

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

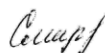
Наименование дисциплины	Паллиативная сестринская помощь
Специальность	34.03.01 – сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 2 **Сестринский уход за тяжелыми больными**

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

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования




Шिशалова Т.Н.

Федько Н.А.

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

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с сестринским уходом за тяжелыми больными
- 2. Учебные вопросы**
1. Сестринский уход за тяжелыми больными, патронаж, лечебное и искусственное питание.
 2. Оказание неотложной помощи на дому.
 3. Взаимодействие со службами скорой и неотложной помощи.

3. Теоретическая часть

Более перспективным и менее затратным является развитие паллиативной помощи населению в форме отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) в крупных многопрофильных больницах. Создание таких отделений рентабельно по сравнению с самостоятельными хосписами за счет координации их работы с лабораторно-диагностическими, консультативными, финансовыми, хозяйственными и другими подразделениями многопрофильного стационара. Такие отделения имеют реальную возможность привлечения при необходимости врачей-консультантов различных специальностей (хирургов, невропатологов, гинекологов и др.).

Госпитализация больных, нуждающихся в паллиативной помощи, проводится в порядке, регламентированном Комитетом по здравоохранению.

Показаниями к госпитализации в отделение паллиативной помощи являются:

- медицинские - выраженный болевой синдром; нарастание симптоматики, отягощающей состояние пациента и не поддающейся адекватной терапии в домашних условиях (асцит, кахексия, анорексия, высокая лихорадка и др.);

- социально-бытовые - отсутствие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому; ситуация психологического дискомфорта в связи с присутствием в квартире тяжелого онкологического больного и др.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке при наличии:

- документов, подтверждающих диагноз злокачественного новообразования IV клинической группы с верификацией патологии;

- заключение врача выездной службы или заведующего отделением-хоспис с четким указанием повода для госпитализации;

- паспорта;

- карты выездной службы;

- полиса обязательного медицинского страхования;

- справки о проведенном бактериологическом исследовании (на энтеропатогенную флору и дизгруппу) давностью не более 10 дней.

Экстренная госпитализация в отделение паллиативной помощи (отделение-хоспис), осуществляемая выездной бригадой, возможна без проведения бактериологического исследования.

Основными нормативными документами, регламентирующими деятельность отделения паллиативной помощи (отделения-хоспис), порядок госпитализации в отделение, его штатное расписание и планируемые показатели работы, являются: Положение об отделении-хоспис,

утвержденное главным врачом больницы, и Положение о государственном учреждении здравоохранения.

Отделение-хоспис предназначено для оказания паллиативной помощи и медико- социальной реабилитации онкологическим больным IV клинической группы, а также психологической и социальной поддержки пациентов и членов их семей в период болезни и после утраты.

Финансирование отделения-хоспис осуществляется за счет средств бюджета, благотворительных пожертвований и иных источников, не противоречащих действующему законодательству. Отделение-хоспис не ведет коммерческую и хозяйственную деятельность.

Цель деятельности отделения паллиативной помощи - обеспечение, насколько это возможно, качества жизни онкологическим больным IV клинической группы и их родственникам.

Задачами отделения паллиативной помощи являются:

- оказание паллиативной помощи, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки онкологическим больным на поздних стадиях заболевания и их родственникам;
- повышение доступности специализированной паллиативной помощи и квалифицированного ухода в стационаре и на дому;
 - купирование болевого синдрома и другой отягощающей симптоматики;
 - оказание психотерапевтической помощи больным в стационаре и на дому, психологической поддержки родственникам;
 - обучение родственников пациента навыкам ухода за инкурабельными онкологическими больными IV клинической группы;
 - создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами в домашних условиях и стационаре;
 - привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам онкологических больных на поздних стадиях;
 - воспитание в обществе гуманного отношения к физическим и психологическим страданиям умирающих пациентов и др.

В отделении паллиативной помощи приняты и неукоснительно выполняются следующие принципы деятельности отделения:

- бесплатность оказания паллиативной помощи;
- общедоступность и равнодоступность помощи в стационаре и на дому;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза при условии готовности пациента принять его;
- не приближать наступление смерти, но и не мешать естественному уходу пациента из жизни;
 - не давать пациентам и их родственникам невыполнимых обещаний;
 - насколько это возможно, полное удовлетворение физических, психологических, духовных и религиозных запросов пациентов;
 - максимальное приближение условий пребывания больных в

стационаре к домашним;

- работа в команде: зав. отделением, лечащий врач, психолог, медсестра, младшая медсестра, социальный работник, волонтер, пациент и его близкие.

Для оптимизации клинико-диагностического процесса отделение-хоспис использует клиническую, диагностическую и материально-техническую базу многопрофильной больницы.

Отбор на госпитализацию пациентов из медучреждений прикрепленной территории осуществляется врачами выездной службы отделения паллиативной помощи и согласовывается с заведующим отделением. Основными показаниями для госпитализации являются: наличие выраженного болевого синдрома, необходимость подбора симптоматической терапии и неблагоприятные социальные условия.

Организация внебольничной паллиативной помощи

Из-за крайне ограниченного коечного фонда стационаров-хосписов по оказанию помощи на финальной стадии жизни больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний для России представляется весьма актуальным развивать внебольничную паллиативную помощь. У части больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний и у их родственников превалирует желание получать паллиативное лечение по возможности дома.

В отдельных регионах на базе онкологических диспансеров, хосписов, крупных поликлиник или самостоятельно создаются Территориальные центры паллиативной помощи. Деятельность Территориальных центров паллиативной помощи направлена на обеспечение преемственности в работе Территориальных центров с ЛПУ, координацию работы различных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих паллиативную помощь, и способствует внедрению в повседневную практику наиболее эффективных методов лечения инкурабельных больных. Необходимо отметить, что выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит от уровня финансирования данной территории.

Основными задачами Территориального центра паллиативной помощи являются:

- изучение и внедрение современных форм организации паллиативной помощи больным, страдающим прогрессирующими хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития;

- разработка методических рекомендаций для учреждений здравоохранения по вопросам оказания паллиативной помощи инкурабельным больным;

- подготовка специалистов по паллиативной помощи для учреждений здравоохранения;

- контроль за состоянием, развитием и качеством оказываемой медико-социальной помощи данному контингенту больных;

- организация и проведение научно-практических конференций, семинаров по вопросам паллиативной помощи;

- участие в научных разработках и апробации новых методов паллиативной помощи и противоболевой терапии;

- обеспечение паллиативной помощи больным с прогрессирующими

формами хронических заболеваний на догоспитальном этапе;

- обучение родственников основным приемам ухода за тяжелыми больными.

На амбулаторном приеме в кабинетах противоболевой терапии крупных многопрофильных поликлиник, онкологических диспансеров проводится оценка степени выраженности хронического болевого синдрома, подбор схем обезболивания, обучение правилам ухода за стомированными больными (с гастро-, трахео-, колостомами), решение психологических и социальных проблем инкурабельных пациентов.

В последние годы получают развитие консультативно-патронажные формы паллиативной помощи инкурабельным больным с хроническими прогрессирующими заболеваниями силами хосписных выездных бригад.

Выездные бригады - организационно-медицинская основа паллиативной помощи инкурабельным больным в амбулаторных условиях. С этого момента начинается общение с пациентом и его семьей. Четкость и профессионализм работы выездных бригад определяют успех работы всего хосписа. В состав выездной бригады (хосписа на дому) входят врачи, медсестры, социальные работники, психолог, юрист, добровольцы.

Выездная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями прикрепленных поликлиник. Преемственность работы амбулаторно-поликлинических учреждений и хосписного отделения обеспечивается путем ежемесячной передачи поликлиниками списков инкурабельных больных, нуждающихся в паллиативной помощи и уходе. Оперативную связь с пациентами, членами их семей и врачами поликлиник осуществляет диспетчер выездной службы.

Выездной службой с момента регистрации на каждого пациента заводится медицинская карта, в которой фиксируются все посещения на дому врачами и сестринским персоналом, а также консультации по телефону.

По желанию пациента и его родственников врачи и сестринский персонал выездной бригады, врачи и психологи оказывают консультативную помощь и психологическую поддержку по телефону.

Первичное посещение больного проводится врачом совместно с медицинской сестрой не позже чем в течение 2 недель после получения информации о пациенте. При первичном посещении тщательно собирается анамнез жизни и заболевания, которые фиксируются в Карте выездной службы. В ней также указывается, кем и когда проведена верификация онкологического диагноза (указываются дата проведения гистологического исследования, наименование учреждения здравоохранения, в котором проводилось исследование, результаты исследования). Отмечаются проведенное лечение, жалобы пациента (в т.ч. со слов родственников) с обязательным указанием выраженности болевого синдрома, чем купируется боль (если пациент получает наркотические анальгетики, указывается их доза, кратность и длительность приема, оценка эффективности по 10-балльной шкале). Коррекцию схемы противоболевой терапии проводит врач выездной бригады. В Карте выездной службы подробно описываются объективное состояние больного, динамика с момента последнего осмотра врачом-специалистом, развернутый клинический диагноз, объем проведенных в процессе посещения лечебных мероприятий,

назначения, режим дальнейшего наблюдения (динамическое наблюдение на дому, дневной стационар на дому, стационарное лечение в отделении паллиативной помощи).

В Карте отмечаются также социально-бытовой статус, жилищно-бытовые условия, возможность организации и обеспечения паллиативной помощи и ухода на дому, а также вкусы и наклонности пациента, его религиозные воззрения (вероисповедание, соблюдение обрядов, религиозных традиций) и т.д.

Дальнейшие посещения планируются по мере необходимости и с учетом пожеланий пациента и его родственников. При временном категорическом отказе пациента от наблюдения осуществляется соответствующая запись в Карте с обязательным указанием причины отказа.

Решение о наличии показаний для госпитализации в стационар принимает врач выездной службы или заведующий отделением паллиативной помощи.

Выездные бригады укомплектованы с учетом психологической совместимости ее членов. Взаимозаменяемость, преемственность и взаимодействие - необходимые условия работы в бригаде, причем каждый член бригады имеет строго определенные должностные обязанности. Работа в бригаде осуществляется под руководством врача.

К основным задачам хосписов на дому относятся следующие: коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций, динамический контроль за состоянием пациента, обучение родственников больного различным методам ухода, психологическая поддержка членов семьи и самого пациента, обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами и другими врачами, в случае ухудшения самочувствия - помощь в госпитализации в стационарное отделение.

Частота посещений пациента медицинскими работниками хосписа на дому зависит от тяжести его состояния, от готовности других членов семьи активно помогать и ухаживать за своим родственником, осуществляя должный уход в домашних условиях. Основные проблемы, с которыми сталкиваются инкурабельные пациенты, это боль, тошнота, рвота, икота, запоры, поносы, задержка (недержание) мочи, кровотечения и другие симптомы, на уменьшение которых направлено паллиативное лечение.

В основу работы бригад медицинских работников хосписов на дому заложены следующие направления:

- наблюдение за наиболее тяжелыми больными, получающими лечение на дому, и больными, выписанными из хосписов на амбулаторное наблюдение;

- проведение по показаниям паллиативных хирургических амбулаторных вмешательств (лапароцентеза, торакоцентеза, эпицистомий и др.);

- проведение различных видов обезболивания (проводниковая, эпидуральная, субарахноидальная анестезия, фармакотерапия болевого синдрома), детоксикационной терапии, лечебной и паллиативной химиотерапии;

- выявление на дому нетранспортабельных и одиноких больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний;

- выявление больных, нуждающихся в госпитализации для проведения паллиативных хирургических вмешательств, регионарных методов обезболивания и инструментальных методов диагностики и лечения;

- обучение родственников больных основам оказания медицинской и психологической помощи;

- оказание психологической и моральной поддержки больным, страдающим прогрессирующими формами хронических заболеваний, и их родственникам;

- оказание больным, страдающим прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии, социальной и духовной поддержки;

- забота о максимально возможном в конкретных ситуациях повышении качества жизни больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний.

Патронирование на дому больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, свидетельствует о высокой социально-психологической и медицинской эффективности паллиативной помощи, позволяющей, насколько это возможно, обеспечить качество жизни инкурабельных больных. Промежуточной формой оказания амбулаторной и медико-социальной помощи пациентам является дневной стационар - место кратковременного пребывания транспортабельных больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, а также их родственников, в котором они получают медицинскую и психологическую помощь, правовую и социальную поддержку. Пациенты имеют возможность общаться по интересам, получать юридические консультации, по возможности заниматься организацией досуга, арт-терапией, участвовать в вечерах памяти, выставках и др. Если время приема лекарств или проведения каких-либо медицинских манипуляций приходится на период пребывания больных в дневном стационаре, пациенты получают медицинскую помощь и имеют возможность отдохнуть на койке, диване, в кресле, инвалидной коляске и т.д.

Врачебный и сестринский персонал, работающий в области паллиативной медицины, - это медицинские работники, с которыми больной соприкасается в последние дни своей жизни. Этот фактор накладывает на персонал, оказывающий амбулаторную паллиативную помощь, большую моральную ответственность и требует безукоризненного выполнения профессионального и гражданского долга. Общение врача с безнадежным больным основано на умении ответить на все вопросы пациента, проводить с больным и родственниками беседы, направленные на коррекцию имеющихся психоэмоциональных расстройств.

Внебольничная система паллиативной помощи повышает качество медицинской и психологической помощи, обеспечивает духовную поддержку больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии их жизни и должна в ближайшие годы получить развитие во всех регионах Российской Федерации. "Ассоциация паллиативной медицины" объединяет медицинские учреждения, оказывающие паллиативную помощь населению, и определяет совместно с главными врачами хосписов и заведующими отделений паллиативной

помощи многопрофильных больниц пути решения возникающих долгосрочных и текущих проблем.

Члены Межрегиональной общественной организации "Ассоциация паллиативной медицины" активно участвуют в отечественных и международных форумах, конференциях, совещаниях и др.

4.Практическая часть: в результате проведенного практического занятия студент должен овладеть методикой оказания паллиативной сестринской помощи инкурабельным лицам. Научиться применять полученные знания на практике.

5.Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Оказание паллиативной помощи, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки онкологическим больным на поздних стадиях заболевания и их родственникам.
2. Повышение доступности специализированной паллиативной помощи и квалифицированного ухода в стационаре и на дому.
3. Купирование болевого синдрома и другой отягощающей симптоматики.
4. Оказание психотерапевтической помощи больным в стационаре и на дому, психологической поддержки родственникам.
5. Обучение родственников пациента навыкам ухода за инкурабельными онкологическими больными IV клинической группы.
6. Создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами в домашних условиях и стационаре.
7. Привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам онкологических больных на поздних стадиях.

6.Решите тестовые задания.

1. К функциям медицинских работников в рамках оказания первичной паллиативной медицинской помощи относятся
 - 1) выявление пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;+
 - 2) назначение наркотических и психотропных лекарственных препаратов;
 - 3) представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;+
 - 4) лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;+
 - 5) направление пациентов при наличии медицинских показаний в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, а также организация консультаций пациентов врачами-специалистами;+
 - 6) назначение наркотических и психотропных лекарственных препаратов при необходимости.+
2. Кто лучше всего может описать боль пациента?
 - 1) международная ассоциация по изучению боли;

- 2) пациент;+
- 3) медсестра;
- 4) врач первичной медико-санитарной помощи;
- 5) родственники, ухаживающие за пациентом.

3. Паллиативная медицинская помощь может требоваться пациентам со следующими заболеваниями и состояниями

- 1) болезнь Альцгеймера смешанного типа (с наличием признаков сосудистой деменции) с другими симптомами, преимущественно депрессивными; стадия мягкой (лёгкой) деменции;
- 2) ревматоидный артрит, полиартрит, с внесуставными проявлениями (синдром Шегрена), поздняя клиническая стадия, активность 2, IV рентгенологическая стадия, анкилоз правого локтевого сустава, ФК 4; вторичный амилоидоз с поражением почек;+
- 3) артериальная гипертензия 1 степени, риск 2; дислипидемия;
- 4) рак ободочной кишки, 3 стадия, выраженный болевой синдром;+
- 5) хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелая степень, дыхательная недостаточность III ст..+

4. Паллиативная медицинская помощь направлена на

- 1) лечение тяжелых проявлений заболевания;+
- 2) лечение основного заболевания;
- 3) облегчение страданий;+
- 4) улучшение качества жизни пациента и его семьи.+

5. Первичная паллиативная медицинская помощь может оказываться

- 1) врачом в кабинете паллиативной медицинской помощи;
- 2) врачом-специалистом в поликлинике;+
- 3) фельдшером в фельдшерско-акушерском пункте;+
- 4) врачом в хосписе;
- 5) врачом-терапевтом участковым в поликлинике.+