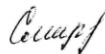


Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь»

Разработаны:

Доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Смирнова О.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО



Шिशалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с организацией ухода за терминальными больными
- 2. Учебные вопросы**
1. Организация ухода за терминальными больными.
 2. Медико-социальные проблемы пожилого возраста.
 3. Помощь семье в случае смерти пациента

3. Теоретическая часть

Опыт практической работы зарубежных и отечественных хосписов позволил разработать ряд правил, положений, нравственных предписаний, впервые обобщенных и сформулированных в виде 10-ти заповедей (г. Санкт-Петербург). В дальнейшем (г. Москва) в текст заповедей включены дополнения. В дополненном виде текст заповедей выглядит следующим образом:

Хоспис – не дом смерти. Это достойная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

Основная идея хосписа – облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и возможности.

Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

За смерть нельзя платить, как и за рождение.

Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека – для пациента имеет огромный смысл.

Пациент и его близкие – единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

Репутация хосписа – это твоя репутация.

Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом – посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать – пойми человека, прежде чем понять – прими его.

Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.

"Незапланированный" визит – не менее ценен, чем визит "по графику". Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти - позвони; не можешь позвонить – вспомни и все-таки... позвони.

Хоспис – дом для пациентов. Мы хозяева этого дома, поэтому: переобуйся и вымой за собой чашку.

Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента - всегда носи их с собой.

Главное, что ты должен знать, что ты знаешь.

Рекомендации медицинской сестре при проведении медикаментозной терапии боли

1. Соблюдать регулярность введения анальгетиков. Анальгетики вводятся "по часам", причем доза постепенно увеличивается, пока больной не почувствует облегчения.
2. Последующую дозу вводить до того, как закончится действие предыдущей. Медицинская сестра должна знать длительность максимального действия вводимых лекарственных средств.
3. Эффективность терапии оценивают через 60 минут после энтерального приема препарата и через 15 мин после в/в введения препарата: боль не изменилась или усилилась, боль уменьшилась менее чем на 50% или боль уменьшилась более чем на 50% или исчезла полностью.
4. Предпочтительнее применять пероральное, чрескожное введение анальгетиков.
5. Необходимо знать возможные побочные эффекты лекарственных препаратов и активно отслеживать их проявления (запор, тошнота, рвота, спутанное сознание, депрессия, угнетение дыхания и сознания и др.).
6. Ежедневно проводить оценку интенсивности боли и оценку эффективности терапии. Неотложная помощь при передозировке опиоидных препаратов, анальгетиков, проявляющейся угнетением дыхания и сознания Немедленно активизировать пациента командами «дышите!», «смотрите на меня!» и т.д. Провести действия раздражающего характера (трение рук, щек, разбудить пациента) Вызвать дежурного врача через третье лицо.

Брызнуть на лицо холодной водой. Обеспечить проведение оксигенотерапии Обеспечить доступ свежего воздуха

Подготовить для внутривенного введения антагонист опиоидных препаратов (например, налоксон 0,4-0,8 мг).

Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «боль»

Ежедневно оценивать уровень боли, учитывая объективные и субъективные данные. Ежедневно оценивать адекватность медикаментозной терапии, ее эффективность при профилактике боли.

Следить за применением анальгезирующих препаратов и препаратов других фармакологических групп по назначению врача.

Следить за реакцией пациента на методы купирования боли. Медсестра должна помогать пациенту купировать боль, не принося дополнительных эмоциональных, физических или ментальных страданий.

Обучать пациента всему, что связано с болью. Объяснить причину боли, время приема медикаментозных препаратов и схему их назначения, побочные действия.

Использовать немедикаментозные методы купирования боли:

Внешние отвлекающие факторы: постукивание, покачивание, беседа, интересные действия (чтение, рисование, пение и т.д.), юмор. Благоприятно-успокаивающее действие оказывает держание пациента за руку, ароматерапия.

При явлениях гиперестезии можно использовать охлаждающие фены,

припудривание. Пациентам придется отказаться от нейлонового белья.

При явлениях лимфостаза в верхних (например, рак молочной железы) и нижних конечностях применяют возвышенное положение конечности, махи конечностями, массаж по току лимфы, бинтование эластичными бинтами. Тем самым, улучшается отток лимфы и снижаются болевые ощущения.

Внутренние отвлекающие факторы, такие как: концентрация внимания при бодрствовании, фантазирование, сказкотерапия, прогулки.

Стратегии избегания: принятие определенной позы, неподвижность, сон.

Физиотерапия: массаж, вибрация, применение тепла и холода (после консультации с врачом).

Физические упражнения, при возможности минимизировать время нахождения в постели, упражнения на объем движений (пассивных, с помощью или активных).

Соблюдать личную гигиену пациента.

Ежедневно проводить оценку функционального состояния пациента, исключить такие проблемы пациента как запор, диарея, тошнота, рвота, тревожное состояние и т.п., которые могут повлиять на интенсивность боли.

Предложить пациенту вести дневник болевых ощущений, ежедневно оценивать уровень болевого синдрома.

Примерные сестринские вмешательства при проблеме «Кахексия»

Ежедневно проводить оценку функционального состояния пациента (температура тела, масса тела, артериальное давление).

Способствовать физической активности пациента для улучшения кровообращения, профилактике осложнений, связанных с гиподинамией, а также для улучшения эмоционального состояния пациента.

Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимой диетотерапии. Обеспечить адекватное питание пациенту с истощением: важно максимально разнообразить меню, включая в ежедневный рацион калорийные блюда, богатые витаминами, белками (90 -- 120г белка и 2800 -- 3200 ккал в сутки). Рекомендуется дробное питание. Если нет противопоказаний, следует употреблять жареные блюда, приправленные свежей зеленью, различные витаминные напитки. Особенно полезны высокопитательные коктейли (нутритивное питание) с медом, молоком, яичным желтком и какао или тертым сыром. Рекомендуется введение в рацион продуктов, богатых Омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК): рыбий жир, определенные сорта рыбы (макрель, сардины, анчоусы, скумбрия, лосось) и растительные масла, такие как канола и льняное масло.

Исключить употребление алкоголя, снизить количество потребляемого кофе.

Обеспечить достаточное потребление жидкости, в том числе питательных коктейлей, т.к. пациенту легче пить, чем есть.

Обеспечить консультацию с психотерапевтом пациенту и его родственникам для решения психосоциальных последствий истощения.

Проведение энтерального зондового питания, медикаментозного лечения при назначении врача.

Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Анорексия» Предоставить возможность выбора пищи. Следует учитывать

предпочтения пациента при составлении меню.

Целесообразно применять специи и ароматизаторы, если у пациента притупилось чувство вкуса. Но необходимо избегать продуктов и приправ с горьким вкусом.

Необходимо обеспечить красивую сервировку стола - индивидуально, для каждого пациента.

Сделать акцент на вкусовых качествах пищи, а не питательных. Если необходимо корректировать белково-энергетическую недостаточность, то следует применять нутритивное питание.

Выбрать адекватный температурный режим. То, что следует подавать горячим, не стоит приносить остывшим.

Подавать пищу мелкими порциями в маленьких тарелках. Пациентов с анорексией может отпугивать вид больших порций, вплоть до появления рвотного рефлекса.

Использовать дробное питание. Самым оптимальным промежутком между приемами пищи для пациентов с анорексией считается 3 часа.

Не следует оставлять пищу перед пациентом в надежде на то, что он поест позже. Стол должен сервироваться вовремя и убираться сразу после приема пищи.

Необходимо способствовать совместной трапезе пациентов в палате или дома с родственниками. Аппетит чаще повышается, если люди едят в компании.

Важно создать удобную позу при кормлении. В постели придается положение Фаулера. Если есть возможность, и нет противопоказаний, необходимо переместить пациента в кресло. Пациентам с дисфагией приподнять голову и помочь в процессе еды.

Примером зависимого вмешательства может стать применение стимуляторов аппетита (кортикостероидов - дексаметазон, преднизолон) и назначение энтерального питания.

Примерные сестринские вмешательства при проблемах пациента «Тошнота» и «Рвота» Если пациент отказывается от еды, не стоит упорно настаивать на ее приеме.

Предлагать пищу маленькими порциями, использовать ароматизаторы и специи для улучшения запаха пищи.

Избегать жареной и жирной пищи, алкоголя, пряных и сладких блюд.

Применять несладкие морсы, воды, соки (зеленое яблоко, шиповник, клюквенный, цитрусовые и т.д).

Обеспечить пациенту отдых после еды, не допускать положения «лежа на животе» в течение двух часов после еды (лучше отдых в положение полусидя - Фаулера).

Предложить пациенту подержать во рту кусочки льда, холодные кусочки ананасов, мятную карамель.

Проветривать палату не реже двух раз в день.

Обеспечить, по возможности, прогулки на свежем воздухе.

Использовать освежители воздуха в палатах, эфирные масла (апельсин, кедр, мята, лимон).

При возникновении рвоты подготовить емкость для рвотных масс, клеенчатый фартук, полотенце дать в руки пациенту. Оказывать помощь

пациенту при рвоте, лучше всего, усадив его, если пациент без сознания - уложить и повернуть голову на бок для предупреждения аспирации.

Обращать внимание на характер рвотных масс, возможные патологические примеси, количество.

После каждого акта рвоты обработать полость рта пациента. При необходимости сменить нательное и постельное белье.

Примером зависимых вмешательств может быть применение противорвотных препаратов

- антиэметиков (галоперидол, метеразин, гранисетрон (китрил), димедрол, бускопан, октреотид, метоклопрамид, мотилиум, цизаприд и др.).

Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Запор»

Увеличить в рационе количество растительной клетчатки: хлеб грубого помола и с отрубями; сырые овощи, особенно, свекла; фрукты; сухофрукты; орехи. Включать в рацион кисломолочные продукты. Если запор развивается на фоне воспаления кишечника, необходима щадящая диета с исключением грубых продуктов, богатых клетчаткой, и включением блюд, стимулирующих кишечную перистальтику (пюре из вареной свеклы моркови, сливы, цветная капуста, вода с медом натошак, отвар шиповника).

Ограничить употребление сыров, изделий из дрожжевого теста, мучных сладких блюд, высококалорийных десертов.

Обеспечить достаточный объем выпиваемой жидкости, который должен составлять 1,5 -2 литра в день, при отсутствии противопоказаний.

Режим питания у онкологических пациентов должен составлять 5-6 раз в день. Выработать рефлекс на акт дефекации у пациента: ежедневно натошак утром выпивать стакан кипяченой воды комнатной температуры маленькими глотками, стакан прохладной воды с медом, отвара шиповника с сахаром, пюре из свеклы, моркови, печеных яблок. На ночь -- кефир, компоты из свежих или сухих фруктов, свежие фрукты, чернослив.

При упорных хронических запорах усилить терапевтическое действие молочнокислых продуктов добавляемые в них по 1 - 3 чайных ложки растительное масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное, льняное).

Обеспечить адекватную физическую нагрузку пациенту, добавить пассивные физические упражнения: сгибание и разгибание нижних конечностей в суставах, разведение ног в тазобедренном суставе, повороты на бок (три раза в день по 5-7 минут).

Обучить пациента осуществлять самомассаж боковых стенок живота в направлении по часовой стенке. Массаж живота рукой по часовой стрелке, ритмичное втягивание заднего прохода, надавливание на область между копчиком и задним проходом помогают акту дефекации. Эти упражнения необходимо выполнять регулярно в течение 5-10 минут.

Организовать периоды уединения пациента при попытках акта дефекации.

Примером зависимых вмешательств может стать: масляная клизма, применение препаратов, оказывающих слабительный эффект (дюфалак, регулакс, бисакодил, свечи с глицерином, препараты, содержащие сенну).

Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Диарея»

Определить степень тяжести диареи. Если стул до семи раз в сутки, не обильный, без патологических примесей, температура тела нормальная - это

легкая степень тяжести диареи. При значительной потере жидкости и ухудшении состояния пациента необходима срочная консультация врача.

Обеспечить пациенту постоянный доступ в туалет или наличие чистого сухого судна, наличие туалетной бумаги.

Если диарея легкой степени тяжести, то следует обеспечить прием рисового отвара или раствора крахмала (одна ложка на стакан воды), отвара шиповника, айвы, черемухи, киселя из черники. Рекомендовать каши из риса, пшена, овсяных хлопьев, яблочное пюре, отварные овощи, картофельное пюре на воде, вареную протертую тыкву, крепкий чай.

Рекомендовать прием пищи с большим количеством калия -- бананы, абрикосы или персиковый нектар, рыбу, картофель

Исключить употребление молока, молочных продуктов, бобовых, свежих фруктов с семенами и кожурой, пряностей, кофе, шоколада, пирожных, конфет, орехов, сухофруктов, зелени, алкоголя, жирные сорта мяса и рыбы, копчености, маринады, консервы, острые специи и раздражающие кишечный тракт овощи (редька, лук, редис, чеснок).

Обеспечить прием теплой не кислой жидкости маленькими глотками (минеральную воду без газа, сладкие морсы, соки, чай, соленую воду, «Регидрон»). Жидкость употреблять в перерывах между едой, но не во время еды.

Обеспечить уход за органами промежности для предупреждения возникновения внутрибольничной инфекции.

Принять меры по нормализации микрофлоры кишечника.

Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Икота»

Рекомендовать пациенту задержку дыхания, заложив руки за спину, в положении стоя или сидя.

Рекомендовать питье воды маленькими глотками, выдохнув перед этим воздух. Рекомендовать питье с «неправильной» стороны стакана, массаж наружного слухового прохода, стимуляцию чихания.

Рекомендовать питье «мятной» воды (одна капля масла мяты перечной на полстакана воды).

Примером зависимого вмешательства может стать назначение лекарственных препаратов: метоклопрамида (церукал), хлорпромазина.

Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Стоматит».

Провести беседу с пациентом о правилах гигиены рта, основных правилах чистки зубов, порекомендовать для ухода мягкую зубную щетку, зубную нить при переносимости процедуры. Уход за зубными протезами (очистка после каждого приема пищи, погружение на ночь в раствор слабого антисептика). Рекомендовать отказаться от курения и употребления алкоголя.

Организовать чистку зубов после каждого приема пищи и перед отходом ко сну. Полоскать ротовую полость физиологическим раствором каждые 1,5-2 часа. Если в ротовой полости образуются корочки, применять другие полоскания (содо-солевой раствор; раствор перекиси водорода). Не применять растворы содержащие спирт.

Строго соблюдать инфекционный режим
(индивидуальная посуда, стерильный инструментарий и

растворы при обработке полости рта и т.д.)

Обеспечить уход за губами пациента (возможно использование вазелина либо другие бальзамы и мази для губ).

Стимулировать выделение слюны: рекомендовать сосание кусочков замороженного тоника, лимонада, цитрусовых напитков, ананаса, раствора лимонной кислоты, таблеток аскорбиновой кислоты, жевательная резинка без сахара, лимонная карамель, медленно рассасываемые конфеты.

Исключить из питания пациента горячее, соленое, кислое, острое. Обеспечить достаточное потребление жидкости, если нет противопоказаний. Контролировать температуру тела пациента.

Примером зависимого вмешательства может стать назначение антисептиков и анальгетиков: ксилокаин в виде 2% гелевого раствора по 15 мл 4 раза в неделю (полоскать и сплевывать) или в виде 10% спрея; бензокаин -- 20% раствор, по 10--15 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать), в виде геля применять с мягким массажем через каждые 4--

6 часов; диклонин -- 0,5 или 1% раствор, по 15 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать), в виде геля применять с мягким массажем через каждые 4--6 часов; 0,5% раствор кокаина, по 10 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать). Из нестероидных противовоспалительных препаратов: 0,15% раствор бензидамина (Диффлам) по 15 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать), а также в виде мази; салицилаты; дифенгидрамин (эликсир дифенгидрамина и каопектат в равных частях) по 15--30 мл раствора каждые 2--4 часа (полоскать и сплевывать); или эликсир дифенгидрамина с антацидом (гидроксид алюминия) и гелем лигнокаина в равных частях -- по 15--30 мл раствора каждые 2--4 часа (полоскать и сплевывать).

Практическая часть: в результате проведенного практического занятия студент должен овладеть владеть методикой ухода за тяжелобольными пациентами пожилого и старческого возраста и оказания неотложной помощи. Научиться применять полученные знания на практике.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Какие психологические проблемы наиболее часто встречаются у инкурабельных пациентов?
2. Какие социальные проблемы наиболее часто встречаются у инкурабельных пациентов?
3. Какие духовные проблемы наиболее часто встречаются у инкурабельных пациентов?
4. Что такое «хоспис»?
5. Какие особенности проведения гигиенических процедур у инкурабельных пациентов вы знаете?
6. Как устранить неприятный запах в палате?
7. Какие изменения наблюдаются в коже при её сухости?
8. В чём заключается сестринское вмешательство при уходе за сухой кожей у пациента?
9. Какие изменения наблюдаются в коже при её повышенной влажности?
10. В чём заключается сестринское вмешательство при уходе за влажной кожей у пациента?

6. Решите тестовые задания.

Правильные ответы выделены курсивом.

Вопрос №1. Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов относится к

- 1) задаче паллиативной помощи;
- 2) принципу паллиативной помощи;
- 3) функции паллиативной помощи;
- 4) цели паллиативной помощи.

Вопрос №2. В структуре стационарного отделения хосписа предусматриваются

- 1) гостиная;
- 2) жилые комнаты для больных и их родственников;
- 3) массажный кабинет;
- 4) перевязочная;
- 5) процедурный кабинет.

Вопрос №3. В структуру паллиативной помощи входит

- 1) общая паллиативная помощь;
- 2) паллиативный подход;
- 3) скорая медицинская помощь;
- 4) специализированная паллиативная помощь.

Вопрос №4. Выездная служба включает

- 1) волонтерские бригады;
- 2) *врачебно-сестринские бригады;*
- 3) полицейские бригады;
- 4) санитарные бригады.

Вопрос №5. Деятельность и направление развития паллиативной помощи на международном уровне определены следующими документами

- 1) *Барселонская, Корейская и Венецианская декларации;*
- 2) *Будапештские обязательства Европейской ассоциации паллиативной помощи;*
- 3) *Документы Всемирной организации здравоохранения;*
- 4) *Международная программа развития паллиативной помощи Европейского противоракового общества;*
- 5) Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».