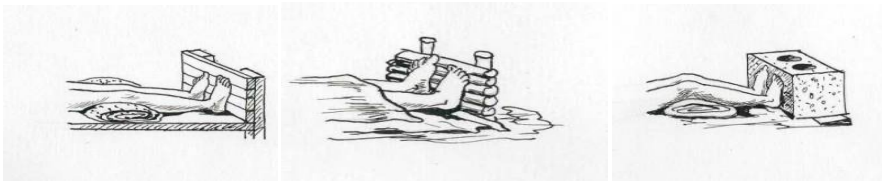


Նկ. 6 Օգտագործեք բարձեր՝ ճիշտ դիրքավորելու համար

կողքի պառկած երեխային:



Նկ. 7. Եթե երեխան քնած է խաչված ոտքերով, ապա դա կհանգեցնի կոնտրակտուրաների առաջացմանը:



Նկ. 10. Ոտքերի հենարանը ցանկալի է մի փոքր թեքված լինի դեպի առաջ, այնպես, որ երեխան կարող է ձգել մկանները, սեղմելով հենարանին (մի մոռացեք ծածկել այն որևէ փափուկ լաթով):



Կլինիկական դեպքեր և իրավիճակներ

1. Ձեր խնամատարության տակ է գտնվում 12-ամյա երեխա ձախ ոտքի ոսկրային ուռուցքով և մետաստազներով: Նրա դեպքում ոչ մի բուժական միջամտություն այլևս օգտակար չի լինի: Երեխան հարցնում է. “Ես կլավանա՞մ”: Պե՞տք է արդյոք ասել ճշմարտությունը:
2. 14-ամյա ամյա աղջիկը ունի լեյկեմիա: Նա հարցնում է “Ինչու՞ այս ամենը հենց ինձ հետ պատահեց”:
3. 5-ամյա աղջիկն ունի երկու ավագ քույրեր, երկուսն էլ ծանր հիվանդ են: Նա Ձեզ հարցնում է. “Ինչու՞ են երեխաները հիվանդանում հենց սկսում են դպրոց հաճախել”:
4. Ձեզ խնդրել են այցելել մի 10-ամյա աղջկա, որին պետք է հիվանդանոց տանել լեյկեմիայի բուժման նպատակով, բայց նա հրաժարվում է դեղորայքներից, վախենում է ներարկումներից: Նախորդ հոսպիտալացման ժամանակ, նրա հետ նույն հիվանդասենյակում գտնվող երեխաներից մեկը մահացել էր: Հենց նա լսում է հիվանդանոց գնալու մասին, սկսում է գոռալ: Ի՞նչ կարելի է անել նման դեպքերում:
5. Յուինգի սարկոմայի ախտորոշմամբ սահմանային փուլում գտնվող 14-ամյա տղայի ծնողներն ուզում են իմանալ, արդյոք իրենց երկրորդ 10-ամյա որդին պետք է մասնակցի եղբոր հուղարկավորությանը: Ո՞ր տարբերակն է նախընտրելի.
Ա. Երեխաները չպետք է ներկա գտնվեն հուղարկավորությանը
Բ. Եղբայրը պետք է ներկա գտնվի այդ արարողությանը անկախ իր ցանկությունից, քանի որ դա կօգնի նրան գիտակցել մահվան անխուսափելիությունը և իմաստավորել կյանքը:
Գ. Հարկավոր է առաջարկել երեխային ներկա գտնվել հուղարկավորությանը: Եթե նա որոշի մասնակցել, ապա ծնողներից կամ մեծահասակներից մեկը պետք է նրա կողքին լինի:
Դ. Երեխան պետք է մասնակցի հուղարկավորությանը միայն եթե նրան ծնողները պատրաստ են դրան և կտան իրենց համաձայնությունը:

Իրավիճակային խնդիր

3 –ամյա երեխային փրկել են, երբ նա խեղդվում էր, որից հետո 6 ամիս երեխան եղել է կոմայի մեջ: Կերակրվում է գաստրոստոմայով, բայց այդ ընթացքում մի քանի անգամ ունեցել է ասպիրացիոն թոքաբորբ: Բժիշկները դեղորայքային բուժումից բացի առաջարկում են նաև վիրաբուժական միջամտություն՝ գաստրո-էզոֆագալ ռեֆլյուքսը կանխելու համար: Ընտանիքը ուզում է իմանալ կա արդյոք բուժման այլ մեթոդ, ինչ կարելի է անել: Վերը նշված տարբերակներից, որը պետք է ընդունել ծնողների հետ քննարկումից և համաձայնեցումից հետո.

Ա. Նույնիսկ կոմայի մեջ գտնվող երեխան կարիք ունի համապատասխան քանակության սննդի և կալորիաների: Այդ պատճառով սնուցումը չի կարող դադարեցվել:

Բ. Ընտանիքը կարող է հրաժարվել սնուցումից, անտիբիոտիկների և մյուս դեղորայքի ընդունումից, քանի որ դրանք հանդիսանում են ախտանիշային միջոցառումներ և չեն բերի առողջացման:

Գ. Ընտանիքը կարող է խնդրել դեղորայքի դեղաչափերը ավելացնել, որպեսզի համոզվեն, որ երեխան չի մահանա մոտ ժամանակում

Դ. Եթե ընտանիքը չի համաձայնվում վիրահատությանը, ապա բուժ.անձնակազմը պետք է այդ մասին տեղյակ պահի երեխաների պաշտպանության ծառայություններին:

Դեպք / ուսումնասիրություն I

«Արևածաղիկ» մանկական հոսպիտում, ք. Բլումֆոնտեյնում, Հարավային Աֆրիկայում, գրեթե միշտ լսվում են երիտասարդ հիվանդների մանկական խաղերի ձայներ, աղմկոտ խոսակցություններ և ծիծաղ: Չնայած նրան, որ բոլոր երեխաները, ովքեր օգնություն են ստանում հոսպիտումում, ունեն իրենց կյանքին սպառնացող կամ կյանքի տևողությունը կրճատող հիվանդություններ կամ վիճակներ, այս դեկտեմբերի տաք օրը, նրանց մեծ մասը, կարծես, զարմանալիորեն ուժեղ է և խաղում է ակտիվ խաղեր, ինչպես ներսում, այնպես էլ բացօդյա: Ես մոտենում եմ Լեբոյին, որ պառկած է փոքր հանգիստ մեկտեղանոց պալատում: Այս սենյակի մասին ինձ ասում էին, որ այն հաճախ օգտագործվում է ծանր հիվանդ երեխաների համար - նրանց համար, ում առողջության վատթարացումը խանգարում է դիմագրավել հոսպիսի ստանդարտ առօրյան: Եվ այս պալատում երբեմն դնում նրանց, ում երկար չի մնացել մինչև կյանքի վերջը: Գրեթե յոթ տարեկան Լեբոն իր տեսքով ավելի չորս տարեկան է, նրա աճը կանգ է առել բնածին սրտի հիվանդության հետևանքով: Լեբոյի էներգիան նվազում, սպառվում է, չնայած այն հանգամանքին, որ հատուկ սարքի միջոցով նա ստանում է թթվածին: Տղայի բոլոր ախտանշանները լավ վերահսկվում են, բայց անհանգստությունն ու ցավն նրա աչքերում, որոնցով նա հետևում իմ տեղաշարժմանը, անհնար է շփոթել որևէ բան հետ:

Մենք խոսում ենք տարբեր լեզուներով, բայց ինձ պետք չեմ խոսքեր, որպեսզի հասկանամ, թե ինչքան շատ է ցանկանում Լեբոն հիմա խաղալ իր ընկերների հետ: Գլուխ հանելով փաթեթավորման թղթից, որի մեջ փաթաթված էր իմ կողմից բերված նվերը, Լեբոն վերցրեց պլաստիկ կարթածողը գունավոր ձկներով: Բայց կոշտ փաթեթավորման համար նա ուժ չուներ, և խաղալիքը փակ վիճակում մնա՞ծ անկողնու վրա: Ես բացում եմ խաղալիքը, և մենք առանց խոսքի սկսում ենք խաղալ միասին: Ես ձևացնում եմ, որ չգիտեմ, թե ինչպես պետք է ձուկը բռնել, և դա ստիպում է Լեբոյին ժպտալ: Ես ծափ եմ տալիս, երբ տղան կարողանում է բռնել փոքր ձկնիկին, և դա բերում է նրան հիացմունքի: Ես թաքցնում եմ ձկնիկը անկողնու ծալքերիմեջ, իսկ Լեբոն գտնում նրանց, և ես նորից լսում եմ նրա կոկորդային ծիծաղը: Արդեն որոշ ժամանակ մենք միասին խաղալում ենք, և Լեբոն ժպտում էր, ծիծաղում, ծափահարում

խանդավառությամբ: Երբ եկավ հեռանալու ժամանակն, ես ստացա որպեզ պարզև շատ գեղեցիկ մի ժպիտ և տղան ինձ թափահարեց:

Լեբոն մահացավ իմ այցից կարճ ժամանակ անց, ոչինչ չկար անսպասելի, քանի որ նա պայքարում էր կյանքի համար գրեթե ամեն օր իր կարճատև մնալու ընթացքում այս աշխարհում, և մշտապես բախվում էր բոլոր տեսակի մարտահրավերների՝ սոցիալական, հուզական և ֆիզիկական: Այնուամենայնիվ, մի քանի կախարդական պահեր այս տաք դեկտեմբերյան օրում Լեբոն կարողացավ լինել ոչ ավելի և ոչ պակաս, պարզապես մի խաղացող երեխա:

Դեպք / ուսումնասիրություն II

Երիտասարդ 14-ամյա աղջիկ, որի անունը հարավային սոտոյի լեզվով նշանակում է «անցանկալի», ընդունվել էր «Արևածաղիկ» մանկական հոսպիս, ք. Բլումֆոնտեյն, Հարավային Աֆրիկա: Նա գտնվում էր ՄԻԱՎ - ի վերջին փուլում, որ ուղեկցվում էր սուր թերսնամամբ և ծանր դեպրեսիայով: Նա չէր գնում տեսողական շփման անձնակազմի հետ և նստած էր մենակ դրսում, աչքերը հառած մի բանի տարածության մեջ և չէր ցանկանում խաղալ այլ երեխաների հետ: Նրա ընտանիքի պատմությունը ցույց է տվել, որ նա մոր մահից հետո ապրում էր իր տատիկի հետ, իսկ հոր գտնվելու վայրի անհայտ էր: Ուսանողը, ով զբաղվում էր վերականգնողական թերապիայով, անցկացրել էր աղջկա հետ որոշ ժամանակ, փորձելով հետաքրքրել նրան խաղերով և ժամանցով, և սկզբից նրա ջանքերն ապարդյուն են եղել: Եվս մեկ աղջիկ իր տարիքի փորձել է ընկերանալու նրա հետ, այլև ապարդյուն: Հոգեբանը նշել է, որ նա տառապում ցածր ինքնագնահատականով և զգում է լքված, ինքն աղջիկը ասել է, որ պարզապես սպասում է մահվան: Այնուհետև մասնագետը /վերականգնողաբանը բերել էր կու նույնությամբ հազած տիկնիկներ և աղջիկը նրանց հանդեպ ցուցաբերեց հետաքրքրություն: Նա սիրում էր հազցնել տիկնիկներին տարբեր գույների հագուստ ու սանրվածք անել: Արդիունքում, աղջիկը սկսել է պատմություն կերտել, պատմելով մասնագետին/վերականգնողաբանին այն մասին, որ մեկ տիկնիկն կրում է իր անունը, նկարագրելով, թե ինչու նա մեղամաղձոտ, տխուր ու միայնակ, և, որ նա երբեք չի իմացել, թե ինչ է սերը ու հոգատարությունը: Մյուս տիկնիկը, որի մասին նա պատմում էր, այն երեխան էր, որ ինքը կցանկանար լինել՝ երջանիկ, սիրելի: Երբ որ նա մեծանար, ապա կդառնար բուժքույր: Երկու շաբաթ նա ավելի շատ ժամանակ անցկացնում էր «երջանիկ» տիկնիկի հետ, և, ի վերջո, տվեց իր առաջին տիկնիկը մեկ այլ երեխայի: Աղջկա վերաբերմունքը անձնակազմի հանդեպ փոխվել էր համապատասխան տիկնիկի վարքագծի, որի հետ նա խաղում էր՝ պատասխանում էր գրկախառնվելուն, բացահայտ կերպով ընդունում էր դա և ազատ նստում էր բժշկի գրկում: Աղջիկը ծիծաղում և ժպտում էր մյուս երեխաներին: Բացի այդ, նա ընկերացել էր հոսպիսից մեկ այլ աղջկա հետ:

Նախքան իր մահը, նա շատ թուլացել էր և այլևս չէր կարող ուտել: Չնայած սրան, նույնիսկ իր մահվան օրը, նա պնդում է, որ իրեն տանեն այգի / պարտեզ մյուս երեխաների մոտ: Նա փորձում էր ուտել նույն բանը ինչ որ նրանք, և ձեռքերից ազատ չէր արձակում իր առանձնահատուկ տիկնիկին, նույնիսկ այն ժամանակ, երբ մահը վրա հասավ: Ավելորդ է ասել, որ տիկնիկին թաղեցին նրա հետ:

Կլինիկական խնդիր 1.

5-տարեկան աղջնակը տառապում է սուր լեռկոզից: Նրա ֆիզիկական և մտավոր զարգացումը համապատասխանում է իր տարիքին: Սակայն տվյալ պահին նա հրաժարվում է քայլել և գրգռված է, անկախ նրանից որ ամեն 4 ժամը մեկ 15 մգ/կգ պարացետամոլ է ընդունում:

Հարց. Ինչպե՞ս պարզել՝ արդյոք իր այդ վիճակը կապված է ցավային համախտանիշի հետ: (Ընտրե՛ք ճիշտ պատասխանը)

Ա. Հարցնել ծնողներից մեկին.

Բ. Թեքել իրեն, պարզելու համար ցավ զգում է թե ոչ

Գ. Օգտագործելով ցավի գնահատման սանդղակը խնդրել երեխային ցույց տա իրենանհանգստացնող ցավի աստիճանը:

Դ. Նայել դեմքի արտահայտությանը ցավի նշաններ հայտնաբերելու համար:

Ճիշտ պատասխան և վերլուծություն

Ճիշտ պատասխանը Գ է, Մանկաբուժությունում հիվանդի ինքնագնահատումը համարվում է «ոսկե ստանդարտ»: Սակայն դա չի բացառում արդյունավետ օտագործել ինֆորմացիայի այլ աղբյուրները նույնպես, հաշվի առնելով հարազատների կարծիքը, դեմքի արտահայտությունը կամ այլ ֆիզիկական նշաններ, որոնք վկայում են ցավի առկայության մասին:

Կլինիկական խնդիր 2

Հակաբիոտիկների և թմրաբեր ցավազրկողների ֆոնի վրա 10 տարեկան տղայի մոտ նկատվում է դրական դինամիկա, պակասել է հազը և շնչառական անբավարարությունը: Սակայն, 4 օր անց, առանց տեսանելի պատճառի երեխայի վիճակը կտրուկ վատացավ, իրնչն արտահայտվում էր ցնցումների հաճախությամբ պլանային կարբամադեպինի և ֆենիտոինի ընդունման ֆոնի վրա: Գիտակցությունը բացակայում է, բժիշկները կանխատեսում են որ մահը վրա կհասնի մոտակա 48 ժամվա ընթացքում:

Հարց. Որն է այդ տղայի ցնցումային համախտանիշի կառավարման ամենա օպտիմալ տարբերակը: Կարելի է ընտրել 1-ից ավելի պատասխան:

Ա. Քանի որ տղան անգիտակից է, իսկ մահը անխուսափելի, ապա հակացնցումային բուժման կարիք չկա:

Բ. Անգամ եթե տղան անգիտակից է, հակացնցումային բուժումը պետք է իրականացվի ամբողջ ծավալով:

Գ. Արյունաբանական ցուցանիշների ստուգումից հետո անհրաժեշտ է տղային նշանակել ֆենիտոինի առավելագույն դեղամիջոցը:

Դ. Ամեն նոր ցնցման նոպայի ժամանակ անհրաժեշտ է ներարկել տարիքին համապատասխան լորագեպամի կամ դիազեպամ դեղաչափ իր հիմնական բուժման հետ միասին:

Ճիշտ պատասխան և վերլուծություն:

Ճիշտ պատասխաններն են Բ, Դ

Բարձր ցնցումային ապտրաստակամության դեպքում անհրաժեշտ է ավելացնել նախկինում ստացվող ահացնցումային դեղաչափերի քանակը: Քանի որ մահն անխուսափելի է, առավելագույն դեղաչափը կարելի է նշանակել առանց հաշվի առնելու արյունաբանաբան ցուցանիշները: Հերթական ցնցումի ժամանակ անհետաձգելի օգնությունը իրականացվում է լորագեղամի և/կամ դիագեղամի օգնությամբ: Համապատասխան հակացնցումային բուժումը կթերևացնի նաև տղայի հարազատների վիճակը:

Իրավիճակային խնդիր

3-ամյա աղջիկը նեյրոբլաստոմայի կապակցությամբ ստացել է քիմիոթերապիա: Չնայած որ ստանում է հակասրտխառնոցային բուժում Բենադրիլ, շարունակում է անհանգստացնել սրտխառնոցը, փսխումը: Պերիստալտիկան կայուն է, որովայնը փքված չէ: Ինչ է պետք ձեռնարկել:

Ա. Ավելացնել Մետոկլոպրամիդ

Բ. Նազո-գաստրալ զոնդի միջոցով պարբերաբար ստամոքսի պարունակության ասպիացիա

Գ. Ավելացնել դիմենհիդրինատ Դրամամին

Դ. Նշանակել ծովի աղով վիրակապ

Ճիշտ պատասխան 1

Իրավիճակային խնդիր

11-ամյա Ս.-ի ախտորոշումն է մանկական ուղեղային կաթված, սպաստիկ ձև: Սկզբում ցավային համախտանիշի վերահսկման համար ստացել է ՈՍՀԴ-ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչ դեղամիջոց, ներկա պահին անհրաժեշտ է նշանակել Մորֆին գաստրոստոմայի միջոցով: Հայտնի է, որ նարկոտիկ անալգետիկները կարող են փորկապություն առաջացնել: Ի՞նչ քայլեր պետք է ձեռնարկել

Ա. Եթե 2 օրվա ընթացքում երեխայի մոտ կդանքը բացակայում է՝ նշանակվում է լակտուլոզա-Դյուֆալակ

Բ. Լակտուլոզան նշանակվում է անմիջապես Մորֆինի հետ, բայց, եթե 2 օր կդանքը բացակայում է, ավելացնում ենք սեննա

Գ. Լակտուլոզան և սեննան անանհրաժեշտ է նշանակել միաժամանակ Մորֆինի հետ

Դ. Ավելի լավ է խուսափել լուծողականների մշտական ընդունումից, այլապես ավելացնել բջջանքով հարուստ մթերքներ

Ճիշտ պատասխան 3

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Պալիատիվ խնամք բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց. Խ. Գալստյան, Վ.Տեր-Մինասյան, Հ.Շարապետյան, 2011թ.
2. Боль и обезболивание – А. М. Вейн. М.Я. Авруцкий. М.: Медицина, 1997. – 280 с.: ISBN 5-225-02789-X.
3. Братья и сестры детей с особенностями развития: что чувствуют они?Беларусский детский хоспис.Минск.
4. Гастростома в паллиативной педиатрии: 20 вопросов и ответов по уходу и лечению осложнений
5. Горевание.Время послеутраты,В. Пархомович, Минск, 2016
6. Длительная инвазивнаяискусственная вентиляция легкихв домашних условияхпри оказании паллиативнойпомощи детямС-Пб.: Типография Михаила Фурсова, 2014г.—64 с.
7. Длительная респираторная поддержка детям на дому в республике Беларусь. Беларусский детский хоспис, Беларусская медицинская академия последипломного образования«Здравоохранение» 4/2015
8. Коммуникации с детьми и решение эмоциональных проблемв паллиативной помощи, Курс дистанционного обучения, Р.Валент, 2013
9. Курек В.В., Кулагин А.Е., Васильцева А.П., Слинько С.К. Избранные лекции по анестезиологии и интенсивной терапии детского возраста. – Мн.: БелМАПО, 2002 – 335 с.
10. Лечение болевого синдрома в онкологии. Спасова А.П. Петрозаводский Государственный Университет. Петрозаводск. 2009
11. Минск, 2008г.American Academy of Hospice and Palliative Medicine
12. Неизлечимые заболевания у детей. Информация для родителей, друзей, знакомых и персонала по уходу за больным ребенком.Минск.2006.
13. Основные клинические состояния в детской паллиативной помощи / С.Сингх Джассал; пер. с англ. Под редакцией Н.Н.Саввы, Е.А.Воронко. – Минск: БелМАПО, 2012. – 55с. ISBN 978-985-499-588-5
14. Особенности паллиативной помощи различным возрастным категориям: новорожденным, детям и подросткам: пособие / И. В. Пролесковская [и др.]. – Минск : ФУАинформ, 2013. – 76 с.ISBN 978-985-6868-75-0
15. Особенности хосписной и паллиативной медицины в педиатрии.
16. О смерти и умирании, Э. Кюблер-Росс Э .-Киев : «София», 2001
17. Основы коммуникативных навыков для специалистов паллиативной помощи детям, Д. Гильфантинова,Москва, 2016
18. Основные принципы паллиативной помощи – Методическое пособие. Перевод с английского Ю.А.Мороза. Минск 1998.
19. Полевиченко Е. В., Кумирова Э. В., ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ
20. Психологическая поддержка и игротерапия в детской паллиативной помощи.Под редакцией Харьковской О. А., Савва Н. Н., Лавровой К. С, Москва, 2015
21. Принципы применения анальгетиков при острой и хронической боли, Осипова и др., Москва, 2011

22. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению боли у детей с соматическими заболеваниями. М Практическая медицина 2014, -208 с, ISBN 978-5-98811-299-0
23. Трудный разговор.Способ десяти шагов, Горчакова А.Г., Подберёзкин М.А.ОБО «Белорусский детский хоспис», Минск, 2009
24. Advances in Pain Research and Therapy volume 9. Proceeding of the Fourth World Congress on Pain. 1985 Seattle. Raven press, New York ISBN 0-88167-121-5
25. A really practical handbook of children's palliative care for doctors and nurses everywhere in the world. Amery J.2015.
26. Basic symptom control in paediatric palliative care-the rainbows children`s hospice guidelines, 2013
27. Bergstraesser E. Pediatric palliative care—when quality of life becomes the main focus of treatment. Eur J Pediatr. – 2013. – 172: 139 –150.
28. Barnes, K. (2001, May). Staff stress in the children's hospice: Causes, effects and coping strategies. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(5), 248-255. Children's Project on Palliative/Hospice Services (ChiPPS). (2004). *Caring for kids: How to develop a home-based support program*. Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organization Davies, B., & Eng, B. (1993, January-February). Factors influencing nursing care of children who are terminally ill: A selective review. *Pediatric Nursing*, 19(1), 9-14.
29. Bonica's management of pain. – 4 th ed./editors, Scott M. Fishman, Jane C. Ballantyne, James P Rathmell. ISBN 978-0-7817-6827-6. 2010Lippincott Williams & Wilkins Kluwer dusiness.
30. Cancer pain. From molecules to suffering. Judith A. Paice, Rae F Bell, Eija A Kalso, Olaitan A. Soyannwo. IASP Press Seattle. 2012 ISBN 978-0-931092-81-7
31. Connor S.R., Hospice and Palliative Care: The Essential Guide 2nd Edition, Routledge April 4, 2009 - 278 pages
32. Davies B, Sehring SA, Partridge JC, et al. Barriers to Palliative Care for Children: Perceptions of Pediatric Health Care Providers. Pediatrics. – 2008; 121. – 282-8.
33. Feudtner C, Hexem K, Rourke MT (2011) Epidemiology and the care of children with complex conditions. In: Wolfe J, Hinds PS, Sourkes BM (eds) Textbook of interdisciplinary pediatric palliative care, 1st edn. Elsevier Saunders, Philadelphia, pp 7–17.
34. Freyer DR. Care of the Dying Adolescent: Special Considerations. Pediatrics 2004; 113 : 381-8.
35. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Edited by: Stephen R. Connor, PhD, January 2014 by Worldwide Palliative Care Alliance
36. Goldman A. ABC of palliative care: special problems of children. BMJ 1998; 316: 49-52.
37. Guide to Pain Management in Low-Resource Settings; A. Kopf, N. Patel, 2010
38. Himelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D: Pediatric palliative care. N Engl J Med 2004; 350: 1752–1762.
39. Himelstein BP. Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. Journal of Palliative Medicine 2006; 9: 163-81.
40. Hynson JL, Sawyer SM. Paediatric palliative care: distinctive needs and emerging issues. Journal of Paediatrics and Child Health 2001; 37: 323-5.
41. Hynson JL, Gillis J, Collins JJ, Irving H, Trethewie SJ. The dying child: how is care different? MJA 2003; 179: S20-S2.
42. Hutchinson F, King N, Hain RDW. Terminal care in paediatrics: where we are now. Postgrad Med J 2003; 79: 566-8.

43. Karen Moody, Linda Siegel, Kathryn Scharbach, Leslie Cunningham, Rabbi Mollie Cantor. Pediatric Palliative Care. *Prim Care Clin Office Pract* 38 (2011) 327–361.
44. Meier DE, Beresford L. Pediatric palliative care offers opportunities for collaboration. *Journal of Palliative Medicine* 2007; 10 : 284-9.
45. Noyes et al. Evidence-based planning and costing palliative care services for children: novel multi-method epidemiological and economic exemplar. *BMC Palliative Care*, 2013
46. Oxford handbook of palliative care, Edited by Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Ian Back. —2 edition, Oxford University Press, Mar 2009
47. Pain Medicine and Management; M. Wallace, P.Staats, 2005
48. Pediatric Psycho-oncology: Psychosocial aspects and clinical interventions, Edited by Kreithler Sh., Ben Arush M., Martin A., 2nd edition, Wiley-BlackWell, 2012
49. Pediatric Psychosocial Oncology: Textbook for multidisciplinary Care, Edited by A. Abrams, A. Muriel, L. Wiener, Springer, 2016
50. Palliative care for families: Remembering the hidden patients. Kristjanson L.J. Aoun S. 2004.
51. Pediatric Palliative Care in Childhood Cancer Nursing: from diagnosis to cure or end of life. Foster T.L., Lafond D.A., Reggio C. et.al. 2010.
52. Sherman, D. (2004, May). Nurses' stress & burnout. *American Journal of Nursing*, 104(5), 48-56. SIOP (International Society of Pediatric Oncology) Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. (2000). *Guidelines for the Recognition, Prevention, and Remediation of Burnout in Health Care Professionals Participating in the Care of Children With Cancer*. Retrieved January 31, 2006, from The International Confederation of Childhood Cancer Parent Organisations Web site: http://www.icccpo.org/articles/psychosocial/guidelines_burnout.html
53. Sumner, L.H. (2001). Staff support in pediatric hospice care. In A. Armstrong-Dailey & S. Zarbock (Eds.), *Hospice care for children* (pp. 190-212). New York: NY: Oxford.
54. Stacey L Peterson-Carmichael, Ira M Cheifetz. The Chronically Critically Ill Patient: Pediatric Considerations. *Respiratory care*. 2012 V. 57 №. 6.
55. The Association of Paediatric Palliative Medicine Master Formulary. – 2012. – 90 p.
56. The WA Cancer and Palliative Care Network. Paediatric and Adolescent Palliative Care Model of Care. Department of Health, State of Western Australia. – 2009. – 39 p.
57. The IAHPC Manual of Palliative Care; D. Doyle, R. Woodruff, 2008 Guide to Pain Management in Russian Emergency Acute Pain Management Manual, Australian NHMRC, 2011
58. The Hospice and Palliative Medicine Approach to Caring for Pediatric Patients (Особенности хосписной и паллиативной медицины в педиатрии Минск, 2008г). Nancy Hatton, MD FAAP, Marica Leventown, MD FAAP, Gerri Frager, MD RN FRCPC, Hospice and palliative care training for physicians: a self study program Third edition, UNIPAC 2008, AAHPM ISBN 978-1-889296-28-9, 4700W. Lake Avenue, Glenview, IL 60025-1485. www.aahpm.org
59. Together for Short Lives. Standards framework for children's palliative care. – 2011. – 44 p.
60. The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care, *EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE*, 2010
61. Ullrich C., Morrison R. S. Pediatric Palliative Care Research Comes of Age: What We Stand To Learn from Children with Life-Threatening Illness. *Journal of palliative medicine*. Volume 16, Number 4, 2013.

62. When children die. Improving palliative and end-of-life care for children and their families. Ethical and legal issues. 2003. Field M.J, Behrman R.E., 690, 293-327pp.
63. WHO. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. – 2012. 172 p.
64. Wall and Melzack's Textbook of Pain, edited by, Stephen B. Mc Mahon ... et all, 6th edition, Elsevier Saunders 2013., p ISBN 978-0-7020-4059-7
65. Year book of Anesthesia and Pain management 1993 R Miller. St E Abram, R, Kirby, G. W. Oseimer. M F Roizen, R. K Soelting
66. 4700 W. Lake Avenue Glenview, Illinois 60025-1485
67. <http://www.iasp-pain.org> Pain: Clinical Updates
68. <http://www.iasp-pain.org> IASP Taxonomy
69. <http://www.iasp-pain.org> Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised)
70. <http://www.iasp-pain.org> Guide to Pain Management in Low-Resource Settings
71. <http://www.painstudy.ru/>
72. <https://www.cure4kids.org/ums/home/seminars>