

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Опыт паллиативной помощи



Сборник тезисов научно-практических конференций за 2021 – 2022 годы

Содержание:

1. Паллиативная помощь. Теоретические и организационные аспекты. С.2
2. Психологическая и духовная помощь паллиативным больным и их родственникам. С.18
3. Практические приемы оказания паллиативной помощи С.32
4. Качество жизни паллиативного больного С. 43
5. Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи С.57
6. Опыт работы волонтеров паллиативной помощи С.73

Паллиативная помощь. Теоретические и организационные аспекты.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВНАЯ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

Белослудцева Людмила, Старовойтова Кристина,
студенты 391 группы специальности «Сестринское дело»
Руководитель: Белослудцева Елена Геннадьевна, преподаватель
Красноуфимский филиал
Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»
г. Красноуфимск

Развитие нового в медицине направления – паллиативной помощи, начинается в 1970-х годах в США, Канаде, Европе. Толчком к развитию современной паллиативной помощи как части системы здравоохранения, является коренное изменение отношения к боли, которую специалисты рассматривают как важнейшую комплексную проблему терминальных пациентов.

Современная паллиативная помощь включает в себя следующие аспекты: профилактика боли, контроль над симптомами, общий уход за пациентами, обучение и реабилитация, психотерапевтическая помощь, поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти.

Цель паллиативного лечения - помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессирующим болезнью, т.е. достижение возможно наилучшего качества жизни пациента (ВОЗ). Паллиативная помощь оказывается пациентам только после того, как использовались все средства, имеющиеся в распоряжении радикальной медицины, и уже не остается шансов на выздоровление.

Выделяют три основные группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи:

- больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;
- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития.

Помощь паллиативным пациентам осуществляется на основании нормативно-правовых документов.

Паллиативную помощь проводят на дому и в условиях стационара: хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи. Наиболее важными принципами паллиативной помощи можно считать: борьбу с болью, коррекцию нарушений со стороны органов пищеварения, рациональное питание, психологическую поддержку.

При проведении данной помощи в различных условиях имеются определённые сложности, которые заключаются в недостатке медперсонала, отсутствии необходимого оснащения. Кроме того, одним из важных моментов работы с паллиативными больными

является психологическая нагрузка на ухаживающих. Устранение перечисленных недостатков позволит оказывать более качественную помощь.

Используемая литература

1. Паллиативная помощь. Сущность и задачи (Электронный ресурс) // MedicInform.Net: [сайт]. – Москва. -2017. Режим доступа: <http://lfk-gimnastika.com/lfk-pri-zabolevaniyakh/138-lfk-gimnastika-pri-gipertonii>
2. Общие сведения о паллиативной помощи [Электронный ресурс] //NeuroPlus: [сайт]. - Москва. - 2016. – Режим доступа: <http://www.neuroplus.ru>
3. Роль медицинской сестры в организации ухода за онкобольными (Электронный ресурс) // MedicInform.Net: [сайт]. – Москва. -2016. Режим доступа: <http://www.docme.ru>
4. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 915н [Электронный ресурс] //ПРАВОВАЯ РОССИЯ [Сайт]. – 1017. – Режим доступа: <http://lawru.info>
5. Паллиативная помощь онкологическим больным [Электронный ресурс] //Противораковое общество России [Сайт]. – 2017. - <http://www.pror.ru>
6. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ [Электронный ресурс] // Fondzapros [Сайт]. – 2015. - <http://fondzapros.ru>

ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

Макеева Юлия Алексеевна, студентка 3 курса
руководитель Высотина Анна Сергеевна, преподаватель
Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК»
городской округ Ревда

Паллиативная помощь оказывается тем пациентам, заболевания которых признано неизлечимыми. Именно поэтому цель современной паллиативной помощи состоит в том, чтобы облегчить боль и иные физические симптомы, поддержать пациента психологически, эмоционально, организовать уход, дать возможность человеку жить полноценной жизнью настолько, насколько это возможно.

Паллиативная медицинская помощь необходима при многих заболеваниях. Большинство нуждающихся в ней взрослых страдают такими хроническими заболеваниями, как сердечно-сосудистые (38,5%), онкологии (34%), хронические респираторные заболевания (10,3%), СПИД (5,7%) и диабет (4,6%).

Паллиативная помощь может оказываться в специализированных отделениях паллиативной помощи, в хосписах, в дневных центрах, на дому у больного, в домах престарелых, в стационарах, т.е. в любых медико-социальных учреждениях, где имеются специалисты, обученные специфике оказания паллиативной помощи.

Паллиативная помощь в современном понимании - это инновационный метод оказания медико-социальной помощи неизлечимым больным.

Цель работы: изучить проблему паллиативной помощи.

Задачи работы:

1. Дать определение понятию «паллиативный уход».
2. Произвести анализ данных о количестве больных, нуждающихся в паллиативном уходе.

3. Классифицировать организации паллиативного ухода по различным признакам.

4. Рассказать об истории возникновения термина «паллиативный уход».

5. Исследовать мнение населения о необходимости увеличения количества организаций, осуществляющих паллиативный уход за больными.

Объект исследования: пациенты, нуждающиеся в паллиативном уходе.

Предмет исследования: деятельность организаций паллиативного ухода.

Использованные методы исследования: анализ научно-методической литературы; метод анкетирования; математико-статистическая обработка данных.

Гипотеза: возможно в России наблюдается нехватка организаций паллиативного ухода. Доступность паллиативной помощи.

Паллиативный уход - это активная, всеобъемлющая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента (ВОЗ).

Паллиативная помощь появилась в средние века, в первых домах сестринского ухода, домах приюта, богадельнях, которые возникали в средневековье при монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих. Но только лишь христианская церковь брала на себя в те времена заботу о безнадежно больных людях и умирающих, обеспечивая им социальную и духовную помощь и поддержку силами сестёр милосердия. Всего в России сейчас существует около 20 хосписов.

Компонентами паллиативной помощи являются: контроль за симптомами, реабилитация, забота об умирающих, психотерапия, поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти, обучение, исследования.

Аспекты паллиативной помощи:

- медицинские аспекты по снятию болевого синдрома, уходу за открытыми очагами, правилам асептики, питания и личной гигиены пациента.

- психологические аспекты, связанные с уменьшением уровня стресса и страха, вызванного прогрессирующим заболеванием, и снижающего качество жизни пациента и его близких.

- социальные аспекты, связанные с решением ряда социально-бытовых вопросов и проблем, обеспечения необходимой социальной поддержки для больного, его семьи и ухаживающих лиц.

- духовные и культурные аспекты, связанные с удовлетворением религиозных и культурных потребностей больного и членов его семьи на основе признания и уважения этно-культурных различий и особенностей.

Цели и задачи паллиативной помощи заключаются в адекватном обезболивании и купировании дискомфорта, в грамотном оказании психологической и духовной поддержки пациента, а также в поиске более эффективных методов решения данных задач и т.д.

Помощь в конце жизни» или «помощь умирающим» является частным разделом паллиативной помощи. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки пациента и его семьи. Поэтому часто говорят, что паллиативная помощь — это философия. Главной целью паллиативной помощи в конце жизни является избавление пациента и умирающего от страдания.

Оказание паллиативной помощи умирающим пациентам и их родственникам является наивысшим проявлением фундаментальных и гуманных принципов биомедицинской этики.

Главный враг пациента — это болезнь, а главный помощник — семья. Нужно помочь родным научиться делать что-то для пациента. И это возможно, если вся система выстроена и работает хорошо.

Одним из немаловажных элементов оказания паллиативной помощи можно выделить обучение родственников, благодаря этому был создан план обучения.

План обучения родственников ухода за пациентом.

1. Вовлечение родственника или группы родственников для последующего обучения.

2. Подробное информирование родственников пациента о заболевании, паллиативном уходе, всех его составляющих (Сущность ухода, профилактика осложнений, общий режим дня, манипуляции, психологический аспект, разрешение проблем пациента).

3. Подробный разбор манипуляций и обучение родственников.

4. Контроль родственников на результативность обучения, т.е. выполнены ли манипуляции правильно и качественно.

5. Выдача рекомендации для родственников по поводу ухода за пациентом.

Плюсы данного обучения

- Родственники проводят достаточно времени со своими близкими.
- Приобретение самостоятельности и опыта в уходе и наименьший затрат денежных средств – можно обойтись без услуг сиделки.

- Достаточное общение с паллиативным больным, улучшение его эмоционального фона за счёт соблюдения и информированности о наиболее востребованных предпочтениях пациента.

- Домашняя, более спокойная и привычная обстановка.

- Вероятно максимальное восполнение потребностей, т.к. пациент испытывает наименьшее стеснение, в отличие от контакта с медицинским работником.

- Возможность контакта со своими домашними питомцами, т.к. в какой-то мере является зоотерапией и несёт положительный эффект для паллиативного больного.

- Разнообразие меню больного в зависимости от его кулинарных предпочтений.

В результате исследования и проделанной работы во время формирования проекта можно прямо заявить о том, что гипотеза подтвердилась. В России наблюдается явная нехватка организаций паллиативного ухода, доступность паллиативной помощи. В частности из-за того, что болезнь затрагивает близких больного. И чем сильнее болезнь, тем выше роль влияния близких на пациента, и тем больше им самим нужна помощь, и тем больше внимания всей семье должен уделять врач.

Список использованных источников

1. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 сентября 2008 г.

2. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010.

3. Липтуга М.Е., Поляков И. В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь: краткое руководство, 2001.

4.Хетаругова А. А. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. М.: ФГОУ «ВУНЦ Росздрава», 2006, стр. 160.

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Щиголева Зоя Николаевна, преподаватель
Нижнетагильский филиал ГБПОУ «СОМК»
г. Нижний Тагил

Цель паллиативной помощи: облегчить страдания путем поддержки пациента в тяжелый период жизни с учетом его потребностей, предпочтений, образа жизни, желаний.

Задачи:

- адаптировать человека к новым условиям жизни, изменившемуся отношению со стороны друзей, знакомых, близких.
- облегчить состояние пациента на данный период.

Уход за тяжелобольным человеком включает профессиональную помощь, а также помощь людей семьи в стационаре и на дому. Уход предполагает знания и умения в выполнении комплекса мероприятий по личной гигиене, удовлетворении физических потребностей, соблюдении правил биомеханики. Феномен качества жизни любого человека включает удовлетворение не только физических, но и психологических, социальных и духовных потребностей.

Онкологическая патология – одна из ведущих проблем современной медицины. Около 60 – 70 процентов онкологических пациентов в фазе генерализации заболевания страдают от боли в разной степени выраженности. Диагноз ракового заболевания – это шок для человека, его семьи и близких людей. Течение заболевания и связанные с этим потребности и реакции пациента могут быть различными в зависимости от индивидуальных особенностей. У человека могут возникнуть мысли о смерти, ощущение обреченности и паники. И в то же время пациент может быть одинок и лишен поддержки близких людей.

В любом случае человек не должен остаться один на один с болезнью в терминальной стадии. В критической ситуации помощь пациенту призвана оказать паллиативная медицина.

Паллиативная помощь необходима:

- тяжелым онкологическим больным;
- пациентам, перенесшим инсульт;
- больным в терминальной стадии ВИЧ – инфекции.

Качество жизни терминального пациента – это субъективное удовлетворение, которое он периодически продолжает испытывать в ситуации прогрессирующего заболевания. Это время духовного синтеза жизненного пути.

В Российской Федерации на современном этапе паллиативную помощь оказывают: центры паллиативной помощи, хосписы, кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров, лечебные консультативные центры амбулаторной помощи.

Список литературы:

Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова Основы сестринского дела Ростов-на-Дону Феникс
2015

Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела С. И. Двойников. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с.

Сестринская помощь онкологическим больным: методические рекомендации для медицинских сестер онкологической службы под ред. В. А. Саркисова. - Санкт-Петербург: Береста, 2016. - 356 с.

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Семенова Ксения Павловна

Руководитель: Елена Кузьминична Серегина

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Жизнь – самое дорогое, что есть у человека. Люди дорожат ею и не готовы раньше времени потерять её. Наверное, каждый человек хоть раз в своей жизни задавался вопросом: «Каковы составляющие жизни?». И безусловно, можно сказать, что без здоровья у человека не будет полноценной жизни. «Здоровье — дороже золота» писал Уильям Шекспир. Важнейшей целью каждого человека является сохранение здоровья в любом возрасте, всеми возможными и, наверное, невозможными способами.

К сожалению, в нашем мире есть огромное количество людей, страдающих от различных недугов. Но самым страшным из них, пожалуй, является онкология. Проблема онкологии является актуальной уже много лет. Особенно возросла значимость данной патологии в последние десятилетия, в связи с развитием науки и внедрением различных технологий, которые негативно влияют на здоровье человека.

По данным Всемирной организации здравоохранения количество людей, страдающих от онкологии, ежегодно увеличивается. Так, если в 2018 году было зафиксировано 18 млн. новых случаев рака, то к 2021 году эта цифра составила около 20 млн. человек. За последние 10 лет заболеваемость раком в мире выросла на 33%. Эксперты прогнозируют, что к 2040 году эта цифра увеличится до 30 млн. При этом, растёт количество детей, заболевших онкологией также стремительно растёт, ежегодно рак диагностируется у 400 000 детей.

Проблема: недостаточный уровень оказания паллиативной помощи, неосведомлённость родственников больных о правилах ухода за тяжелобольным человеком и, как следствие – снижение качества жизни и высокий уровень смертности.

Цель – проанализировать оказание паллиативной помощи лицам, страдающим онкологическими заболеваниями в Свердловской области.

Задачи:

1. Изучить данные литературных источников.
2. Проанализировать паллиативную помощь онкологическим больным.
3. Провести опрос пациентов и их семей.
4. Разработать методические рекомендации по уходу за онкологическими тяжелобольными.

Для того, чтобы повысить уровень информированности о правилах ухода за тяжелобольными пациентами, было создано методическое пособие «Раздели этот путь». Данное пособие включает в себя:

- Понятие «паллиативная помощь» и что оно в себя включает.
- Особенности ухода за тяжелобольным пациентом в домашних условиях.
- Этапы ухода за пациентом.
- Умывание.
- Уход за глазами, ушами, носом, ртом, волосами.
- Мытье пациента.
- Кормление пациента.
- Профилактика травматизма.
- Смена белья.
- Профилактика и обработка пролежней.
- Новейшие средства ухода за пациентом при пролежнях.

Литература

1. Вельшер, Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Текст] : учеб. пособие / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с.
2. Клеминсон, Б. Введение в паллиативную помощь [Текст] / пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В. Невзоровой. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016. — 276 с.
3. Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения РФ от 20.06.2013 № 388н.-Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
4. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях [Текст]: учеб. для мед. колледжей и училищ / И. П. Левчук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 288 с.
5. Онкология [Текст]: учеб. / под общей ред. С. Б. Петерсона. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 288 с.
6. Онкология [Текст]: учеб. для студентов учреждений сред. мед. проф. образования / Т.Н. Попова, В.Н. Николенко, Л.Ф. Жандарова; под ред. П.В. Глыбочко. – М.: ОИЦ«Академия», 2014. – 256 с.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ

Шестакова Н.В., преподаватель

Красноуфимский филиал

Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

В современном мире люди всё реже и реже задумываются о своих поступках, словах, стараются оставаться в стороне. Отношение человечества друг к другу, к миру и жизненным ситуациям делают проблемы равнодушия, безразличия в современном мире

чрезвычайно актуальными. Зачастую, безучастность скрывает в себе попытку отделиться от жестокой реальности.

Но особенно опасно, когда безразличие проявляется в медицине. Равнодушие – это «злокачественная опухоль», «клетки» которой внедряются и заменяют «клетки» человеколюбия, главного качества медицинского работника. «Кто преуспевает в науках, но отстает от нравственности, более вреден, нежели полезен» [1].

Издавна были найдены мудрецами постулаты гармоничной жизни: любить друг друга; быть умеренным в своих желаниях; стремиться делать добро в первую очередь для других, а только потом для себя; быть самим собой и не забывать о духовном. Причины равнодушия, по мнению студентов медицинского колледжа следующие: непонимание ситуации; собственное незавидное положение в настоящем или в недавнем прошлом; страх; слишком большая нагрузка на психику, стремительный ритм жизни; невоспитанность, отсутствие культуры.

Всегда важно помнить о том, что иногда от нашего поведения может зависеть жизнь другого человека, и не важно, кто вы — доктор, водитель или просто человек, проходящий мимо. Когда люди помогают другим, это обязательно вернется добром. И когда мы это поймём, жизнь станет гораздо лучше: бескорыстной, честной, доброй, открытой, лёгкой, в которой не будет места для равнодушия!

Разговаривайте с тем, кого ещё можно спасти! Будьте внимательны друг к другу и сердечны. Помогайте ближнему, если он в беде или просит о помощи. Равнодушие приводит к разрушению личности, мешает гармоничному существованию человека. По своей природе профессия медицинского работника не подразумевает равнодушия в его деятельности. Возвращение лицом к таким простым истинам как добро, милосердие, единство – залог здоровых мыслей и действий. Освобождение лишней материальной жадности, открытие своего внутреннего мира другим – вот шаг к здоровому мировосприятию.

В заключении необходимо отметить, в современном обществе равнодушие выступает критерием нравственного выбора человека и определяет его поведение. Результаты нашего исследования показывают, что наблюдается несовершенство законодательства по данному вопросу. Большую часть людей, проявивших бездушие, призвать к наказанию невозможно.

Список использованных источников:

1. Вагнер, Е. А. Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер. – Пермь, 1991. – С. 28-43.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Косарева Ксения Николаевна, Опалева Анна Николаевна
Юркова О.А., преподаватель
ГБПОУ Свердловский областной медицинский колледж
г. Екатеринбург

Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их

жизни. Этот подход способствует сохранению достоинства, качества жизни и адаптации к прогрессирующим заболеваниям путем использования наиболее достоверных фактических данных.

При планировании и организации паллиативной помощи необходимо учитывать, что данный вид помощи требуется пациентам с широким спектром медицинских проблем, угрожающих жизни. Следует учитывать такие особенности: большинство взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи, имеют хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания (38,5%), рак (34%), хронические заболевания органов дыхания (10,3%), СПИД (5,7%) и сахарный диабет (4,6%). [2, с. 119].

Одним из наиболее частых и серьезных симптомов, испытываемых пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, является боль. Так, например, 80% больных СПИДом или раком и 67% пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний или хронических обструктивных заболеваний легких будут испытывать в конце жизни болевой синдром средней и высокой интенсивности. Основанием для паллиативной помощи, безусловно, является необходимость избавления от боли и других симптомов страдания, но паллиативная помощь не ограничивается этим и предусматривает меры по повышению качества жизни и даже оказание положительного влияния на течение болезни.

Паллиативные услуги и предоставляемая поддержка осуществляются в рамках помощи на дому, стационарной хосписной службы, хосписной службы дневного пребывания и других видов организации паллиативной помощи.

Еще одним необходимым компонентом паллиативной помощи является психосоциальная поддержка. В системе здравоохранения и медицинских учреждениях должны быть предусмотрены определенные простые функции для удовлетворения других потребностей пациента в конце жизни, таких, как духовные потребности, поддержка семьи, при необходимости правовая помощь, а также стимулирующая физическая среда.

Особенности планирования и организации паллиативной помощи связаны в первую очередь с выявлением пациентов, которым паллиативная помощь могла бы принести пользу, проведением первичной и повторной оценки физических, эмоциональных, социальных и духовных симптомов страданий членов семьи, выяснением, каких ценностей придерживается пациент и определением задач оказания помощи с учетом духовных, психологических и социальных потребностей.

Список литературы

1. Введение в паллиативное лечение - Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. – Собелл Пабликейшн, (Центр сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению, Оксфорд) 1992 г. – Текст: непосредственный.

2. Методологические подходы к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации / под ред. профессора Г.А. Новикова – М.: МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, 2020. –

208 с., табл., рис.-Текст: непосредственный.

Паллиативная медицинская помощь онкологическим больным - Шарафутдинов М.Г., Панченко С.В. и др. - 2017 г.-140с.-Текст: непосредственный.

ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

Василенко Павел Анатольевич

Руководитель: Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»г. Асбест

Говоря об актуальности темы, важно отметить, что проблема развития паллиативной медицины в Свердловской области в настоящий момент стоит достаточно остро. В настоящее время неизлечимо больные люди выписываются домой из больниц без гарантированного обезболивания и ухода и практически лишены возможности достойно дожить оставшиеся дни, не став обузой для близких. А родственники зачастую не могут справиться с проблемами, сопровождающими остаток жизни неизлечимо больного.

Согласно данным регистра паллиативных больных, в Асбестовском городском округе зарегистрировано 840 человек, нуждающихся в паллиативном уходе. Из них 600 человек являются маломобильными.

Огромное значение играет организация паллиативной помощи на дому, что в настоящее время, бюджетные учреждения здравоохранения Свердловской области не могут обеспечить в полной мере.

Создание выездной патронажной службы паллиативной помощи — это менее затратный, проще организованный, но не менее эффективный способ оказания комплексной медицинско-социальной помощи паллиативным больным, который позволит если не полностью решить проблему развития паллиативной медицины в регионе, то значительно снизить её остроту.

С сентября 2021 года на территории Асбеста, в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи», реализуемого ГБПОУ «СОМК» при поддержке «Фонда Президентских грантов», осуществляют активные выездные патронажи 20 волонтеров. А также для обучения родственников и иных лиц, самостоятельно осуществляющих уход за паллиативными больными, страдающими от существенного ограничения физических возможностей (лежачими пациентами), организована «Школа ухода за паллиативным больным». Основной задачей которой является оказание психологической помощи вышеуказанным лицам и обучение их теоретическим основам и практическим навыкам общения с больным и ухода за ним. Это первые шаги по данному направлению.

Для оценки социальной значимости направления деятельности и необходимости организации патронажной службы было проведено анкетирование среди медицинских работников отделений, работающих с функционально-ориентированными пациентами, родственников тяжелобольных и маломобильных пациентов. По результатам анкетирования медицинских работников можно сделать несколько выводов:

Чаще всего к медицинским работниками обращаются с вопросами по особенностям гигиенического ухода за лежачим, инкурабельным родственником (58%) и вопросом профилактики возможных осложнений и сопутствующих/хронических заболеваний (33%). 9% медицинских работников консультировали родственников тяжелобольных пациентов в других вопросах.

100% медицинских работников уверены в необходимости «Школы ухода за тяжелобольными пациентами». Необычным результатом стало то, что медицинские работники, чья работа непрерывно связана с больными людьми, считают, что в бригаде, осуществляющей патронаж, должны присутствовать духовные наставники (81%) и профильные специалисты, ориентированные на заболевания анамнеза пациента (19%). Возрастная категория инкурабельных пациентов в более чем половине случаев

старше 70 лет (53%), 60-70 лет (42%), и лишь в 2% возраст пациента не превышает 60 лет. По субъективным данным опроса сотрудников пациенты онкологического профиля составляют подавляющее большинство (64%) инкурабельных пациентов, на втором месте (31%) пациенты неврологического профиля, остальную же часть (5%) составляют пациенты, перенесшие хирургические заболевания и травмы, осложненные отягощенным анамнезом.

Говоря об анкетировании родственников, самостоятельно осуществляющих уход, можно выделить следующие выводы:

Физические и эмоциональные аспекты ухода составляют 35% и 40% соответственно. При этом проблему недостатка знаний выделяют 25% опрошенных. Большая часть анкетированных выделяет недостаток знаний именно в сфере гигиенического ухода (58%), 40% родственников больше интересуется сфера профилактики заболеваний и сопутствующих осложнений. 2% выделяют другие проблемы и другие интересующие их вопросы. Так же, важно отметить, что множество людей, осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами, не знают о существовании специализированной линейке уходовых средств (83%), и только лишь 17% слышали об этих средствах и пользуются ими. И их использование существенно облегчает процедуры ухода. Родственники в 72% случаев, как и медицинские работники, отмечают необходимость присутствия в специализированных патронажных бригадах Духовных наставников. По их словам, пациентам «Так будет легче принять...». В 28% случаях родственники хотят видеть, прежде всего, профильных специалистов, работающих именно по направлению заболевания тяжелобольного пациента.

К большому сожалению, 78% опрошенных не знают о существовании местного отделения социальной службы по работе с населением, либо не знают, что туда можно обратиться за помощью и поддержкой. Остальные же 22% пользуются или планируют воспользоваться такой помощью.

Основной вопрос, который интересует близких людей пациента, непосредственно перед выпиской из стационара: Какой специалист будет ответственен за продолжение паллиативного лечения?

Таким образом, на основании пожеланий родственников тяжелобольных пациентов, самих инкурабельных пациентов и работников паллиативной сферы, в состав патронажной службы должны входить: врач-терапевт, или фельдшер; медицинская сестра; духовный наставник; специалист социальной службы; психолог.

Так мы в полной мере оказываем инкурабельному пациенту медицинскую, эмоциональную, социальную и духовную поддержку.

ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г. ПЕРВОУРАЛЬСКЕ

Шайхуллин Тимур Ильмирович, студент

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Свердловская область, г. Екатеринбург

Потребность в широкой сети служб паллиативной медицины в наши дни велика, как никогда. Во многих странах растет процент людей, нуждающихся в паллиативной помощи, вследствие чего увеличивается потребность в постоянной помощи людям с

прогрессирующими и неизлечимыми заболеваниями. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни пациента — медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психосоциальная и духовная поддержка, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики.

В Детской городской больнице Первоуральска открылась очередная «бережливая» поликлиника и современное стационарное паллиативное отделение. Таким образом, более 35 тысяч детей Западного управленческого округа будут получать «бережливую» амбулаторную помощь и 117 детей с паллиативным состоянием смогут получать помощь в новом отделении.

В поликлиниках оптимизирована регистратура - она стала «открытой», организован отдельный колл-центр. Оптимизирована внутренняя логистика, распределен поток пациентов - разведены потоки больных и здоровых пациентов. В больнице дополнительно установлены информационные терминалы для записи на прием, установлено электронное табло расписания работы врачей. Для уменьшения времени ожидания в утренние часы увеличено количество лаборантов, осуществляющих забор крови. Во избежание «скученности» пациентов создана система «сквозной» направленности, разделены потоки входящих и выходящих из кабинета пациентов.

Основная цель паллиативной помощи - улучшение качества жизни неизлечимо больного и его родственников. Детям в отделении обеспечивается медицинский уход, симптоматическая коррекция тягостных симптомов, симптоматическое лечение трофических нарушений мягких тканей, респираторная терапия по показаниям, психологическая и социальная поддержка пациента и его родных. В палатах созданы комфортные условия пребывания. Всего отделение планирует принять 40 пациентов за год со средним сроком пребывания 30 дней.

Список использованных источников:

1. <http://pervob6.ru/news/block-20812/>
2. <https://mydgb.ru/page/palliativnaa-pomos>

ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г.РЕВДА

Позднякова Ольга Николаевна, Солдатова Любовь Михайловна,

студенты специальности Медицинский массаж

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Паллиативная помощь предназначается неизлечимо больным людям для облегчения боли и других тяжелых проявлений заболевания, чтобы обеспечить им насколько возможно лучшее качество жизни. Суть паллиативной медицины – не подготовка человека к смерти, а обеспечение ему возможности вести активную и качественную жизнь как можно дольше. Паллиативная помощь предполагает комплексный подход, который заключается как в оказании медицинской помощи при боли и различных осложнениях, так и

психологическую и духовную поддержку самого больного и членов его семьи. Паллиативные пациенты нуждаются в достойном качестве жизни, даже если она подходит к концу.

На сегодняшний день в г. Ревда Свердловской области более 250 человек [1, с.], которых не в силах спасти современная медицина, стоят на учете в Ревдинской городской больнице. Это люди с онкологией в терминальной стадии, пациенты, перенесшие тяжелый инсульт, получившие тяжелые травмы с необратимыми последствиями, страдающие дегенеративными нервными болезнями на завершающих стадиях с гибелью нейронов головного мозга, болезнью Альцгеймера и т. д.

Оказанием помощи паллиативным пациентам в большей или меньшей степени занимается вся Ревдинская городская больница. Изначально такие больные обращаются к участковому терапевту, который предлагает им первую ступень обезболивания.

Для более тяжелых и лежачих больных в городской больнице работает специальный кабинет паллиативной помощи, где приемы ведет врач-терапевт, специализирующийся на паллиативной медицине.

Паллиативную помощь могут оказывать и медицинские сестры, прошедшие специальное обучение. Сегодня в Ревде работает всего лишь одна медсестра паллиативной помощи [1, с.]. Она выезжает на дом к таким больным, помогает им и рассказывает родственникам как за ними ухаживать. Ее задача – научить родственников, а проблема ухода полностью ложится на них. К сожалению, в Ревде на сегодняшний день нет специализированных отделений по уходу за паллиативными больными или хосписов, и большой процент таких больных умирает из-за неправильного ухода (появление пролежней, сепсис и др.).

Паллиативные пациенты могут быть помещены в стационар Ревдинской городской больницы, в случае если им необходимо какое-либо хирургическое вмешательство. Например, если в результате болезни человек теряет способность глотать и ему необходимо, в связи с этим, поставить назогастральный зонд.

Кроме того, в оказании паллиативной помощи принимает участие и Управление социальной политики г. Ревда, которое обеспечивает таких больных необходимыми средствами ухода.

Важное место в оказании паллиативной помощи занимают волонтеры, которые оказывают помощь по уходу за такими больными. В этом году в Ревде реализуется проект «Волонтеры паллиативной помощи» Ассоциации средних медицинских работников Свердловской области, действующей в тесном сотрудничестве со ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж».

В настоящее время, паллиативных больных становится все больше. Паллиативная помощь – это вопрос гуманного общества, гуманной медицины. Люди не должны умирать от невыносимой боли, голода или других неудобств, связанных с неизлечимым заболеванием. Развитие паллиативной медицины должно стать одним из приоритетных направлений здравоохранения.

Литература

1. <https://revda.bezformata.com/listnews/revde-oblegchayut-stradaniya-umirayushih/53318539/gbrevda.ru>

**АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОНК, НУЖДАЮЩИХСЯ В
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

Фроленко Елена Николаевна, Михайлова Галина Дмитриевна, преподаватели
Государственное автономное учреждение
Амурской области профессиональная образовательная организация
«Амурский медицинский колледж»
г. Благовещенск

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Показатели заболеваемости в разных странах колеблются от 0,2 до 3 случаев на 1000 населения. При этом важно отметить такую негативную тенденцию, как постепенное «омоложение» пациентов.

Как в остром, так и в отдаленном периоде у пациентов, перенесших ОНМК, имеют место множественные нарушения в деятельности внутренних органов, ограничивающие их функции и снижающие качество жизни.

Так, к концу острого периода из 100 оставшихся в живых пациентов у 81% наблюдаются двигательные нарушения, в том числе у 22% – гемиплегия или гемипарез; нарушения речевых функций, существенно затрудняющие контакт с пациентами, встречаются более чем у трети; имеют место различные психоэмоциональные нарушения (отсутствие интереса к жизни, снижение волевых функций, интеллекта и критики); дисфагия, нарушение координации движения, сенсорные дефициты, а также нарушение контроля за актами мочеиспускания и дефекации, что, в свою очередь, порождает эмоциональные переживания. Кроме того, пациенты нуждаются в длительном уходе, который становится тяжелым бременем для семьи и втягивает в эту ситуацию до 12 человек близких, друзей и коллег.

Цель исследования. Выявление проблем пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в ходе осуществления сестринского процесса в условиях паллиативной помощи.

Для выявления проблем пациентов с ОНМК при осуществлении ими физиологических потребностей было проведено исследование на базе городской клинической больницы г. Благовещенска, в котором приняли участие 20 пациентов.

В ходе исследования выявлены следующие проблемы пациентов с ОНМК:

- дефицит самоухода и отсутствие возможности осуществлять личную гигиену из-за тяжести состояния;
- риск развития пролежней, контрактур из-за длительного постельного режима;
- ограничение в общении из-за дизартрии и афазии;
- риск развития осложнений из-за недержания мочи и кала;
- боль острая или хроническая;
- риск падений.

Учитывая частоту и тяжесть множественных нарушений в деятельности внутренних органов при ОНМК требуется современный подход к ведению пациентов и полноценная паллиативная помощь.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Автор: Голикова Ксения Вячеславовна

Руководитель: Соколова Светлана Васильевна, преподаватель русского языка и литературы

Основной текст тезисов

1. Понятие паллиативной помощи
2. Цель паллиативной помощи – повышение качества жизни
3. Направления паллиативной помощи
4. Компоненты паллиативной помощи
5. Модели оказания паллиативной помощи детям
6. Базовые услуги, предоставляемые службами паллиативной помощи детям
7. Направления паллиативной медицинской помощи и паллиативного ухода
8. «Базовый пакет ухода» у ребенка, нуждающегося в паллиативной помощи
9. Помощь в «конце жизни»
10. Планирование «будущего» пациента (трудный разговор о «выборе пути»)

Список использованной онлайн - литературы:

1. https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2017/10/Amery_or_end_all.pdf
2. <https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2020/08/Azbuka-PPD.pdf>
3. <https://dgp18.ru/wp-content/uploads/2020/06/Учебник-Паллиативная-помощь-детям.pdf>

СТАРЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА. ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ?

Поликарова Анастасия Николаевна

Руководитель: Чернухина Элеонора Михайловна

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Мы выбрали эту тему проекта «Старение человека. Есть ли решение проблемы?», потому что она актуальна. В наше время каждый человек хочет выглядеть молодо и привлекательно. Сохранение здоровья, а значит и красоты цель большей массы людей. Организм человека – это великолепная самообновляющаяся система, но даже она не может нормально функционировать, не имея нужных материалов. Сегодня ученые всего мира объединились для борьбы с тем, что разрушает человеческий организм, – со старением и преждевременной смертью.

Цель исследования заключается в выявлении причины старения и составление схемы профилактических мероприятий, способствующих человеческому долголетию.

Старение - биологический разрушительный процесс, ведущий к недостаточности физиологических функций и гибели клеток, ограничению адаптационных возможностей организма, снижению его надежности, развитию возрастной патологии, увеличению вероятности смерти.

Увы, мы пока не можем остановить процесс старения, но мы можем продлить свою молодость, если будем упорно работать над ним. Как в природе происходит смена времен года, так и в жизни человека. Россия занимает 129 место по продолжительности жизни среди стран – 66,05 лет (2021г.). В нашей стране более половины россиян подвержены преждевременному старению - их биологический возраст опережает календарный. А это и есть гериатрические пациенты которым в большей степени нужна паллиативная помощь. Сегодня как никогда необходимо, чтобы каждый россиянин осознал степень ответственности за своё здоровье.

Причины преждевременного старения:

*Высокий уровень сахара (Вовсе необязательно быть больным сахарным диабетом. Просто в результате переизбытка уровень сахара повышается и глюкоза (сахар) начинает негативно воздействовать на белки, на ДНК, изменяя форму и структуру.

*Кислородное голодание также способствует гибели клеток. Нарушение или отсутствие режима и нормального сна. Чтобы клетка питалась полноценно, необходимы такие важные компоненты питания, как:

-витамины запускают эти процессы,

*несбалансированное питание

*недостаток воды

*образ жизни-50%

*отсутствие физической нагрузки

*климат-20%

*наследственность-20%

*услуги системы здравоохранения-10%

*стресс

Профилактические мероприятия, способствующие человеческому долголетию.

Поскольку мы знаем основные причины, ведущие к старению, то основываясь на этом знании, мы можем разработать конкретный план действий по борьбе со старением. Нам необходимо:

1. Исключить воздействие разрушающих факторов: хроническое утомление, стрессы, ядовитые вещества внешнего и внутреннего происхождения, и др.

2. Стимулировать организм таким образом, чтобы восстанавливающие системы лучше ремонтировали наши клетки.

Нижний Тагил один из самых неблагополучных в плане экологии городов Свердловской области. Несколько лет назад город был объявлен зоной чрезвычайной экологической ситуации. В областном объеме вредных выбросов в атмосферу доля выбросов г. Нижнего Тагила составляет 15, 7 процента. Не все могут сменить место жительства, но есть способы, которые могут уменьшить риск преждевременного старения, даже если вы живете в грязных городах: чаще бывать в лесу, использовать фильтры для воздуха и воды, тщательно мыть фрукты и овощи, делать дыхательную гимнастику, меньше находиться в местах с источниками загрязнения.

В практической части мы провели анкетирование на тему "Влияние образа жизни на процесс старения человека» среди обучающихся колледжа и преподавателей. В опросе участвовало 58 человек, в основном женского пола.

На основе анкетирования можно сделать вывод, что основные критерии здорового образа жизни не соблюдаются у опрошенных, что и приводит к ускорению процесса старения. Проведен классный час в своей группе на тему проекта. В качестве продукта мы создали буклет на тему «Продли свою молодость!». Создали таблицу «Основные критерии, влияющие на здоровье человека».

Закключение: наивно полагать, что волшебная таблетка избавит от старения, стресса, лишнего веса, депрессии и решит за нас все проблемы. Мы сами распоряжаемся своей жизнью и решаем, как и сколько есть, сколько двигаться, чем заниматься. Именно это главным образом и определяет наш запас молодости. В результате проведения исследовательской работы мы выявили некоторые причины старения и постаралась составить схему профилактических мероприятий, способствующих человеческому

долголетию, опираясь на задачи проекта. В процессе создания проекта нам удалось получить новую информацию и создать на изученном материале продукты проекта.

Желаем всем здоровья и долголетия!

Список использованной литературы

1. Антонов А.И. Сорокин С.А. Судьба семьи в России XXI века. // М.: Грааль, 2021
2. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. // М.: Эдиториал УРСС, 2020
3. Фильм «Таблетка от старости» П. Лобков 2008 г
4. Кодекс здоровья и долголетия (старшая возрастная группа).

Психологическая и духовная помощь паллиативным больным и их родственникам

ЖИЗНЬ НУЖДАЕТСЯ В МИЛОСЕРДИИ. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ. НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ВОЛОНТЕРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

Мирзоева Ширинмох, Щелокова Александра

Руководитель: Хуснутдинова Ирина Викторовна

Нижнетагильский филиал

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Город Нижний Тагил

g.irina09@mail.ru

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их жизни.

Цели:

Паллиативной помощи не должны ограничиваться лечением болевого синдрома и контролем показателей жизнедеятельности, а также не должны ограничиваться лечением болевого синдрома и контролем показателей жизнедеятельности

Паллиативная помощь должна также охватывать психиатрические, психосоциальные, экзистенциальные и духовные аспекты жизни больного;

Обучение родственников уходу за паллиативными больными.

Задачи:

1. Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.
2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
3. Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.
4. Удовлетворение физиологических потребностей больного и его близких.

Направления при обучении:

контроль за симптомами

психологическая, духовная и эмоциональная поддержки

решение проблем биомедицинской этики

поддержка членов семьи во время ухода

Формы оказания помощи на дому:

Помощь на дому

«Помощь выходного дня», предоставляющая возможность дать отдых лицам, постоянно ухаживающим за больным.

Задачи медицинской сестры при оказании паллиативной помощи:

Общий уход:

Контроль за симптомами;

Психологическая поддержка пациента и его семьи;

Обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи;

Облегчение боли и смягчение других тягостных симптомов;

Психологическая и духовная поддержка пациента;

Поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти;

Создание системы поддержки в семье больного во время болезни и смерти.

Получив дополнительно занятия и навыки в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» стали активно применять на практике, учитывая психологические особенности пациента

В рамках реализации проекта волонтеры совершили выход по поступившему запросу с горячей линии г. Нижний Тагил, по оказанию помощи пациенту на дом. Измерили артериальное давление, проконсультировали пациента и родственников по интересующим вопросам.

Литература:

1.Ст. 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит нормы, регулирующие оказание паллиативной медицинской помощи в РФ

2.Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" (утв. Постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. N 2505)

3.Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования реализации государственных программ субъектов Российской Федерации, содержащих мероприятия по развитию системы паллиативной медицинской помощи (Приложение N 6 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 24 января 2019 г. N 34)

4.Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»)

5.Перечень медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н)

6. Порядок передачи от медицинской организации пациенту медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 июля 2019 г. N 505н)

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 года N 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Авторы: Ершова Мария Владимировна, Печёрина Ульяна Георгиевна, Тунёва Анастасия Алексеевна
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Краснотурьинск

Паллиативная медицина – область здравоохранения, направленная на создание пациенту и его семье лучшего качества жизни путем решения проблем не только физических, но и психологических. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии и изменчивое во времени.

Для достижения этих условий используется междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту. Главный принцип паллиативной помощи: «От какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым оно не было, какие бы средства не были использованы для его лечения, необходимо поддерживать для пациента то качество жизни и уровень комфорта, при которых он мог бы хоть ненадолго, но забыть о своём заболевании и не чувствовал бы себя в постоянной зависимости от окружающих» [1, с 3].

Современная паллиативная помощь – это прежде всего активная и всесторонняя помощь пациентам, решение психологических, социальных и духовных проблем. Лечение и забота складываются из свободного общения, должного ухода и оказания психологической поддержки близких пациента. Психоэмоциональный стресс – общее для всех паллиативных пациентов состояние на поздних стадиях неизлечимых болезней, которое значительно ухудшает качество жизни.

Эмоциональная настроенность пациента имеет большое значение для развития ответной реакции на болевое воздействие, поэтому определённые эмоции способны активировать «обезболивающие» системы организма. С целью снижения стресса и эмоционального напряжения у паллиативных больных можно обратиться к таким методам психологической поддержки, как: медитативные техники (в сочетании с ароматерапией); прослушивание музыки (классической, звуков природы) или аудиокниг и аудиоспектаклей; арт-терапия (можно использовать готовые картины по номерам или просто дать кисть и краски и рисовать на альбомном листе).

Арт-терапия может быть использована при таких заболеваниях, как рак, сердечная недостаточность, ВИЧ-инфекция или СПИД, деменция, хроническая болезнь почек в терминальной стадии и др. Ожидаемый эффект от проведения арт-терапии в сочетании с

другими методами – снижение стресса, уменьшение боли, беспокойства, плохого самочувствия, усталости и депрессии, что, несомненно, приведет к улучшению качества жизни паллиативного больного. Ароматерапия – терапевтическое использование эфирных масел из растений. Эффект ароматерапии обусловлен связыванием химических компонентов эфирного масла с рецепторами обонятельной луковицы, воздействующими на эмоциональный центр мозга, лимбическую систему.

Таким образом, эффективное воздействие на лимбическую систему, например, с помощью положительных эмоций, полученных в ходе арт-терапии, способно привести к снижению болевого синдрома. Любое изобразительное искусство задействует определенные участки центральной нервной системы, вызывая возбуждение в соответствующих отделах коры больших полушарий, тем самым подавляя ощущение боли.

Литература

Паллиативная помощь вчера, сегодня, завтра: учеб. пособие / А. Л. Баскакова, С. С. Ганжула, Р. В. Коваленко [и др]; Краснодарский краевой базовый медицинский колледж. – Краснодар: 2013. – 15 с.

ОБЩЕНИЕ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Непомнящих Ирина Сергеевна

Руководитель Рогачева Ольга Петровна –
преподаватель ГБПОУ «СОМК» НФ ИЦМО

Ирбит

В оказании паллиативной помощи огромную роль играем медицинская сестра. Именно она, проводит больше всех времени с пациентом, выясняя его потребности. Медицинская сестра должна быть особенно подготовлена для того, чтобы иметь возможность разговаривать с пациентом на этапе оказания ему паллиативной помощи. Пациент на последней стадии заболевания, перед окончанием жизни, испытывает комплекс сильных переживаний, связанных с осознанием утраты жизни или приближение скорого конца жизни. Это может вызвать у пациентов сильную депрессию. Поэтому профессиональная и человеческая обязанность медицинской сестры облегчить как физические, так и душевные переживания пациентов. В это время очень важно слово, теплое, искреннее сострадание. [4 с. 50]

Медицинской сестре необходимо точно знать философию паллиативной медицины и хосписной помощи, идеологию и принципы организации, которые включают в себя командный подход, долговременность, доступность, достаточность, бесплатность.

Роль общения в основных функциях медицинской сестры велика. Начинается общения с выполнения первого этапа сестринского процесса, сбора информации. Сбор информации о пациенте в хосписах имеет свои особенности, так как приходится учитывать психологические особенности каждого пациента. Пациент обращает внимание на тон, тембр голоса, громкость, на невербальные знаки. Медицинской сестре особенно внимательно нужно следить за самой манерой разговора и конечно о смысле сказанного. Медицинская сестра должна обратить внимание во время беседы, на те проблемы пациента, которые ухудшают его настроение.

Так как процесс осознания утраты жизни имеет определенные стадии, то от медицинской сестры требуется знание всех этапов для того, чтобы предугадать чувства больного, которые он испытывает в каждой из этих периодов и подобрать нужные слова, перед тем, как она начнет с ним беседу.

Общение паллиативной помощи — наиболее ответственный момент, требующий от персонала особого настроения, чувства такта, деликатности и определенного мужества. Цель общения — достичь наибольшего взаимопонимания с пациентом, поэтому общение должно быть искренним, открытым и дружеским. Необходимо знать, что пациент нуждается в разных видах общения в зависимости от возникающих у него потребностей. Выделяют следующие виды потребностей больных в процессе общения с медперсоналом: потребность в информации, потребность в обсуждении диагноза, лечения и прогноза, потребность в утешении и совете, обычная потребность в общении между людьми, потребность в выражении и проговаривании своих чувств, потребность в подтверждении своей значимости и потребность в эмоциональной поддержке.[4 с. 57]

Литература

1. Липтуго М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь.— СПб: Искусство России, 2011.— 160 с.

2. Митр. Антоний Сурожский. Жизнь. Болезнь. Смерть.— Клин: Изд-во Христианская жизнь, 2014.— 112 с.

3. Национальная образовательная программа «Паллиативная медицина». Избранные лекции.— СПб: Национальный центр исследования и лечения рака, 2017.— 115 с.

4. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ЧАСТЬ 1. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ И ОБЩИЙ УХОД Л.А.Никитина ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Потёмкина Лилия Викторовна,
преподаватель Ессентукского филиала
Ставропольского государственного медицинского университета,
г. Ессентуки

Болезнь – тяжелое испытание, как для пациента, так и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего лечения, жизнь пациента и его близких меняется: то, что было доступным и естественным, становится трудным, иногда невозможным. Паллиативная помощь должна быть направлена не только на пациента, но и на его семью.

У медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, возникает ряд психологических вопросов, ответы на которые составляют существенную часть их профессиональной деятельности. Мы акцентируем внимание на оказании психологической поддержки, когда надежды на выздоровление нет.

Чтобы получить необходимую помощь и поддержку, принять решение о том, как лучше завершить важные дела, пациент должен располагать достоверной информацией о своей болезни. Принять заболевание с витальной угрозой непросто! Грамотное поведение медработников помогает снизить стресс, подготовиться к лечению.

Процесс переживания горя пациентом и его близкими имеет личностный характер и множество индивидуальных особенностей, однако психологи все же выявляют общие типы реагирования на известие о приближающейся или уже совершившейся беде. На каждой стадии эффективны различные формы помощи.

Фаза принятия диагноза Помощь

Психологический шок

«Этого не может быть!» Быть рядом, не оставлять пациента одного, наблюдать за его состоянием.

Выражение чувств

Боль, злость, гнев, ярость (на себя, на судьбу, на медиков), сожаление об упущенных возможностях. Принятие, выслушивание, эмоциональная поддержка. Помочь выразить чувства конструктивным образом (проговорить, выплакаться).

Сделка (торговля)

Желание как-то повлиять на принятие произошедшего. Появляются мысли и фантазии об альтернативном исходе событий: «Я сделаю все, я изменюсь, только бы выздороветь!» Может возникать поиск альтернативного лечения (нетрадиционная медицина, эзотерика, религия).

Помощь в адаптации к лечению (создание максимально комфортных условий, эмоциональная поддержка).

С пониманием объяснить риски альтернативного лечения. Постарайтесь найти вместе с пациентом ту сферу его жизни, на которую он сможет опираться.

Депрессия

Отчаяние, чувство пустоты, астения, суицидальные мысли, отсутствие желаний, изоляция от мира, в том числе от близких.

Поиск новых ресурсов, поддержка, помощь в осознании и принятии происшедшего. Много времени проводить с пациентом, особое внимание уделять его психологическому состоянию.

Принятие, полное смирение

«Прошлого не вернуть, но я благодарен за все хорошее, что было, и за то, чему меня научила болезнь».

Поддержка в переустройстве жизни в сложившейся ситуации (консультации юриста, нотариуса, беседы со священнослужителями и т.д.).

Нельзя дать готовый рецепт, действительный при всех обстоятельствах. Необходимые мероприятия определяются индивидуально в каждом отдельном случае. При этом важнейшим условием эффективности паллиативной помощи является тактичность и профессионализм медицинских работников.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Печерина У.Г., Ершова М.В., Трифан А.А. преподаватели

Красноурьинский филиал ГБПОУ «СОМК»

Целью паллиативной помощи является достижение, насколько возможно, наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Задачи:

1. Оказание психологической помощи больному и его близким родственникам.
2. Проведение небольшого курса медитаций для духовного очищения пациента.
3. Введение в повседневный обиход больного 10-15 минутное прослушивание музыки или аудиокниги.
4. Изучение положительного влияния ароматерапии и арт-терапии на паллиативного больного.

Психоэмоциональный стресс – общее для всех пациентов состояние на поздних стадиях неизлечимых болезней, которое значительно ухудшает качество жизни.

Основными факторами могут быть:

- прогрессирующее и продолжительное заболевание;
- настоящая или ожидаемая немощность;
- психическое и эмоциональное истощение.

Патологические симптомы – не купируемая боль.

Лечение психоэмоционального стресса.

1. Устранение причинных факторов, если это возможно.
2. Общие меры: заботливый и тактичный подход; доброе общение, внимательное выслушивание; уверения в постоянности ухода; уважение личности и индивидуальности.
3. Психологическая помощь по специальной программе: общая поддержка и консультирование; группы поддержки; релаксационная терапия, медитация; отвлекающие мероприятия; социализация.
4. Психотерапевтические методы лечения: обучение навыкам снятия стресса; обучение методам компенсации; когнитивная терапия; анксиолитики, антидепрессанты по необходимости; поддерживающая психотерапия.
5. Поддержка для семьи и ухаживающих лиц.

ОБЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Виноградова Елена Евгеньевна, педагог-психолог
Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Серов Свердловская область

Болезнь - тяжелое испытание – как для пациента, так и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего лечения жизнь пациента и его близких меняется: то, что было доступным и естественным становится трудным, невозможным. Поэтому паллиативная помощь должна быть направлена на семью в целом.

Тяжелое заболевание или внезапное ухудшение, это всегда кризис, всегда вызов для самого пациента, его родственников и естественно, медработника, волонтера. Семья – основной источник поддержки для пациентов, страдающих смертельно опасным заболеванием. Именно родственники обычно берут на себя основной уход, и именно они обеспечивают поддержку близкому человеку в последние дни его жизни, активно участвуя в принятии решений и играя роль посредников и его представителей при общении с медицинскими работниками и волонтерами. Болезнь, можно сказать, «разделяется» близкими людьми и оказывает мощное влияние на всех членов семьи.

Заболевая, человек вступает в комплекс отношений в системе «Человек-Болезнь». Так как элемент «Болезнь» имеет свою динамику, то и соответственно меняется и отношение человека к своей болезни. Главный враг пациента – это болезнь, а главный помощник – семья. Нужно помочь родным научиться делать что-то для пациента.

В этой ситуации волонтеру нужно быть очень тонким, молчаливым, и при этом – с большими ушами, которые умеют слышать. Если семья сложная, то нужно приложить максимальные усилия, чтобы человек убедился, что семья – самое близкое и дорогое. Очень

не хочется думать в свои последние месяцы жизни, что не с тем человеком прожил жизнь. Что вырастил бесплодных детей. Что ты прожил непутевую жизнь и теперь за тобой никто не ухаживает. И нужно избежать любых намеков, которые могут спровоцировать такие мысли. Поэтому встает задача показать больному человеку, что его родственник самый заботливый и любящий, сделать родственника соучастником процесса помощи: научить его кормить своего близкого, мыть, сажать на постели. А если он боится – помочь и объяснить. У родственников возникает страх, проистекающий из-за восприятия ситуации как уникальной и непохожей на ситуации с другими людьми.

В паллиативном уходе волонтеры должны придерживаться принципов медицинской этики: уважайте жизнь, допускайте возможность смерти, рационально используйте возможные ресурсы, делайте добро, сводите к минимуму вред

Литература

1. Рядом с тяжелобольным. Паллиативная помощь на дому. Материалы для близких пациента. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 252 с.

2. Федермессер, А.К. Общение волонтеров с родственниками паллиативных пациентов URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/patsienta-i-ego-blizkie-edinoe-tseloe/?ysclid=l4xqch1d56496751846>

Ястребов, В.С., Михайлова, Н.М., Сейку, Ю.В. Старость и психическое здоровье. Пособие для пациентов и членов их семей. – М: МАКС Пресс, 2008. – 37 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Бураменская Марина Николаевна, преподаватель психологии

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Балаковский медицинский колледж» г. Балаково

В психологии, рамках личностного подхода, изучается личность онкологического больного. Исследованием данной проблемы занимается наука психоонкология. Это наука, которая изучает характерные черты онкологических больных. Отношение человека к своей болезни начал изучать Р.А. Лурия, который ввел термин соматозогнозий. В настоящее время выделяют следующие типы соматозогнозий: гиперсоматозогнозия, гипосоматозогнозия, норматозогнозия.

В последние годы развиваются два направления, изучающие психологические факторы возникновения онкологических больных: специфическое (возникновение болезни связано с личностными особенностями человека) и неспецифические (возникновение зависит от внешних причин – стресс, нарушение гемостаза).

В процессе исследования личности паллиативного больного был введен термин АЛЕКСИМИЯ.

Алексимия – это невозможность описать свое состояние. Существуют различные теории объяснения феномена алексимии: это проявление защитных механизмов, низкий социальный статус, нейрофизиологический дефект блокировки связей в коре головного мозга.

Психологи выявили схему возникновения онкологического заболевания. Психологический стресс-Депрессия-Нарушение деятельности лимбической системы, гипоталамуса, гипофиза.

Для улучшения состояния больного человека используют арттерапевтическую технику, методику «психотерапии обид», «киндер-сюрприз» терапию, игровую терапию, терапию юмора в рамках теории Катлин Пассанизи.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВОЛОНТЕРОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ К УХОДУ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ БОЛЬНЫМИ «ОСНОВЫ УХОДА»

Федорова Анна Николаевна, преподаватель
Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»
г. Сухой Лог

Цель: формирование у обучающихся общих и профессиональных компетенций, соответствующих видам профессиональной деятельности волонтера-консультанта паллиативной помощи, с целью улучшения качества жизни неизлечимых больных, предоставления услуг по уходу за лицами, нуждающимися в постороннем уходе и обучения уходу за паллиативными больными родственников.

Человек, столкнувшийся один на один с неизлечимым заболеванием, нуждается в помощи и поддержке не только со стороны близких людей, друзей, но и общества в целом! В рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» был разработан график по обучению волонтеров паллиативной помощи Асбестовско-Сухоложского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж». В программе предусмотрена следующая тематика занятий:

- Танатология, психология умирания.
- Пять основных стадий психологической реакции по Е. Кюблер-Росс.
- Психологическая помощь в различные периоды умирания.
- Факторы высокого суицидального риска в позднем возрасте.
- Оценка суицидального риска в позднем возрасте на основе 5 компонентов.
- Стратегия поведения медицинского персонала в кризисной ситуации.
- Обеспечение комфорта на терминальной стадии болезни.
- Психологическая поддержка родственников.
- Профилактика выгорания волонтера.

14 октября состоялась психолого-педагогическая подготовка к уходу за паллиативными больными. Забота о человеке, оказание помощи в облегчении его физических страданий, поддержка в духовном поиске и психологической поддержке.

ДАР ЧУДНЫЙ (СВЯТЫЕ ПРАВОСЛАВНЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ)

Поморцева Василиса Дмитриевна
Руководители: Еселевич Ирина Игоревна, Супрунова Галина Васильевна
Фармацевтический филиал
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Екатеринбург

Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о голове,...
так нельзя лечить тело, не леча душу.

Сократ

Перед молодым человеком, выбравшим свой жизненный путь, связанный с медициной, стоят вопросы: как эффективнее помочь исцелению человека от болезни, какой системы ценностей придерживаться?

Для православных важен не только светский, но и религиозный аспект в лечении заболеваний. Для полного исцеления, нужно лечить всего человека. Определить, какие нарушения на духовном, душевном и телесном уровне привели к заболеванию. В.Ф. Войно-Ясенецкий был первым ученым и врачом, который именно с медицинской точки зрения написал в трактате «О духе, душе и теле» о том, что дух человека – это его живительная сила, и что этот дух врачу нельзя игнорировать при работе с больным. Обратимся к жизни и опыту православных святых целителей.

Цель работы: исследовать святоотеческое отношение к болезни, выяснить к каким православным святым обращаются за помощью в исцелении различных болезней.

Практическая значимость работы заключается, прежде всего, в обретении молодыми специалистами в области медицины нравственных ориентиров в формировании общечеловеческих добродетелей.

В отличие от светской медицины, считающей, что здоровье норма, а болезнь нарушает эту норму, святые отцы полагали, что болезни и скорби могут послужить духовному возрастанию человека, помочь ему приблизиться к Богу. Но нередко подлинные причины заболеваний лежат в духовной сфере. Святитель Василий Великий пишет: «...не все недуги происходят естественно ...но часто болезни являются наказанием за грехи, налагаемым на нас, чтобы побудить к обращению». Болезнь имеет смысл, при ней необходимы усилия со стороны больного для приведения своего душевного устройства в надлежащий порядок: «Когда ...болен, особенно должен внимать свидетельству совести, чтобы освободить душу свою от всякого осуждения».

Главнейшее средство для исправления духовных причин недугов – молитва и покаяние. «Сын мой! в болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. (Сир. 39, 9–12). Православные врачи неоднократно убеждались, как молитва влияет на состояние человека: все его физиологические параметры приходят в норму.

Необходимо ознакомиться с некоторыми святыми целителями (целebниками). В христианском понимании «целитель» (целebник) – это личность, которая исцеляет, избавляет от болезней чудесным образом, при помощи благодати Божией. Эти врачи обладали необыкновенным врачебным искусством, которое не поддавалось объяснению с точки зрения формальной логики. Дару исцеления, который они получали от Господа, предшествовали праведная жизнь, многолетняя внутренняя работа над собой.

Ежегодно, 1 октября Церковь и весь православный мир почитает образ Девы Марии, именуемый «Целительница. Каждый верующий, что пришел с искренней просьбой к образу Богородицы получает: исцеление души от страданий, успокоение и силу духа; защите от несчастий и бед, от внезапной скорби.

Икона великомученика Пантелеймона целителя – одна из самых почитаемых святынь не только в России, а и во многих других странах. Христиане возносят лику целителя молитвы о здравии от самых трудноизлечимых и страшных недугов, об исцелении не только тела, но и души. При жизни он был врачом и сотворил много чудес, излечивая болезни человеческие с Божией помощью и верою в сердце.

Небесным покровителем земли Уральской считается святой праведный Симеон Верхотурский (Меркушинский) 1607-1642 гг. Всем призывающим его с верою подается заступление, от огня спасение, болящим – исцеление, глухим – слух, немым – разрешение

уст. Особенно часто обращаются с молитвами к Верхотурскому чудотворцу при глазных болезнях и всевозможных параличах (это было одно из первых чудес от его мощей). И доныне продолжают истекать различные чудеса от мощей сего славного угодника Божия.

Святитель Лука (в миру Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий; 1877–1961) – ученый с мировым именем, один из основателей регионарной анестезии и гнойной хирургии. В 1923 году отец Валентин (Войно-Ясенецкий) принял монашеский постриг с именем Лука. Святителю Луке молятся перед операцией, чтобы она прошла успешно, об исцелении ребенка, быстром выздоровлении после хирургического вмешательства, во время депрессии или какого-либо душевного нездоровья.

Многие святые целители именуется также врачами-бессеребренниками, так как они безвозмездно, то есть, без всякой оплаты, врачевали болезни людей, стараясь, в то же время, исправить их нравственность и наставить на путь добродетели. И сегодня они являются нравственным примером для медицинских работников.

Литература

1. Алексей Мигальников. Христианское отношение к медицине // URL: <http://sdsmp.ru/news/n6785/>

2. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Проповеди и духовные беседы. // <http://www.biblioteka3.ru/biblioteka/luca/propovedi-tom-1/index.html> URL: <https://pravoslavie.ru/5729.html>

3. Святоотеческое отношение к болезни // URL: <https://pravoslavie.ru/5729.html>

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ-ВАЖНЕЙШЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Косарева Ксения Николаевна

Юркова О.А., преподаватель

ГБПОУ Свердловский областной медицинский колледж

г. Екатеринбург

Социальная реабилитация направлена на восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, открывает людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе. Целью социальной реабилитации является обеспечение оптимального участия пациента в экономической и социальной сферах жизни.

В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это крайне важно, так как позволяет задействовать сохраненные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за своё поведение.

Вектор психореабилитационных мероприятий в нашей стране смещён в сторону реализации прав пациентов без формирования соответствующего этим правам уровня их (пациентов) ответственности. В настоящее время механизм формирования (развития) правовых и морально-этических обязательств лиц, страдающих психическими расстройствами, находится в зачаточном состоянии. Дальнейшее усиление грамотности

пациентов без наличия механизма их ответственности уже приводит к определённому дисбалансу на различных уровнях системы социального функционирования.

Комплекс психосоциальной реабилитации может состоять из следующих основных блоков: психообразование, тренинги и обучающие программы, формирование терапевтической среды, социальная помощь.

Темами психообразовательных занятий являются: причины болезни, проявления заболевания, лечение, социальная поддержка, закон о психиатрической помощи. [1, с. 19].

Социальная помощь в работе с поведенческими расстройствами является важнейшим направлением. Это - работа с социальным окружением больных, восстановление документов, жилья, определение группы инвалидности с последующими индивидуальными программами реабилитации, помощь в восстановлении пенсионного обеспечения, решение вопросов дееспособности, а в некоторых случаях производится идентификация личности больных. [3, с. 219].

Принятие решения о включении пациента в те или иные психосоциальные мероприятия должно возлагаться на полипрофессиональную бригаду, включающую в свой состав врача-психиатра, психолога, специалиста по социальной работе, а также юриста.

Таким образом, грамотная и своевременная социальная реабилитация поведенческих расстройств в комплексе с медикаментозной терапией является залогом успешного лечения и реабилитации.

Список использованной литературы:

1. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Строжакова. – М.: ИД «Медпрактика-М». - 2014. – 215 с. – Текст : непосредственный.
2. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М.: ИД «Медпрактика-М». – 2020. – 380 с. – Текст : непосредственный.
3. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. Под редакцией проф. И.Я. Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «Медпрактика-М». – 2019. – 320 с. – Текст : непосредственный.

ОБЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Каторгина Надежда Сергеевна, Каторгина Мария Сергеевна, Привалова Надежда Александровна

Руководитель Виноградова Елена Евгеньевна, педагог-психолог
Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Серов Свердловская область

Характер общения волонтера паллиативной помощи с людьми пожилого и старческого возраста оказывает влияние на течение болезни и состояние человека. Знание особенностей поведения, психологических и эмоциональных черт пациентов пожилого и старческого возраста необходимо для волонтеров, чтобы принять их душевное, физическое и психологическое состояние.

Если волонтер научится правильно общаться, ему будет легче понять пожилых людей. Действуя подобным образом, волонтеры показывают свое уважение и признание.

Волонтеры могут не согласиться с тем, что говорят им пациенты, но они обязаны принимать их и относиться к ним уважительно

В пожилом возрасте проявляется «заострение» личностных черт. Типичны изменения личности, отличающиеся своеобразной полярностью: упрямство, ригидность суждений сочетаются с повышенной внушаемостью и легковерием, сниженная эмоциональная отзывчивость – с чувствительностью и слезливым слабодушием. Общение пациентов пожилого и старческого возраста с волонтерами базируется на пяти основных видах жизненной позиции пожилых людей: конструктивная, зависимая, защитная, враждебности миру, враждебности к себе и своей жизни. Часто жизненная позиция зрелого возраста к старости обостряется под влиянием новых обстоятельств.

Волонтер паллиативной помощи должен обладать особым даром человеческого, профессионального общения, основой которого является гуманное, уважительное, терпимое и сострадательное отношение к людям. Для формирования контакта между волонтером и пациентом важную роль играет умение выслушать пациента. Именно этим качествам уделялось большое внимание при обучении волонтеров паллиативной помощи.

Важные качества волонтера в общении

1. *Терпение.* Волонтер должен иметь способность внимательно выслушивать замедленную речь.

2. *Сострадание* – это лучший способ помочь справиться и с трудностями, и с эмоциями, вызванными в пациентах их собственной беспомощностью или слабостью.

3. *Последовательность.* Многие пожилые люди легко запутываются и испытывают растерянность даже при незначительно стрессовой ситуации. Соблюдение установленной последовательности в своих привычных действиях помогает им чувствовать себя комфортнее и безопаснее. Это облегчает им жизнь.

4. *Простота.* В разговоре с пожилыми людьми оптимальный вариант – это использование простого, понятного языка общения.

Уход за пожилым человеком – это непростой труд, требующий определенных навыков, знаний и умения найти контакт с пожилым человеком. В любой ситуации есть время поговорить и есть время слушать и молчать.

Литература

1. Пономарева И.П., Современная стратегия паллиативной помощи в гериатрии // Медицинская сестра. 2015. № 4. – С. 4-7.

2. Седова, Е.В., Палеев, Ф.Н. Основы гериатрии – М., 2019. – 52 с.

Кузнецова, О. Ю., Моисеева, И. Е. Особенности паллиативной помощи пациентам с деменцией // Российский семейный врач. 2017. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-palliativnoy-pomoschi-patsientam-s-dementsiey>.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ИГРОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Исмаилова Азиза Алияровна

Руководитель: Елена Кузьминична Серегина, к.м.н., преподаватель ГБПОУ

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Психологическая поддержка неизлечимо и тяжело больного ребенка и членов его семьи актуальна на всех этапах оказания паллиативной помощи: начиная с момента установления смертельного или угрожающего жизни диагноза, на протяжении болезни, в период умирания и после смерти ребенка в период горевания.

Нужно дать ребенку возможность хоть немного забыть о его болезни. Как всем нам известно у детей, которые нуждаются в паллиативной помощи бывают физические проявления болезни, боль рвота, одышка. Пока не уйдут эти симптомы, его мысли всегда будут о болезни. После того как купированы физические симптомы, ребенка нужно чем-то занять, играть с ним, разговаривать, дать возможность контактировать с другими детьми, организовывать мероприятия, которые им интересны, ведь если ребенок будет просто лежать и ничего не делать, у него не будет интереса к жизни, это существование, а не жизнь.

Если ребенок занят, он отвлекается и может вовсе перестать думать о болезни. И даже тогда, когда болезнь начнет прогрессировать, он все равно будет реже возвращаться к ней мысленно, если занят активными делами.

Цель: проанализировать оказание паллиативной помощи детям опираясь на психологическую поддержку и игротерапию

Наша цель, чтобы ребенок прожил свою жизнь, не готовясь к смерти, а не думая о ней, какое бы тяжелое состояние у него не было, а дать ему возможность жить без боли и страданий и приложить к этому все усилия и старания. Ведь они все чувствуют, даже если не могут сказать слово, поднять руку, сделать первый шаг, они чувствуют все, особенно любовь.

Задачи исследования:

1. Изучить учебно-методическую литературу по паллиативной помощи детям
2. Провести мастер классы в детском хосписе для детей и родителей.
3. На основе полученных результатов разработать информационный материал презентацию «Игротерапия в детской паллиативной помощи»

Я думаю, что психологической поддержке и игровой терапии нужно уделять особое внимание в детском паллиативе, потому что порой сталкиваясь с состояниями при которых нужна данная помощь, люди теряются, ощущают страх, чувство незащищенности, несправедливости и в этот момент специалисты данного направления протягивают руку помощи и становятся причиной, того что человек принимает данное состояние и с этим может жить полной жизнью, как бы трудно это не звучало и дать такую же возможность своему ребенку.

Все мы, начиная с родителей, медицинских работников, волонтеров, а также всех людей, которые контактируют с данными детьми, должны максимально стараться, чтобы детям было комфортно во всех планах этого слова, мы должны не только устранить боль, снизить страдания, оказывать помощь, но также дать им почувствовать, что они еще дети, те самые дети, которые любят играть, получать подарки, радоваться жизни, узнавать мир вокруг. Поэтому играть с ними, приносить им радость, чувство важности их самих, настолько же важно и нужно, как и паллиативный уход за этими детьми.

Литература

1. Библиотека Благотворительного фонда «Детский паллиатив» // <https://www.rcpcf.ru/biblioteka/>
2. Психологическая поддержка и игротерапия в детской паллиативной помощи. — 2-е изд., доп. и испр. — М.: Издательство «Проспект», 2018. — 108 с

Практические приемы оказания паллиативной помощи.

СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДОМА

Кузнецова Анна Владимировна

Руководитель: Воронина Виктория Владиславовна, преподаватель
Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г.о. Каменск-Уральский

Безопасная внешняя среда – необходимая часть жизни человека. Здоровый человек сам в состоянии создать вокруг себя безопасное окружающее пространство, тогда как человек с дефицитом самообслуживания нуждается в посторонней помощи и дома и на улице [4]. Исследования показали, что пожилые люди, живущие одни падают, как минимум один раз в год. Причин падения много и это самые обыденные ситуации, основной причиной падений является неудобная обувь.

Для пожилых людей падение может иметь тяжелые последствия и может привести к различным травмам, таким как: черепно-мозговые травмы, переломы костей и другие. Боязнь человека упасть ведет к малоподвижному образу жизни [2]. Тем самым его возможности самообслуживания в быту уменьшаются, что приводит к депрессии, социальной изоляции и прогрессированию старческой астении. К факторам риска падений относится мышечная слабость, нарушение равновесия, неврологические и сердечнососудистые заболевания, падение артериального давления, болезни суставов и плохое зрение [3]. Довольно часто пожилые люди падают при наличии спутанного сознания или делирия, а наличие деменции многократно увеличивает эту опасность. Главный путь предотвращения падений, а также основной компонент заботы о качестве жизни человека с дефицитом самообслуживания – создание безопасной окружающей среды.

Для создания условий безопасной жизнедеятельности и достойного качества жизни, бытовую среду нужно оборудовать соответствующими дефициту самообслуживания конкретными подопечными средствами малой реабилитации [1].

Литература

1. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст]: учебник / С. И. Двойников; под ред. С. И. Двойникова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
2. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст]: учебник / Епифанов, А.В. Епифанов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.
3. Епифанов, В.А. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Текст]: учебник / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 734 с.
4. Обуховец, Т.П. Паллиативная медицинская помощь [Электронный ресурс] Т.П. Обуховец Ресурс доступа - <http://fondzapros.ru/law/freeemerg/palliative/>

СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Осокина Софья Александровна,

Руководитель: Офицерова Наталья Александровна, преподаватель
Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г.о. Каменск-Уральский

Сбалансированное питание обеспечивает поступление в организм всех питательных веществ таких как: белки, углеводы, жиры, витамины, микроэлементы и минералы. Основной принцип лечебного питания – сбалансированность пищевого рациона, жидкостей и воды при обеспечении суточной потребности человека в питательных веществах и энергии.

В твердых жирах животного происхождения есть важные и нужные компоненты. Белки – это строительный материал для организма, который должен обладать максимально высокой биологической ценностью. Продукты питания, содержащих углеводы – это несладкие фрукты, картофель, овощи [1].

Правильный питьевой режим обеспечивает нормальный водно-солевой обмен. Если человек питается фруктами, овощами, крупами и легко усвояемым белком, достаточно 1 литра чистой воды в день. Если человек регулярно употребляет мясо, рыбу, яйца, хлеб, большое количество пряного и острого, необходимо гораздо большее количество воды – 1,5-2 литра.

Глотание – один из важных и сложный процесс, включающий функционирование самых разных групп мышц и черепных нервов. Нарушение глотания, или дисфагия, – одна из ключевых проблем в организации питания у пациентов, перенесших инсульт. Аспирация - проблема с жеванием и глотанием пищи. Важно помнить, что нельзя поить и кормить больного, лежащего с запрокинутой головой.

Обезвоживание организма, дегидратация, эксикоз – легкое, умеренное или тяжелое
Типы дегидратации: гипертонический, гипотонический, изотонический. Признаки обезвоживания [5].

Еда и питье для больного человека имеют особенно большое значение, часто определяющее выздоровление или прогрессирование болезни. Для пациентов, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к еде.

Литература:

1. <https://addon.life/ru/2020/06/30/nutrition-cancer-palliative-care/>
2. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25740>
3. <https://docplayer.com/61397426-Organizaciya-lechebnogo-pitaniya-v-palliativnoy-medicine.html>
4. <https://www.msdmanuals.com/ru->
5. <https://www.mskcc.org/ru/cancer-care/patient-education/eating-well-during-your-treatment>
6. <https://www.anadolumedicalcenter.ru/medical-speciality/pitanie-i-dieta/>

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУР У ЛЕЖАЧИХ ПАЦИЕНТОВ

Калимуллина Вероника Маратовна,

Руководитель Мальцева Светлана Павловна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г.о. Каменск-Уральский

Контрактура – ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, которое вызывает атрофию мышц, проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости. Контрактуры могут поражать все тело [1]. Такое явление возникает из-за болевого рефлекса, заболевания мышц, рубцового стягивания кожи или сухожилий. Контрактуры часто становятся осложнениями внутрисуставных и околоуставных переломов, вывихов, ушибов и повреждений суставов, дистрофических и воспалительных процессов в суставах, заболеваний нервной системы. Пациент, жалея больной сустав, наоборот усиливает его обездвиженность. Бывает контрактура крупных суставов (тазобедренный, плечевой). По характеру различают контрактуру разгибательную и сгибательную. Стопа лежачего пациента довольно быстро опускается вперед и возникает контрактура голеностопного сустава – «конская стопа». Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид «птичьей лапки». [2]

Если пациент неподвижен очень длительное время, а профилактику контрактур не проводят, может появиться полная потеря подвижности суставов как результат костного сращения суставных концов костей - анкилоз. Контрактур развивается из-за ошибок ухода [4].

Группа риска возникновения контрактур – немобильные и лежачие люди, пациенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию.

Самое главное профилактическое мероприятие – придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии.

Индивидуальное положение в кровати каждому пациенту придают, исходя из плана ухода. Пассивные движения оказывают благоприятное влияние при тугоподвижности суставов [5].

При планировании ухода проводится анализ мобильности все конечностей. Наличие контрактур фиксируют с описанием резерва мобильности. В физиологическом положении в постели достигают значительного снижения или даже полного. В случаях уже сформировавшихся контрактур необходимо осуществлять медленное и дозированное растяжение мягких тканей сгибательных поверхностей конечностей, прилагая усилия непосредственно к костям. Существуют и общие принципы ухода

Важно добиться сознательного отношения пациента ко всем манипуляциям ухода. При уходе нужно с осторожностью форсировать растяжение это часто наносит серьезный ущерб мышце. Особое внимание обращают на мероприятия для расслабления мышц [3].

Литература

1. <https://alzstore.ru/articles/general/profilaktika-kontraktury/#:~:>
2. <https://domapansiony.ru/informacija/stati/profilaktika-bolezney-sustavov-u-lezhachikh-bolnykh-effektivnye-metody/>
3. <https://dom-prestarelyh-ramenskoe.ru/stati/kontraktury.html>
4. <https://noalone.ru/infocentr/zdorove/kontrakturi-u-lezhachikh-bolnykh/>
5. <https://www.youtube.com/watch?v=fj-fvRj-m5Q>
<https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Document-0-8452-src-1524828041.5337.pdf>

ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР У ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА

Осинцева Елизавета Сергеевна

Руководители: Ерыкалова Елена Сергеевна, Мальцева Светлана Павловна
преподаватели
Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»
Каменск-Уральский городской округ

Контрактура – ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, которое вызывает атрофию мышц, проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости. Контрактуры могут поражать все тело [1]. Такое явление возникает из-за болевого рефлекса, заболевания мышц, рубцового стягивания кожи или сухожилий. Контрактуры часто становятся осложнениями внутрисуставных и околоуставных переломов, вывихов, ушибов и повреждений суставов, дистрофических и воспалительных процессов в суставах, заболеваний нервной системы. Пациент, жалея больной сустав, наоборот усиливает его обездвиженность. Стопа лежачего пациента довольно быстро опускается вперед и возникает контрактура голеностопного сустава – «конская стопа». Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид «птичьей лапки» [2].

Группа риска возникновения контрактур - маломобильные и лежачие люди, пациенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию. Контрактуры развиваются из-за ошибок ухода. Если пациент неподвижен очень длительное время, а профилактику контрактур не проводят, может появиться полная потеря подвижности суставов как результат костного сращения суставных концов костей – анкилоз [4].

Самое главное профилактическое мероприятие - придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии. Пассивные движения оказывают благоприятное влияние при тугоподвижности суставов. Выполняя несложные упражнения, мы добиваемся увеличения двигательного режима, укрепляем мышцы и связки, снижаем болевые ощущения. Важно добиться сознательного отношения пациента ко всем манипуляциям ухода. При уходе нужно с осторожностью форсировать растяжение это часто наносит серьезный ущерб мышце. Особое внимание обращают на мероприятия для расслабления мышц [3].

При планировании ухода проводится анализ мобильности конечностей. Наличие контрактур фиксируют с описанием резерва мобильности. В физиологическом положении в постели достигают значительного снижения или даже полного. В случаях уже сформировавшихся контрактур необходимо осуществлять медленное и дозированное растяжение мягких тканей сгибательных поверхностей конечностей, прилагая усилия непосредственно к костям.

Проводя предупредительные мероприятия появления контрактур, можно помочь пациенту в сохранении способности к самообслуживанию, оптимальной социальной и бытовой активности.

Литература

1. <https://alzstore.ru/articles/general/profilaktika-kontraktury/#:~:>
2. <https://domapansiony.ru/informacija/stati/profilaktika-bolezney-sustavov-u-lezhachikh-bolnykh-effektivnye-metody/>
3. <https://dom-prestarelyh-ramenskoe.ru/stati/kontraktury.html>
4. <https://noalone.ru/infocentr/zdorove/kontrakturi-u-lezhachikh-bolnykh/>

5. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст] : учебник / С. И. Двойников ; под ред. С. И. Двойникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.

Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст] : учебник / Епифанов, А.В. Епифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Осокина Софья Александровна, Бахарева Мария Михайловна

Руководители: Офицерова Наталья Александровна, преподаватель,

Мальцева Светлана Павловна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»

Каменск-Уральский городской округ

Питание – физиологическая потребность организма, благодаря чему поддерживается жизнь. Питание у паллиативных пациентов затруднено. Причиной часто являются физиологические нарушения.

Глотание – важный и сложный процесс, который включает функционирование самых разных групп мышц и черепных нервов. Нарушение глотания, или дисфагия – любое, даже незначительное затруднение или возникновение дискомфорта при продвижении пищи в желудок. Степень и характер нарушений могут быть различными, важно их учитывать для профилактики аспирации («засасывание» пищи в дыхательные пути).

Пациента с нарушением глотательного рефлекса нельзя оставлять одного во время приема пищи. Необходимо следить за тем, чтобы пациент не торопился во время еды, не разговаривал, не отвлекался. Пациент должен класть в рот небольшое количество пищи, хорошо ее прожевывать, пить маленькими глотками (иногда необходимо добавлять в жидкость загуститель). Пища должна быть мелко порезанной или перетертой (лучше, если пациент имеет возможность наблюдать эти процессы).[2]

Больного следует поддерживать так, чтобы он ровно сидел в вертикальном положении со слегка наклоненной вперед головой.

Обращать внимание на то, не выпадает ли пища изо рта. Это может быть следствием того, что у больного плохо смыкаются губы или его язык двигается вперед во время глотка (вместо движений вверх и назад). Сразу после глотка необходимо обследовать полость рта больного. Поскольку при слабости языка пища может откладываться между щекой и деснами или между нижней губой и деснами, важно проверить, действительно ли произошел глоток.

Рекомендуется предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и подучить его согласие. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке (или придвинуть прикроватный столик), протереть ее. Рассказать пациенту, какое блюдо приготовлено для него. Если какие-то блюда вызывают у больного отвращение, меню должно быть скорректировано (по согласованию с врачом). Во внимание принимают характер заболевания, наличие противопоказаний и показаний, стадию заболевания и риск возможных осложнений, особенности национальной кухни и предпочтения больного.[1]

Для профилактики обезвоживания организма важно следить за питьевым режимом пациента.

Для пациентов, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи: нескользящие

салфетки, обеспечивающие устойчивость посуды, нагрудник для соблюдения гигиены, поильник, дополнительные удобные ручки на столовых приборах, тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, специализированные ложка, вилка и нож с нескользящей рукояткой и фиксирующим ремешком. [3]

Лица, обеспечивающие уход и кормление паллиативных пациентов, должны проявлять терпение и такт, оказывать эмоциональную поддержку, поощрять пациентов на самостоятельные действия, заботиться о возникновении чувства удовлетворенности у пациента от вкусной еды или воды, от самого процесса питания.

Список литературы:

1. <http://www.lib.unn.ru/students/src/care%20of%20patients.pdf>
2. <https://addon.life/ru/2020/06/30/nutrition-cancer-palliative-care/>
<https://pro-palliativ.ru/blog/kormlenie-tyazhelobolnogo-cheloveka/>

ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Ответственный по проекту: Хуснутдинова Ирина Викторовна,
преподаватель
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
Нижнетагильский филиал
Город Нижний Тагил.

Энтеральное питание является неотъемлемой частью терапии паллиативных пациентов. Но в разных состояниях пациенту могут потребоваться разные способы получения питания. Это может быть питание через назогастральный зонд, через гастростому и/или самостоятельное питание пациента специализированными продуктами (сипинговое питание).

Цель: Обеспечение индивидуального диетического питания паллиативного больного.

Задачи:

1. Рассмотреть виды энтерального питания
2. Рассмотреть смеси для энтерального питания, условия хранения и приготовления.
3. Техника постановки назогастрального зонда
4. Осуществление питания через назогастральный зонд
5. Уход за назогастральным зондом, подготовка к следующему кормлению.

Энтеральное питание является неотъемлемой составляющей в жизнедеятельности паллиативного пациента. Кормление пациента осуществляется как правило через ротовую полость. Но в силу обстоятельств кормление может осуществляться и через назогастральный зонд. Показания для постановки:

- нарушение акта глотания;
- бессознательные состояния;
- отсутствие сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных новорожденных;
- перелом челюстных костей заболевания полости рта;
- отказ от пищи при психических заболеваниях.

Как правило, зонд вводят двумя методами:

1. Через нос (нехирургический метод)
2. Через небольшой разрез в брюшной полости (хирургический метод).

В работе мы рассмотрим питание пациента через назогастральный зонд, установленный нехирургическим способом.

Виды энтерального питания:

Используется три вида энтерального питания — болюсное, непрерывное и самотечное.

Болюсное питание — большие дозы смеси даются пациенту через зонд несколько раз в день. Этот вид больше всего приближен к обычному питанию.

Непрерывное питание — электронный насос подает небольшие дозы смеси в течение нескольких часов. Некоторым детям может потребоваться непрерывное питание, чтобы их меньше тошнило и рвало.

Самотечное кормление — пакет со смесью помещается на стойку для внутривенных вливаний, и заданное количество смеси капельно проходит через зонд с небольшой скоростью. Длительность такого питания зависит от потребностей пациента.

Пищевой и фармацевтической промышленностью выпускаются специальные смеси для энтерального питания, которые, в зависимости от состава и энергетической ценности, подразделяются на:

- Стандартные изокалорические питательные смеси (назначаются при нормальных потребностях в нутриентах и сохраняющейся необходимости в энтеральном питании при сохранной функции ЖКТ).
- Гиперкалорические смеси (назначаются при повышенных потребностях в белках и энергии или при необходимости ограничения жидкости).
- Смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами (назначаются при критических и иммунодефицитных состояниях).
- Питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна (назначаются больным сахарным диабетом);
- Смеси с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов (назначаются при нарушениях функции легких в стадии декомпенсации);
- Смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью (назначаются при нарушениях функции печени).
- Олигомерные смеси, содержащие дипептиды, трипептиды, некоторое количество аминокислот и являющиеся практически полностью всасываемыми (назначаются при нарушенных функциях ЖКТ (первые сутки после операций на ЖКТ, обширные резекции тонкого кишечника, ферментативная недостаточность различного генеза);

Специальные иммуностимулирующие низкообъемныегипокалорические смеси с глутамином (назначаются в отделениях реанимации и интенсивной терапии в первые часы развития критических состояний). Пищевой и фармацевтической промышленностью выпускаются специальные смеси для энтерального питания, которые, в зависимости от состава и энергетической ценности, подразделяются на:

- Стандартные изокалорические питательные смеси (назначаются при нормальных потребностях в нутриентах и сохраняющейся необходимости в энтеральном питании при сохранной функции ЖКТ).
 - Гиперкалорические смеси (назначаются при повышенных потребностях в белках и энергии или при необходимости ограничения жидкости).
 - Смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами (назначаются при критических и иммунодефицитных состояниях).
 - Питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна (назначаются больным сахарным диабетом);
 - Смеси с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов (назначаются при нарушениях функции легких в стадии декомпенсации);
 - Смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью (назначаются при нарушениях функции печени).
 - Олигомерные смеси, содержащие дипептиды, трипептиды, некоторое количество аминокислот и являющиеся практически полностью всасываемыми (назначаются при нарушенных функциях ЖКТ (первые сутки после операций на ЖКТ, обширные резекции тонкого кишечника, ферментативная недостаточность различного генеза));
- Специальные иммуностимулирующие низкообъемныегипокалорические смеси с глутамином (назначаются в отделениях реанимации и интенсивной терапии в первые часы развития критических состояний).

Раннее применение клинического питания в критических состояниях является одной из основных составляющих интенсивного лечения больных:

- раннее применение энтерального питания в 1,5 раза уменьшает летальность в отделениях интенсивной терапии и реанимации;
- при применении клинического питания пациенты выходят из критического состояния в 2 раза быстрее, чем без его применения;
- при снижении массы тела у стационарного больного всего лишь на 5% продолжительность госпитализации увеличивается в 2 раза, а частота осложнений – в 3,3 раза.

Литература

1. ГОСТ Р 52623.3-2015 - НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Технологии выполнения простых медицинских услуг. МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
2. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ N 345н
 МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 N 372н ПРИКАЗ от 31 мая 2019 года ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ
 ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
 ВКЛЮЧАЯ ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
 ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫХ

**ОБЪЕДИНЕНИЙ, ИНЫХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.
ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ
НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД**

Ответственный по проекту: Хуснутдинова Ирина Викторовна,
преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
Нижнетагильский филиал
Город Нижний Тагил.

Энтеральное питание является неотъемлемой частью терапии паллиативных пациентов. Но в разных состояниях пациенту могут потребоваться разные способы получения питания. Это может быть питание через назогастральный зонд, через гастростому и/или самостоятельное питание пациента специализированными продуктами (сипинговое питание).

Цель: Обеспечение индивидуального диетического питания паллиативного больного.

Задачи:

6. Рассмотреть виды энтерального питания
7. Рассмотреть смеси для энтерального питания, условия хранения и приготовления.
8. Техника постановки назогастрального зонда
9. Осуществление питания через назогастральный зонд
10. Уход за назогастральным зондом, подготовка к следующему кормлению.

Энтеральное питание является неотъемлемой составляющей в жизнедеятельности паллиативного пациента. Кормление пациента осуществляется как правило через ротовую полость. Но в силу обстоятельств кормление может осуществляться и через назогастральный зонд. Показания для постановки:

- нарушение акта глотания;
- бессознательные состояния;
- отсутствие сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных новорожденных;
- перелом челюстных костей заболевания полости рта;
- отказ от пищи при психических заболеваниях.

Как правило, зонд вводят двумя методами:

3. Через нос (нехирургический метод)
4. Через небольшой разрез в брюшной полости (хирургический метод).

В работе мы рассмотрим питание пациента через назогастральный зонд, установленный нехирургическим способом.

Виды энтерального питания:

Используется три вида энтерального питания — болюсное, непрерывное и самотечное.

Болюсное питание — большие дозы смеси даются пациенту через зонд несколько раз в день. Этот вид больше всего приближен к обычному питанию.

Непрерывное питание — электронный насос подает небольшие дозы смеси в течение нескольких часов. Некоторым детям может требоваться непрерывное питание, чтобы их меньше тошнило и рвало.

Самотечное кормление — пакет со смесью помещается на стойку для внутривенных вливаний, и заданное количество смеси капельно проходит через зонд с небольшой скоростью. Длительность такого питания зависит от потребностей пациента.

Пищевой и фармацевтической промышленностью выпускаются специальные смеси для энтерального питания, которые, в зависимости от состава и энергетической ценности, подразделяются на:

- Стандартные изокалорические питательные смеси (назначаются при нормальных потребностях в нутриентах и сохраняющейся необходимости в энтеральном питании при сохранной функции ЖКТ).
- Гиперкалорические смеси (назначаются при повышенных потребностях в белках и энергии или при необходимости ограничения жидкости).
- Смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами (назначаются при критических и иммунодефицитных состояниях).
- Питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна (назначаются больным сахарным диабетом);
- Смеси с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов (назначаются при нарушениях функции легких в стадии декомпенсации);
- Смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью (назначаются при нарушениях функции печени).
- Олигомерные смеси, содержащие дипептиды, трипептиды, некоторое количество аминокислот и являющиеся практически полностью всасываемыми (назначаются при нарушенных функциях ЖКТ (первые сутки после операций на ЖКТ, обширные резекции тонкого кишечника, ферментативная недостаточность различного генеза));

Специальные иммуностимулирующие низкообъемныегипокалорические смеси с глутамином (назначаются в отделениях реанимации и интенсивной терапии в первые часы развития критических состояний). Пищевой и фармацевтической промышленностью выпускаются специальные смеси для энтерального питания, которые, в зависимости от состава и энергетической ценности, подразделяются на:

- Стандартные изокалорические питательные смеси (назначаются при нормальных потребностях в нутриентах и сохраняющейся необходимости в энтеральном питании при сохранной функции ЖКТ).
- Гиперкалорические смеси (назначаются при повышенных потребностях в белках и энергии или при необходимости ограничения жидкости).
- Смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами (назначаются при критических и иммунодефицитных состояниях).
- Питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна (назначаются больным сахарным диабетом);

- Смеси с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов (назначаются при нарушениях функции легких в стадии декомпенсации);
 - Смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью (назначаются при нарушениях функции печени).
 - Олигомерные смеси, содержащие дипептиды, трипептиды, некоторое количество аминокислот и являющиеся практически полностью всасываемыми (назначаются при нарушенных функциях ЖКТ (первые сутки после операций на ЖКТ, обширные резекции тонкого кишечника, ферментативная недостаточность различного генеза);
- Специальные иммуностимулирующие низкообъемныегипокалорические смеси с глутамином (назначаются в отделениях реанимации и интенсивной терапии в первые часы развития критических состояний).

Раннее применение клинического питания в критических состояниях является одной из основных составляющих интенсивного лечения больных:

- раннее применение энтерального питания в 1,5 раза уменьшает летальность в отделениях интенсивной терапии и реанимации;
- при применении клинического питания пациенты выходят из критического состояния в 2 раза быстрее, чем без его применения;
- при снижении массы тела у стационарного больного всего лишь на 5% продолжительность госпитализации увеличивается в 2 раза, а частота осложнений – в 3,3 раза.

Литература

3. ГОСТ Р 52623.3-2015 - НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Технологии выполнения простых медицинских услуг. МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

4. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ N 345н
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ N 372н
ПРИКАЗ от 31 мая 2019 года ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВКЛЮЧАЯ ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ, ИНЫХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ.

МАССАЖ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Позднякова Ольга Николаевна, студентка

Научный руководитель: Демиденко Владимир Алексеевич, преподаватель
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург

Паллиативная медицина направлена на оказание помощи неизлечимо больным людям для облегчения боли и других тяжелых проявлений заболевания, чтобы обеспечить

им насколько возможно лучшее качество жизни. Паллиативная помощь в онкологии предполагает комплексный подход, который заключается как в оказании медицинской помощи при боли и различных осложнениях, так и психологическую и духовную поддержку самого больного и членов его семьи.

Массаж как средство укрепления здоровья и борьбы с различными заболеваниями нашел свое применение и в паллиативной медицине. Конечно, ни один вид массажа не помогает в лечении онкопатологий, но с помощью мануального воздействия на организм можно улучшить состояние больного, справиться с некоторыми симптомами и повысить качество жизни. Общеукрепляющий и лечебный массаж помогает привести в тонус или расслабить мышцы, усилить обменные процессы в тканях, нормализовать возбудимость нервной системы и психоэмоциональный фон, улучшить кровообращение и отток лимфы.

При онкологических заболеваниях массаж обычно применяют, чтобы справиться с такими проблемами как: повышенная раздражительность, хронический стресс, головные боли и боли в разных частях тела, плохой сон, депрессия, отеки и застойные явления, профилактика и лечение пролежней. При ряде онкопатологий, зачастую, во время хирургического вмешательства приходится удалять регионарные (близлежащие по отношению к злокачественной опухоли) лимфатические узлы, т. к. существует высокая вероятность того, что в них могут присутствовать опухолевые клетки. При этом, после операции может развиваться осложнение в виде лимфедемы – отека на руке или ноге. Для борьбы с лимфедемой у онкологических больных применяют, в том числе и лечебную гимнастику, тейпирование и лимфодренажный массаж, который помогает разблокировать лимфатические сосуды и улучшить отток лимфы от определенной области тела. Проводя массаж онкологическому больному, необходимо соблюдать два правила: избегать глубокого воздействия на ткани и не массировать место, в котором находится злокачественная опухоль.

Существующий зарубежный и небольшой отечественный (московский) опыт доказал, что в большинстве случаев у онкологических больных массаж способствует уменьшению болевого синдрома, нормализации сна, повышению настроения, ликвидации отеков. Помочь пациенту можно всегда, даже если его невозможно вылечить. Такие пациенты нуждаются в достойном качестве жизни, даже если она подходит к концу.

Качество жизни паллиативного больного

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПАЛЛИАТИВЕ

Плешакова Ирина Алексеевна, студентка

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Свердловская область, г. Екатеринбург

В настоящее время медицина более персонализирована, направлена на пациента, а персонализация лечения состоит не только в современной диагностике заболевания, но и в ориентировании на особенности каждого пациента, на особенности его физической, психологической, социальной адаптации. Паллиативная помощь - это активная и всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются купирование боли и других

симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем. Цель паллиативной помощи – улучшить, насколько это возможно, качество жизни пациентов и членов их семей. Задачей паллиативной помощи является сокращение физических и психических страданий, социальная адаптация больного к тем условиям, в которых он оказался. Поэтому именно для паллиативной помощи качество жизни имеет ключевое значение, и именно на него ориентированы все усилия команды специалистов, которые занимаются оказанием паллиативной помощи.

Существует порядок оказания паллиативной помощи, утвержденный Приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 187-н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В этом порядке описано, кто имеет право получать такую помощь, в каких условиях её проводят, какие лекарственные препараты облегчают боль. Но, к сожалению, нуждающихся в паллиативной помощи более сорока миллионов человек, только 14% из них получают её. Паллиативная помощь часто является малодоступной, не производится адекватное и равноправное финансирование, недостаточное количество служб и организаций, которые оказывают паллиативную помощь. Но, не смотря на сложности, любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить её для продления и улучшения качества жизни.

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип — от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Список использованных источников:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"[Электронный ресурс]

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Автор: Юсупова Зайнап Сухрабовна

Руководитель: Сутолкина Светлана Александровна
Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г.Сухой Лог

Злокачественные образования в мире сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Наиболее распространенными в нашей стране являются следующие новообразования: рак легкого, рак молочной железы, рак толстой кишки, меланома кожи и другие.

В настоящее время меняется социальный подход к лечению онкологических пациентов. Во главу угла ставится не только излечение болезни, но прежде всего адаптация и реабилитация пациентов в целом, улучшение качества его жизни. Ни для кого не секрет, что угрожающая смертью болезнь наносит психическую травму пациенту и существенно затрагивает его социальный статус.

Современное лечение онкологических больных является сложным процессом, в котором принимают участие врачи различных специальностей: хирурги, лучевые специалисты, химиотерапевты, психологи.

На сегодняшний момент уже назрела потребность в смещении роли медицинской сестры от технического исполнителя назначений врача в сторону высококвалифицированного помощника врача по уходу и обеспечению высокого уровня оказания медицинской помощи.

Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

Практическая значимость работы заключается в обосновании того что, люди страдающие онкологическими заболеваниями IV стадии, нуждаются в особом уходе, сочетающем в себе медицинскую, психологическую и социальную помощь. Нередко после того, как лечение по тем или иным причинам оказывается безрезультатным, человек остается один на один со своей проблемой. Родственники такого больного тоже часто не знают, как повысить качество его жизни, как помочь ему справиться со страхами и облегчить боль. Профессиональная паллиативная помощь онкологическим больным оказывает позитивное влияние на разные аспекты жизни самого пациента и его близких.

При решении поставленных задач можно смоделировать действия среднего медицинского персонала по улучшению качества жизни онкологических пациентов.

Исходя из этого, у медицинских сестер возрастет ответственность за здоровье пациента. Это позволит повысить образовательный уровень пациента.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная помощь — это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Цель достигается путем облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи.

Таким образом, паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента. Смерть в этом случае рассматривается как естественный процесс. Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление.

Паллиативная помощь должна быть оказана всем без исключения больным с неблагоприятным прогнозом для жизни.

Эффективная паллиативная помощь в нашей стране может быть организована в тесном взаимодействии специализированных медицинских учреждений с представителями альтернативных или волонтерских организаций.

Принципы и стандарты помощи

Как мы уже говорили, сущность паллиативной помощи — не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход,

кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и при необходимости, духовную помощь. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.

Непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.

Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход. Для достижения наибольшего эффекта в оказании паллиативной помощи онкологическим больным приглашаются врачи различных специальностей, психологи, социальные работники, волонтеры и служители церкви.

Поддержка членов семьи больного. Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

Паллиативные подходы и методы

Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта.

Купирование боли и симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе.

Обычно боль возникает уже на последней стадии заболевания, утрачивая физиологическую защитную функцию и становясь крайне отягощающим жизнь фактором. В ряде случаев она связана непосредственно с опухолью, может быть постоянной или появляться периодически. Для эффективного купирования боли необходимо правильно оценить ее характер, разработать терапевтическую тактику и обеспечить постоянный уход. Наиболее доступным и простым в купировании боли способом является фармакотерапия. При получении необходимого препарата в правильной дозировке и через определенные промежутки времени этот метод эффективен в 80% случаев.

Психологическая поддержка

Онкологический больной постоянно находится в стрессовой ситуации. Тяжелое заболевание, изменение привычных условий жизни, госпитализация, сложные операции и лечение, потеря трудоспособности и инвалидность, угроза смерти не могут не действовать отрицательно на психологическое состояние человека.

При оказании паллиативной помощи с больным и его родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

Социальная поддержка

Психологические проблемы могут усугубляться и социальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход.

При организации паллиативной помощи обязательно нужно оказывать и социальную поддержку больному и членам его семьи. В функции специалиста по социальной работе при этом рекомендуется включать:

- диагностику социальных проблем больного;
- разработку совместно с врачами индивидуального плана социальной реабилитации;
- проведение мероприятий по соцзащите, поддержке, бытовому устройству;
- информирование больного о правах и льготах и помощь в их получении;
- организацию и проведение медико-социальной экспертизы.

Паллиативный уход за тяжелобольным пациентом - это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Создание благоприятных условий для онкологического пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

Литература

1. Булычев, Н. Победить рак / Н. Булычев. - М.: Геликон Плюс, 2020. - 392 с.
2. Васильев, В. А. Для Павловского и Прохорова раковая опухоль - пустяк / В.А. Васильев. - Москва: Машиностроение, 2018. - 846 с.
3. Вершинина, София Фатхутдинова Самое важное об онкологических заболеваниях / Вершинина София Фатхутдинова. - М.: Вектор, 2018. - 259 с.
4. Шмелев, Владимир Анатольевич Профилактика и цитокилотерапия онкологических заболеваний - эффективное улучшение или замена стандартных методов онкологов. Книга для больных, их родных и близких / Шмелев Владимир Анатольевич. - М.: Медпрактика-М, 2017. - 262 с.
5. https://glavonco.ru/cancer_register/Забол_2019_Электр.pdf
6. <https://www.oncology-centr.ru/patients/articles/prichiny-raka/>
7. <https://polyclin.ru/articles/diagnostika-raka/>

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ощаткова Кристина Дмитриевна, Непеина Дарья Сергеевна
Руководители: Афонина Татьяна Викторовна, преподаватель ВКК,
Бичина Наталья Юрьевна, преподаватель ВКК
Каменск-Уральский филиал государственного бюджетного
профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»
Каменск-Уральский городской округ

Паллиативная медицинская помощь оказывается больным с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний. К таковым, в первую очередь, относят пациентов с распространенными формами ЗНО. В мире ежегодно регистрируется более 10 миллионов случаев онкологических заболеваний. Концепция паллиативной помощи состоит в том, что при неизлечимой болезни на передний план выходят борьба с болью,

решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов[4]. В соответствии с принципами, провозглашенными ВОЗ, паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс, предлагает помощь семье пациента во время его болезни, используя при этом мультидисциплинарный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи[1].

Цель работы: показать практический опыт работы медицинской сестры в отделении паллиативной помощи на базе ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» г. Тюмени во время прохождения преддипломной практики.

На момент прохождения практики в отделении находился 41 человек, в основном пациенты, страдающие ЗНО молочной железы, бронхов и легкого.

Основной целью сестринского ухода является устранение причин возникновения проблем как физиологического, так и психологического характера. Для контроля эффективности лечения совместно с медицинской сестрой мы ежедневно оценивали интенсивность боли у пациентов по шкале Вонга-Беккера. Для обезболивания использовали медикаментозные и немедикаментозные способы. Для оценки степени риска развития пролежней применялась шкала Ватерлоу и проводились необходимые мероприятия для снижения этого риска. При нарушении самостоятельного питания осуществляли кормление пациентов жидкой и полужидкой пищей, в некоторых случаях применяли энтеральное питание. Осуществляли уход за стомами при их наличии. Ежедневно проводили гигиенические процедуры, смену памперсов. Для профилактики констипации проводили коррекцию диеты, по возможности мотивировали пациентов на усиление физической активности [3]. Важным аспектом нашей работы было обучение пациента навыкам самообслуживания, а близких больного – навыкам ухода за тяжелобольным [2].

В отделении пациенты находятся в течение длительного времени. Если состояние остается стабильным, риск развития пролежней не увеличивается, осложнения не появляются, то можно сделать вывод, что СУ является эффективным.

Литература

1. Артамонов, Р. Г. Паллиативная помощь: медицинская кафедра. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 67 с.
 2. Атласова, И. В. Аспекты совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому – неотъемлемая часть повышения качества жизни: Проблемы управления здравоохранением / И. В. Атласова, В. И. Горбунов. – Санкт-Петербург: Просвещение, 2017. – 5 с.
 3. Власова, В. Н. Организация сестринской паллиативной помощи в хосписе: / практический опыт. – Москва: Медицина, 2019. – 47 с.
- Каторина, А. Л. Хоспис – это концепция: Научно-популярный журнал / А. Л. Каторина. – Красногорск: Продвижение, 2019. – 41 с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Коряков Андрей Михайлович

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна, педагог-организатор

Красноуфимский филиал

государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

Для начала XXI века характерно глобальное постарение населения, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медикосоциальной помощи. Потребность в оказании паллиативной помощи у общества постоянно растет.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире паллиативная медицинская помощь необходима порядка 40 млн. человек, а получают её лишь 14% нуждающихся.

Согласно данным официальной статистики за 2021 в России в паллиативной помощи остро нуждаются порядка 800 тыс. человек.

Ситуация осложняется тем, что, во-первых, в России очень высокий уровень демографической старости: на 2021 г. количество граждан, чей возраст превышает 60 лет, составило более 20% (то есть в России каждый пятый житель старше 60 лет).

Население стареет и «доживает» до серьёзных хронических заболеваний, а прогноз долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2030 г. предполагает, что возрастная структура населения будет сдвигаться в сторону постарения. Во-вторых, активно растёт число онкологических пациентов: в 2021 г. было выявлено 617 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, что на 20 тыс. больше, чем в 2019 г.

Все это обуславливает *актуальность* выбранной темы.

Предмет исследования: качество жизни паллиативных пациентов.

Объект исследования: оценка качества жизни паллиативных пациентов на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

Цель исследования – проанализировать качество жизни паллиативных пациентов на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие *задачи*:

1. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» количество пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.
2. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» структуру пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.
3. Провести анкетирование пациентов ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» с целью определения качества жизни.

Гипотеза: деятельность медицинской сестры напрямую влияет на качество жизни паллиативных больных.

Основными *методами* для реализации исследования были выбраны: аналитический, статистический, метод анкетирования, метод наблюдения.

Теоретическая значимость работы: углубление и расширение теоретических знаний, изучение научной литературы и особенностей оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Практическая значимость: разработка рекомендаций для медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь, разработка рекомендаций по уходу за паллиативными больными для родственников.

Для удобства практическое исследование было разбито на несколько этапов. На первом этапе исследования мы провели обширный анализ статистической информации.

Нами были проанализированы статистические данные зарегистрированных случаев выявления злокачественных новообразований в ГАУЗ СО «Красноуфимская районная больница» за период 2019 – 2021 г.

В 2019 г. на учете состояли – 1798 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 265 чел., 2020 г. – 1793 чел, из них впервые с установленным диагнозом 208 чел., 2021 г. 1865 чел, из них впервые с установленным диагнозом – 264 чел.

После анализа статистических данных мы приступили ко второму этапу: проведению анкетирования пациентов.

В опросе приняли участие 48 человек, из них 32 женщины и 16 мужчин. Наибольшее количество человек, принявших в опросе в возрасте 45-59 лет – 19 чел. (39,6%); в возрасте 60-74 – 15 чел. (31,3%); в возрасте 18-44 – 12 чел. (25%); старше 75 лет – 2 чел. (4,1%).

Второй этап исследования - анкетирование пациентов на основе рекомендаций ВОЗ по оценке качества жизни WHOQOL-BREF. Респондентом было предложено 26 вопросов, касающихся их собственных ощущений относительно общих и частных параметров их физического, психологического и социального здоровья и условий жизни.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Собственные оценки качества жизни и здоровья пациентами по пятибалльной шкале естественно низкие. Это, по нашему мнению, следствие не только особенностей протекания онкологического процесса, но субъективного занижения самооценки пациентами вследствие наличия практически у всех пациентов депрессий различной этиологии и интенсивности.

Мужчины демонстрируют более низкую по сравнению с женщинами оценку физической и психической составляющих качества их жизни. Большинство опрошенных пациентов мужского пола недовольны своим внешним видом, низкой концентрацией внимания, упадком жизненных сил.

Пациенты женского пола, напротив, хуже оценивают социальную составляющую. Большинство их не удовлетворены семейными взаимоотношениями. Это может являться следствием высокой частоты проявлений таких симптомов, как нарушения сознания, депрессии и разнообразные тревоги.

Вместе с тем ни у одного из пациентов обеих групп, при интерпретации результатов анкетирования, низкого балла по всем четырем составляющим выявлено не было.

Столь низкие оценки качества жизни у опрошенных пациентов могут быть вызваны несколькими причинами. Во-первых, пожилой возраст характеризуется тем, что вклад в общую оценку их состояния вносит не только основное заболевание, но и другие, им сопутствующие. Во-вторых, естественные для их возраста низкие функциональные резервы организма способствуют более глубокому нарушению гомеостаза, что усиливает

нежелательные проявления уже имеющихся у них хронических заболеваний. В-третьих, по нашему мнению, семьи пациентов получают недостаточную психологическую поддержку, что влечет за собой низкий уровень мотивации самих больных к продолжению активной жизни и борьбе с основным заболеванием.

Оказание паллиативной помощи – это очень сложная система мероприятий, необходимых для того, чтобы улучшить качество жизни не только самого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания, но и его семьи, и близких ему людей. Деятельность медицинской сестры в оказании помощи пациентам очень важна, ведь на стационарном лечении круглосуточного содержания пациенты не могут находить постоянно, не всем пациентам необходимо круглосуточное наблюдение, большую часть времени они проводят вне стен больницы. Именно в этот период они нуждаются в поддержке, информировании и уходе. Медицинская сестра, должна учитывать все нюансы данной ситуации и сопровождать больного на этом нелёгком пути.

Литература

1. Федеральный закон от 02 июля 2021г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».- URL: <https://sudact.ru/law/> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016г. №164-р «Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». - URL: <https://docplayer.com/33614162> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.

3. Приказ Минздрава РФ от 1 февраля 2020г. №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/> (дата обращения 19.10.2021). Текст: электронный.

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2019г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL:<https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 16.09.2021)

5. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – URL: <https://base.garant.ru/70195856/><https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 12.04.2022).

6. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология». – URL: <https://base.garant.ru/70346920/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#friends> (дата обращения 12.04.2022).

7. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179388/ (дата обращения 12.04.2022).

8. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». – URL: <https://base.garant.ru/71022908/>(дата обращения 12.04.2022).

9. Введенская, Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России. Паллиативная помощь и реабилитация. - 2012. - № 2. - С. 55-58.– Текст непосредственный.

10. Гнездилов, А.В. Проблемы хосписной службы в России: Материалы Конференции «Всем миром против рака» / А.В. Гнездилов. - Москва: Спец Лит, 2015. – 24, 25с. - Текст: непосредственный.

11. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. Г.А. Новикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с.- Текст: непосредственный.

12. Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1.- Текст: непосредственный.

Красникова Н.В., Шеметова Г.Н./ Организация и нерешенные вопросы оказания паллиативной помощи больным терапевтического профиля// В сборнике: Интегративные исследования в медицине. Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. Саратов: изд-во Саратов.гос.мед.ун-та.- 2014.- Текст: непосредственный.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПАЛЛИАТИВЕ

Плешакова Ирина Алексеевна, студентка

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Свердловская область, г. Екатеринбург

В настоящее время медицина более персонализирована, направлена на пациента, а персонализация лечения состоит не только в современной диагностике заболевания, но и в ориентировании на особенности каждого пациента, на особенности его физической, психологической, социальной адаптации. Паллиативная помощь - это активная и всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем. Цель паллиативной помощи – улучшить, насколько это возможно, качество жизни пациентов и членов их семей. Задачей паллиативной помощи является сокращение физических и психических страданий, социальная адаптация больного к тем условиям, в которых он оказался. Поэтому именно для паллиативной помощи качество жизни имеет ключевое значение, и именно на него ориентированы все усилия команды специалистов, которые занимаются оказанием паллиативной помощи.

Существует порядок оказания паллиативной помощи, утвержденный Приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 187-н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В этом порядке описано, кто имеет право получать такую помощь, в каких условиях её проводят, какие лекарственные препараты облегчают боль. Но, к сожалению, нуждающихся в паллиативной помощи более сорока миллионов человек, только 14% из них получают её. Паллиативная помощь часто является малодоступной, не производится адекватное и равноправное финансирование, недостаточное количество служб и организаций, которые оказывают паллиативную помощь. Но, не смотря на сложности, любой человек, нуждающийся в паллиативной

помощи, должен иметь возможность получить её для продления и улучшения качества жизни.

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип — от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Список использованных источников:

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"[Электронный ресурс]

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ощаткова Кристина Дмитриевна, Непейна Дарья Сергеевна

Руководители: Афонина Татьяна Викторовна, преподаватель ВКК,

Бичина Наталья Юрьевна, преподаватель ВКК

Каменск-Уральский филиал государственного бюджетного
профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»

Каменск-Уральский городской округ

Паллиативная медицинская помощь оказывается больным с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний. К таковым, в первую очередь, относят пациентов с распространенными формами ЗНО. В мире ежегодно регистрируется более 10 миллионов случаев онкологических заболеваний. Концепция паллиативной помощи состоит в том, что при неизлечимой болезни на передний план выходят борьба с болью, решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов[4]. В соответствии с принципами, провозглашенными ВОЗ, паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс, предлагает помощь семье пациента во время его болезни, используя при этом мультидисциплинарный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи[1].

Цель работы: показать практический опыт работы медицинской сестры в отделении паллиативной помощи на базе ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» г. Тюмени во время прохождения преддипломной практики.

На момент прохождения практики в отделении находился 41 человек, в основном пациенты, страдающие ЗНО молочной железы, бронхов и легкого.

Основной целью сестринского ухода является устранение причин возникновения проблем как физиологического, так и психологического характера. Для контроля эффективности лечения совместно с медицинской сестрой мы ежедневно оценивали интенсивность боли у пациентов по шкале Вонга-Беккера. Для обезболивания использовали медикаментозные и немедикаментозные способы. Для оценки степени риска развития пролежней применялась шкала Ватерлоу и проводились необходимые мероприятия для

снижения этого риска. При нарушении самостоятельного питания осуществляли кормление пациентов жидкой и полужидкой пищей, в некоторых случаях применяли энтеральное питание. Осуществляли уход за стомами при их наличии. Ежедневно проводили гигиенические процедуры, смену памперсов. Для профилактики констипации проводили коррекцию диеты, по возможности мотивировали пациентов на усиление физической активности [3]. Важным аспектом нашей работы было обучение пациента навыкам самообслуживания, а близких больного – навыкам ухода за тяжелобольным [2].

В отделении пациенты находятся в течение длительного времени. Если состояние остается стабильным, риск развития пролежней не увеличивается, осложнения не появляются, то можно сделать вывод, что СУ является эффективным.

Литература

4. Артамонов, Р. Г. Паллиативная помощь: медицинская кафедра. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 67 с.

5. Атласова, И. В. Аспекты совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому – неотъемлемая часть повышения качества жизни: Проблемы управления здравоохранением / И. В. Атласова, В. И. Горбунов. – Санкт-Петербург: Просвещение, 2017. – 5 с.

6. Власова, В. Н. Организация сестринской паллиативной помощи в хосписе: / практический опыт. – Москва: Медицина, 2019. – 47 с.

Каторина, А. Л. Хоспис – это концепция: Научно-популярный журнал / А. Л. Каторина. – Красногорск: Продвижение, 2019. – 41 с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Коряков Андрей Михайлович

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна, педагог-организатор

Красноуфимский филиал

государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

Для начала XXI века характерно глобальное постарение населения, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медикосоциальной помощи. Потребность в оказании паллиативной помощи у общества постоянно растет.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире паллиативная медицинская помощь необходима порядка 40 млн. человек, а получают её лишь 14% нуждающихся.

Согласно данным официальной статистики за 2021 в России в паллиативной помощи остро нуждаются порядка 800 тыс. человек.

Ситуация осложняется тем, что, во-первых, в России очень высокий уровень демографической старости: на 2021 г. количество граждан, чей возраст превышает 60 лет, составило более 20% (то есть в России каждый пятый житель старше 60 лет).

Население стареет и «доживает» до серьёзных хронических заболеваний, а прогноз долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2030 г. предполагает, что возрастная структура населения будет сдвигаться в сторону постарения. Во-вторых, активно растёт число онкологических пациентов: в 2021 г. было выявлено 617 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, что на 20 тыс. больше, чем в 2019 г.

Все это обуславливает *актуальность* выбранной темы.

Предмет исследования: качество жизни паллиативных пациентов.

Объект исследования: оценка качества жизни паллиативных пациентов на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

Цель исследования – проанализировать качество жизни паллиативных пациентов на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие *задачи*:

4. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» количество пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.

5. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» структуру пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.

6. Провести анкетирование пациентов ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» с целью определения качества жизни.

Гипотеза: деятельность медицинской сестры напрямую влияет на качество жизни паллиативных больных.

Основными *методами* для реализации исследования были выбраны: аналитический, статистический, метод анкетирования, метод наблюдения.

Теоретическая значимость работы: углубление и расширение теоретических знаний, изучение научной литературы и особенностей оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Практическая значимость: разработка рекомендаций для медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь, разработка рекомендаций по уходу за паллиативными больными для родственников.

Для удобства практическое исследование было разбито на несколько этапов. На первом этапе исследования мы провели обширный анализ статистической информации.

Нами были проанализированы статистические данные зарегистрированных случаев выявления злокачественных новообразований в ГАУЗ СО «Красноуфимская районная больница» за период 2019 – 2021 г.

В 2019 г. на учете состояли – 1798 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 265 чел., 2020 г. – 1793 чел, из них впервые с установленным диагнозом 208 чел., 2021 г. 1865 чел, из них впервые с установленным диагнозом – 264 чел.

После анализа статистических данных мы приступили ко второму этапу: проведению анкетирования пациентов.

В опросе приняли участие 48 человек, из них 32 женщины и 16 мужчин.

Наибольшее количество человек, принявших в опросе в возрасте 45-59 лет – 19 чел. (39,6%); в возрасте 60-74 – 15 чел. (31,3%); в возрасте 18-44 – 12 чел. (25%); старше 75 лет – 2 чел. (4,1%).

Второй этап исследования - анкетирование пациентов на основе рекомендаций ВОЗ по оценке качества жизни WHOQOL-BREF. Респондентом было предложено 26 вопросов,

касающихся их собственных ощущений относительно общих и частных параметров их физического, психологического и социального здоровья и условий жизни.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Собственные оценки качества жизни и здоровья пациентами по пятибалльной шкале естественно низкие. Это, по нашему мнению, следствие не только особенностей протекания онкологического процесса, но субъективного занижения самооценки пациентами вследствие наличия практически у всех пациентов депрессий различной этиологии и интенсивности.

Мужчины демонстрируют более низкую по сравнению с женщинами оценку физической и психической составляющих качества их жизни. Большинство опрошенных пациентов мужского пола недовольны своим внешним видом, низкой концентрацией внимания, упадком жизненных сил.

Пациенты женского пола, напротив, хуже оценивают социальную составляющую. Большинство их не удовлетворены семейными взаимоотношениями. Это может являться следствием высокой частоты проявлений таких симптомов, как нарушения сознания, депрессии и разнообразные тревоги.

Вместе с тем ни у одного из пациентов обеих групп, при интерпретации результатов анкетирования, низкого балла по всем четырем составляющим выявлено не было.

Столь низкие оценки качества жизни у опрошенных пациентов могут быть вызваны несколькими причинами. Во-первых, пожилой возраст характеризуется тем, что вклад в общую оценку их состояния вносит не только основное заболевание, но и другие, им сопутствующие. Во-вторых, естественные для их возраста низкие функциональные резервы организма способствуют более глубокому нарушению гомеостаза, что усиливает нежелательные проявления уже имеющихся у них хронических заболеваний. В-третьих, по нашему мнению, семьи пациентов получают недостаточную психологическую поддержку, что влечет за собой низкий уровень мотивации самих больных к продолжению активной жизни и борьбе с основным заболеванием.

Оказание паллиативной помощи – это очень сложная система мероприятий, необходимых для того, чтобы улучшить качество жизни не только самого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания, но и его семьи, и близких ему людей. Деятельность медицинской сестры в оказании помощи пациентам очень важна, ведь на стационарном лечении круглосуточного содержания пациенты не могут находить постоянно, не всем пациентам необходимо круглосуточное наблюдение, большую часть времени они проводят вне стен больницы. Именно в этот период они нуждаются в поддержке, информировании и уходе. Медицинская сестра, должна учитывать все нюансы данной ситуации и сопровождать больного на этом нелёгком пути.

Литература

13. Федеральный закон от 02 июля 2021г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».- URL: <https://sudact.ru/law/> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.

14. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016г. №164-р «Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». - URL: <https://docplayer.com/33614162> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.

15. Приказ Минздрава РФ от 1 февраля 2020г. №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/> (дата обращения 19.10.2021). Текст: электронный.

16. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2019г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL:<https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 16.09.2021)

17. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – URL: <https://base.garant.ru/70195856/https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 12.04.2022).

18. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология». – URL: <https://base.garant.ru/70346920/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#friends> (дата обращения 12.04.2022).

19. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179388/ (дата обращения 12.04.2022).

20. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». – URL: <https://base.garant.ru/71022908/>(дата обращения 12.04.2022).

21. Введенская, Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России. Паллиативная помощь и реабилитация. - 2012. - № 2. - С. 55-58.– Текст непосредственный.

22. Гнездилов, А.В. Проблемы хосписной службы в России: Материалы Конференции «Всемирно против рака» / А.В. Гнездилов. - Москва: Спец Лит, 2015. – 24, 25с. - Текст: непосредственный.

23. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. Г.А. Новикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с.- Текст: непосредственный.

24. Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1.- Текст: непосредственный.
Красникова Н.В., Шеметова Г.Н./ Организация и нерешенные вопросы оказания паллиативной помощи больным терапевтического профиля// В сборнике: Интегративные исследования в медицине. Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. Саратов: изд-во Саратов.гос.мед.ун-та.- 2014.- Текст: непосредственный.

Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

Брянцева Ирина Васильевна,
преподаватель Ессентукского филиала
Ставропольского государственного медицинского университета,
г. Ессентуки

Увеличение количества онкологических больных, в т.ч. неоперабельных, и пожилых пациентов с дефицитом самоухода, требует от медицинской сестры навыков оказания как медицинской, так и психологической, социальной, культурной, духовной помощи и поддержки. Не менее важной компетенцией является обучение членов семей паллиативных пациентов основам ухода и особенностям оказания им помощи на дому.

Паллиативная помощь – это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни.

Организуя паллиативный уход за пациентом на дому, необходимо руководствоваться основными принципами: автономия и достоинство пациента, непрерывность оказания помощи, общение, мультипрофессиональный и междисциплинарный подходы, поддержка членов семьи, купирование боли и симптоматическая терапия.

Роль медицинской сестры заключается в обучении родственников пациента методам и приемам оказания ему помощи, которая включает обустройство места и постели; поддержание температуры и влажности воздуха; обеспечение чистоты и тишины; своевременную смену нательного и постельного белья. Для паллиативного пациента крайне важно проведение мероприятий личной гигиены, учитывая необходимость осуществления физиологических отправлений в постели и использования памперсов. С целью предупреждения возникновения пролежней, необходимо привить родственникам умения проведения мероприятий по их профилактике, и, в первую очередь, изменения положения тела каждые два часа. Пациентам средней степени тяжести важны еженедельные душ или ванна. Опрятный внешний вид улучшит психологическое состояние пациента и его близких.

Введение обезболивающих и других препаратов по назначению врача требует от медсестры умения обучить родственников выполнять различные виды инъекций, а также измерять температуру и артериальное давление.

Для поддержания физических сил пациенту необходимо правильно питаться и пить достаточное количество жидкости, обеспечить адекватную физическую нагрузку.

Для поддержания автономии и человеческого достоинства медицинская сестра должна убедить родственников привлекать пациента к самоуходу.

Одной из основных психологических проблем паллиативных пациентов является дефицит общения. В связи с этим, медсестра обучает ухаживающих возможным способам удовлетворения данной потребности.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОЦЕНКЕ БОЛИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Фандера Ирина Владимировна

Руководитель: Киселева Наталья Георгиевна, преподаватель
ГБПОУ СОМК ИЦМО

Город Ирбит

Оказание паллиативной помощи медицинским персоналам очень важно для улучшения качества жизни пациентов и их семей. Многие из них сталкиваются с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями. Благодаря ранней диагностике, правильному лечению и качественной оценке боли у пациента паллиативная помощь помогает облегчить и предотвратить страдания. В этот момент требуется решение многих проблем и вопросов, которые выходят за рамки купирования любых физических симптомов. Боль является одним из наиболее частых и серьезных симптомов, который испытывают пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Например, в конце жизни боль от умеренной до острой будут испытывать 80% больных СПИДом или раком и 67% пациентов с сердечно-сосудистым заболеванием или хронической обструктивной болезнью легких. Во всем мире паллиативную медицинскую помощь получают сегодня лишь около 14% людей, нуждающихся в ней [1].

Целью работы определить роль паллиативной медицинской сестры в оценке боли у тяжелобольного взрослого пациента, нуждающегося в паллиативной медицинской помощи.

Задачи работы: определить понятие паллиативной помощи, рассмотреть обязанности паллиативной медицинской сестры, изучить методы оценки боли и определить эффективные методы оценки интенсивности и характера болевого синдрома у тяжелобольного взрослого пациента для работы медицинской сестры.

Паллиативная помощь – это особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях с неблагоприятным прогнозом для жизни, активная и всесторонняя помощь пациентам, задачами которой являются, купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение, насколько возможно, наилучшего качества жизни больных и членов их семей [4].

Роль медицинской сестры очень ответственна, так как медицинская сестра имеет близкий контакт с пациентами, и их семьями, а также медицинская сестра выполняет большой объем работы по уходу. Основные функции медицинской сестры: определение проблем пациента, общий уход, контроль симптомов, психологическая и социальная поддержка пациента и его близких, обучение пациента и членов его семьи. Опытная медицинская сестра самостоятельно может в большинстве случаев облегчить состояние больного с помощью сестринских манипуляций. Для того, чтобы помощь была оказана правильно и эффективно необходимо уметь правильно ее организовать, а также выполнять сестринские обследования [5].

Боль является одним из наиболее частых и серьезных симптомов, который испытывают пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Боль у таких больных может быть разнообразной по причинам возникновения и клиническим проявлениям. Боль постоянная и имеет прогрессирующий характер. Контроль боли имеет 3 последовательных этапа, в которых обязательно участвует медицинская сестра и врачи: оценка боли, облегчение боли и оценка эффективности лечения. Оценка боли проводят на основании изучения анамнеза больного, описания боли и оценка ее интенсивности. Для оценки боли используется специальная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) [2]. При помощи медицинской сестры пациент оценивает интенсивность своей боли до лечения и после для оценки эффективности лечения. Также для оценки боли у детей от 3 лет и старше разработана специальная шкала, которая носит название Шкала боли Вонга – Бейкера. Она включает лица, которые определяет интенсивность от 0 до 6 и облегчает понимание силы боли [3]. Оценки боли невербальных пациентов (СРОТ) разработана для оценки боли у пациентов в бессознательном состоянии. Этот метод оценивает боль по четырем поведенческим признакам (выражением лица, движение тела, толерантность к ИВЛ или издавание звуков, напряжение мышц). Боль оценивается в покое, наблюдая за пациентом в течение 1 минуты два раза в сутки (утром и вечером).

Медицинская сестра обязательно должна знать о лекарственной терапии, а также владеть и разбираться в вспомогательных и психологических методах облегчения боли. Лекарственная терапия является самым основным методом обезболивания. Для того чтобы купировать боль используются ненаркотические анальгетики (НПВС), а также наркотические анальгетики (опиоиды) [2].

Таким образом, паллиативная помощь получила безусловное признание в рамках права человека на здоровье. Ее оказание должно происходить в рамках ориентированного на человека и комплексного медицинского обслуживания с особым вниманием к конкретным потребностям и предпочтениям индивидуума.

Литература:

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>-паллиативная медицинская помощь [1. с. 1]
2. https://asmu.ru/upload/medialibrary/b0e/Agafonova_Alina_Sergeevna.pdf - особенности организации сестринского дела в работе хосписа [2. с. 14]
3. https://wikicsu.ru/wiki/Wong%E2%80%93Baker_Faces_Pain_Rating_Scale- Шкала оценки боли лица Вонга – Бейкера [3. с. 1]
4. <https://nacmedpalata.ru/?action=show>- Роль психологической помощи в Паллиативной медицине [4. с. 1]
5. <http://gkb8reg74.ru/2019/12/02/rol-medicinskoj-sestry-v-sisteme-palliativnoj-pomoshhi/> -Роль медицинской сестры в системе паллиативной помощи [5. с. 1]

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи, методы, приемы и средства оценки интенсивности и контроля боли у пациентов -<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcggbg/>

«ПУТЬ К МИРУ»: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХОСПИСА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ

Григорян Ева Суреновна,

студентка 2 курса специальности «Сестринское дело»,

научный руководитель – Малова Аля Алексеевна, преподаватель Ессентукского филиала
Ставропольского государственного медицинского университета,
г. Ессентуки

Онкология – проблема современного здравоохранения. Попытки создания препарата, способного победить раз и навсегда рак, к сожалению, остаются безрезультатными. Несмотря на превентивные меры, количество людей, обратившихся за медицинской помощью слишком поздно, критично высокое. Таким пациентам остается смириться с диагнозом и жить...

В настоящее время инкурабельные больные чаще всего находятся дома, где уход за ними осуществляют родственники. В отличие от западных стран в России тема нахождения неизлечимого больного в хосписе табуирована. Обосновать подобное положение дел можно лишь особенностями менталитета и недостатком информации о деятельности таких медико-социальных учреждений.

Назначения симптоматического лечения и уход за пациентами в хосписе осуществляют медицинские сестры, которые обладают определенным набором практических умений и психолого-педагогическими знаниями, направленными на облегчение страданий больного.

Основные обязанности медицинской сестры хосписа:

1. Купирование болевого синдрома. Правильно подобранный препарат и схема введения позволяют больным приобрести большую самостоятельность, проявлять интерес к жизни. Медицинская сестра осуществляет комплексный контроль введения медикаментозного средства, отслеживает его эффективность и реакцию пациента на препарат.

2. Паллиативный уход. Медицинская сестра проводит гигиену тела больного, уход за кожей, полостью рта, кормление, профилактику и обработку пролежней и ран, опорожнение кишечника, катетеризацию мочевого пузыря, следит за чистотой белья и палаты.

3. Психосоциальная поддержка. Главная задача медицинской сестры – сделать остаток жизни пациента комфортным и значимым. Самое ценное – это общение, возможность для умирающего выговориться. Медсестра должна использовать все способы общения, помочь в горевании, не отрицать негативные эмоции. Отдельное внимание уделяется психологической поддержке родственников, обучению их приемам ухода.

«Кто учит людей умирать, тот учит их жить!» – эти слова Мишеля де Монтеня четко отражают деятельность медицинской сестры, осуществляющей паллиативную помощь. Уход за пациентами в терминальной стадии – это благородная миссия, ответственный аккомпанемент последним аккордам жизни человека.

ПАЛЛИАТИВНЫЙ СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Власова Ирина Игоревна, студентка 492 группы,
специальность Сестринское дело

Руководитель: Попонина Ольга Васильевна, преподаватель
Красноуфимский филиал

Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»

Паллиативная медицинская помощь — комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Паллиативный уход – это активная забота о пациенте и его семье, когда болезнь не поддается обычным методам лечения. Паллиативный уход предусматривает создание максимального комфорта, снятие тягостных симптомов болезни, удовлетворение психологических, физических, социальных и духовных потребностей.

Цель паллиативной помощи – достижение насколько возможно наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Комплексный подход к паллиативному сестринскому уходу включает в себя:

1. Психотерапию – индивидуальность подхода и методов воздействия, перманентность, позитивность, преемственность; координирование психотерапевтических действий с действиями медицинского персонала хосписа.

2. Питание – основными задачами питания являются защита организма от карциноинтоксикации, восполнение энергетических и пластических потребностей, стимуляция иммунитета.

- Высококалорийная пища маленькими порциями часто;
- частое питье маленькими глотками;
- при сухости слизистой рта – регулярное смачивание полости рта водой, сосание кусочков фруктов (цитрусовые противопоказаны при наличии язв во рту);
- стимулирование аппетита (любимая еда, высококалорийные богатые белком напитки);
- свободный режим приема пищи;
- при нарушении глотания высококалорийные смеси для зондового питания через назогастральный зонд или гастростому.

3. Симптоматическое лечение – это активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной.

Цель симптоматического лечения – при минимальном благоприятном прогнозе обеспечить максимально удовлетворительные условия жизни.

Программа развития паллиативного лечения включает в себя: помощь на дому, консультативную службу, дневную помощь, стационарную помощь, поддержку после кончины пациента. Основой внебольничной помощи является постоянный профессиональный надзор.

4. Физическая терапия в паллиативной помощи – это медицинская специальность, в которой применяются физические (естественные или природные) методы воздействия на пациента, основанные на движении, мануальном воздействии, массаже, рефлексотерапии и действии тепла, света, высоких частот, ультразвука и воды.

5. Особенности гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами - комфорт больного человека полностью или частично прикованного к постели зависит не только от своевременного приема выписанных лечащим доктором медикаментов.

Грамотный гигиенический уход за тяжелобольным среди перечня необходимых мер, гарантия профилактики осложнений.

Гигиенический уход за тяжелобольными пациентами включает комплекс таких мероприятий:

- уход за телом;
- гигиена полости рта;
- гигиена ушей;
- уход за глазами, ногтями, волосами, носовыми проходами

6. Профилактика пролежней

Чтобы не допустить образования ран на коже, больному нужно обеспечить постоянный правильный уход. Многие пациенты не жалуются на дискомфорт, стараясь как можно меньше беспокоить близких или сиделок и в результате усугубляют свое состояние. Задача ухаживающего – постоянно контролировать бытовые условия и здоровье больного. Для профилактики пролежней требуется обеспечить лежащему человеку:

- специальную кровать с регулировкой изголовья, ног и боковин;
- противопролежневый матрас;
- сбалансированное питание с достаточным содержанием белка и необходимых микроэлементов;

- питье в объеме не менее 1,5 л в день;
- регулярную гигиену;
- смену положения тела каждые 2 часа за исключением ночи.

В процессе ухода за кожей нужно постоянно проверять наличие покраснений или опрелостей. Для мытья лучше использовать влажные салфетки или мягкую губку. Не рекомендуется растирать тело полотенцем. Излишнюю влагу лучше убирать промакивающими движениями. Для кожи очень вреден контакт с мочой или калом, поэтому необходимо обеспечить больного подгузниками для взрослых и непромокаемыми пеленками. Кроме того, для комфортного самочувствия пациенту нужно регулярно принимать воздушные ванны. На нательном и постельном белье не должно быть швов, затяжек и складок. Менять его необходимо по мере загрязнения. Днем больного требуется переворачивать каждые 2 часа. Если он может делать это самостоятельно, лучше установить ему автоматическое напоминание, чтобы не допускать слишком больших перерывов между сменой поз. В качестве опоры можно использовать специальные ортопедические подушки и валики.

Для нормализации кровообращения рекомендуется выполнять лечебный массаж. Делать его должен специалист с медицинским образованием.

Медицинская сестра в системе паллиативной помощи играет важную роль. Именно ей приходится проводить больше всего времени рядом с больным, первой оказывать ему помощь, определять разнообразные потребности больного, быть связующим звеном между ним, врачом или родственниками, самостоятельно определять характер и объем помощи.

Литература

1. Общий уход за больными: учебное пособие / сост.: А. В. Ткачѳв, К.Е. Мазовка, Л.С. Мкртчян, Л.В. Судьина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 139 с.

2. Особенности паллиативной помощи различным возрастным категориям: новорожденным, детям и подросткам: пособие / И. В. Пролесковская. – Минск: ФУАинформ, 2013. – 76 с.
3. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных: 2010/ Козлова Н.В., Андросова Т.В.
4. Рациональное питание как средство профилактики заболеваний: 2013/ Трошина М.Ю., Горелик С. Г., Колпина Л. В.
5. Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Исаева Т.Н. – преподаватель сестринского дела; Агибалова О.А., Арефьева Е.В. – обучающиеся 1 курса специальности Сестринское дело.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России Колледж г. Ростова-на-Дону

ВОЗ определяет паллиативную помощь как «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем – физических, психосоциальных и духовных». Цель паллиативного лечения – «помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессирующей болезнью» (ВОЗ). Паллиативная помощь поддерживает жизнь и формирует отношение к смерти как к естественному процессу, она не имеет намерений ни отсрочить, ни приблизить приход смерти, ее задача обеспечить лучшее качество жизни пациента. Ежегодно в паллиативной помощи нуждаются 40 млн. человек, 78% из которых проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Паллиативную помощь получают лишь около 14% из них. После выхода Президентского указа от 07 мая 2012 г. № 598 «Совершенствование государственной политики в сфере здравоохранения», улучшение качества оказания паллиативной помощи стало основной задачей государственного масштаба. Сестринский уход за инкурабельными больными основан на лечебных процедурах и манипуляциях, облегчающий состояние пациента. Медсестра обеспечивает динамическое наблюдение за состоянием пациентов, проводит эффективное обезболивание, осуществляет уход за пациентами, оказывает психологическую поддержку. Проведенное исследование на базе МБУЗ «Городской больницы №6 г. Ростова-на-Дону» показало, что в структуре паллиативных пациентов преобладали женщины старше 70 лет (около 70%) со злокачественными образованиями (51%), болезнями системы кровообращения (34%), с поражением ЦНС (18%). По мнению медицинских сестер, основные проблемы пациентов в финальный период жизни: боль, спутанность сознания, депрессия, анорексия, кахексия, затруднение дыхания, запор, нарушение сна, тревожное состояние у пациента и его близких. Приоритетные – отсутствие самоухода, одиночество; основная потенциальная проблема – риск возникновения пролежней. Причиной развития пролежней 54% респондентов считают неподвижность пациентов, 30% – несоблюдение правил гигиены, 16% – нарушение питания, избыточный вес. 82% опрошенных родственников инкурабельных больных указали на дефицит знаний по уходу и желание получить профессиональную информацию

по профилактике пролежней. Данную проблему можно решить путём усиления просветительной работы медперсонала. Практическая значимость нашего исследования – разработка памятки для родственников тяжелобольных по профилактике пролежней.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДЕТСКОМ ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Боярских Вероника Сергеевна, Зенкова Анна Николаевна
Руководители: Алексеева Елена Антоновна, преподаватель
Клюкина Анастасия Сергеевна, преподаватель
Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

Паллиативная педиатрия - вид паллиативной врачебной помощи, обеспечивает необходимые обследования и медицинские вмешательства, направленные на облегчение страданий неизлечимо больных детей.

Цель исследования – изучить особенности работы медицинской сестры детского паллиативного отделения

В Асбестовском городском округе на базе структурного подразделения ГАУЗ СО «Городская больница г. Асбест». Многопрофильном отделении медицинской реабилитации для детей», были определены общие принципы, цели оказания медицинской помощи на базе данного отделения, также порядок направления детей и категории поступающих детей.

Подробно был изучен, второй блок многопрофильного отделения медицинской реабилитации детей, блок паллиативной помощи детям. Пациенты находятся в отделении 28 дней. Чтобы попасть в отделение ребёнок должен получить паллиативный статус. Всего 5 палат. Во время смены в отделении находится одна постовая медицинская сестра и один врач.

В состав отделения входит: перевязочная, процедурный кабинет, сенсорная комната и сами палаты. Централизованная подача кислорода находится не только в палатах, но ещё и в процедурном кабинете, а также в перевязочной, так как могут поступить дети, которые не могут сделать полноценный вдох самостоятельно и находятся большую часть времени на искусственной подаче кислорода.

Медицинскую сестру паллиативного отделения отличает от медицинской сестры других отделений многофункциональный вид деятельности. Она выполняет функциональные обязанности палатной, постовой, процедурной и перевязочной медицинской сестры. Помимо профессиональных качеств, медицинская сестра должна быть стрессоустойчива, знать основы психологии, этики и деонтологии, должна уметь применять все свои знания на практике.

С целью оценки эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений было проведено анкетирование медсестер с помощью опросника профессионального выгорания (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е.Водопьяновой) для медработников. В анкетировании приняли участие 5 медицинских сестер отделения, средний возраст 28 лет, стаж работы 2,5 – 3 года, с момента открытия паллиативного отделения. Опросник, предложенный для анкетирования, состоит из 22 пунктов, по которым возможно вычисление значений 3-х шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений».

При опросе медицинских сестер мы выяснили, что ни одна из них не рассматривает вопрос о переходе в другое отделение, но сложности в общении как с пациентами, так и их родителями в практике имеют место быть.

Изучив организацию работы медицинской сестры по оказанию паллиативной помощи детям, мы пришли к следующим выводам:

1. Большую часть времени с пациентами проводят именно медицинские сестры, выполняя назначения врача, осуществляя манипуляции по уходу за маленьким пациентом.
2. Такие пациенты, а особенно дети, оставшиеся без сопровождения, испытывают не только соматические страдания, но нуждаются в человеческом тепле и внимании. А из-за нагрузки, которая ложится на плечи медицинской сестры, в нашем исследовании одна медицинская сестра выполняет функции нескольких (палатная, процедурная, перевязочная), у медицинской сестры нет физической возможности лишней раз подойти к ребенку.
3. Нагрузка, которую испытывают медицинские сестры не только физическая, но и моральная. Психологически очень тяжело выдержать постоянные условия боли, страданий, и горечь от утраты. Поэтому они тоже нуждаются в психологической поддержке.

На наш взгляд. Но можно облегчить ситуацию, стараясь с минимальным вредом для собственной психики создать максимальный комфорт для психики больного, принимая помощь волонтеров.

Паллиативная помощь – это командная работа, которую осуществляют врачи, психологи, социальные работники, волонтеры, юристы и конечно медицинские сестры.

Информационные источники

1. Федеральный закон от 6 марта 2019 года №18-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Приказ МЗ РСФСР №19 от 01.02.1991г. «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"
4. Гамонди К., Ларкин Ф., Пейн Ш. «Белая книга: основные компетенции, необходимые для оказания паллиативной помощи» // Европейская ассоциация паллиативной помощи. – Москва, 2018. – с. 90
5. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. Белая книга. – М.:Р., Валент, 2019. – 180 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ - РЕАЛЬНЫЕ ЛЮДИ

Осинцева Валерия Константиновна

Руководитель: Рогачева Ольга Петровна – преподаватель НФ ИЦМО

Ирбит

Современная медицина более 15 лет назад вернулась к понятию паллиативная помощь. Паллиативная помощь (ПП) детям – это активная и всесторонняя забота о теле, психике и состоянии духа ребенка, имеющего ограничивающую жизнь или угрожающую

жизни заболевание или состояние, а также поддержка членов его семьи (ухаживающих лиц) во время болезни ребенка и после его смерти. В России начато развитие данного направления медико-социальной помощи детям. [1, с.3]

Примерно год назад на Урале появился первый детский хоспис. Здесь оказывают паллиативную помощь маленьким свердловчанам и жителям области с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями. Осуществляют уход за тяжелобольными детками медицинские сестры, выпускницы медицинских колледжей Свердловской области ГБПОУ «Свердловского областного медицинского колледжа». [3]

Цель исследовательской работы: изучить деятельность медицинских сестер паллиативной помощи.

Задачи:

1. Провести подбор литературных источников по проблеме исследования.
2. Изучить объем медицинской паллиативной помощи детям.
3. Рассмотреть и представить в работе личности реальных медицинских сестер современной паллиативной помощи детям.
4. Представить доклад о современных медицинских сестрах детского хосписа.
5. Мотивировать студентов – однокурсников на примере личного отношения к оказанию помощи тяжелобольным людям.

Идея исследовательской работы пришла после проведения встречи с выпускницами 2019 и 2021 года специальности Сестринское дело ГБПОУ «СОМК» НФ Ирбитского ЦМО.

Ширшова Ксения выпускница 2019 года и Рогачева Елизавета выпускница 2021 специальности Сестринское дело Ирбитского ЦМО успешно оказывают паллиативную помощь тяжелобольным детям Областного детского хосписа. Сложное направление своей работы молодые девушки выбрали не случайно. В детский паллиатив их привел зов сердца. Как отмечают молодые специалисты в паллиативном отделении с детьми работать сложно, от медицинской сестры требуются особые качества, не все справляются, уходят. Самое сложное это уход в другой мир своих подопечных, которых ты еще вчера купал, кормил, переодевал, менял постельное белье, подгузники и рубашки, которых уговаривал на укол, чтобы не болело, и которым ты не заметно, но привязался всей душой. Душа - это то, что самое главное в работе медицинской сестры хосписа. Если работать без эмоций, то дети это чувствуют и начинают капризничать, плакать, а тем более больные дети. Очень показательный пример для подражания -это реальные медицинские сестры, которые в настоящее время, отказывают себе в удовольствиях и помогают больным детям, справлять с болезнью.

Литература

1. Введенская Е.С. /О формировании современного понимания паллиативной помощи// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины; 2013; 3.
2. Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» №2. 2015г. «Организационная структура служб паллиативной помощи детям в России».
3. <https://vesti-ural.ru/2022/03/25/163473/>

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Коряков Андрей Михайлович

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна, педагог-организатор

Для начала XXI века характерно глобальное постарение населения, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медикосоциальной помощи. Потребность в оказании паллиативной помощи у общества постоянно растёт.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире паллиативная медицинская помощь необходима порядка 40 млн. человек, а получают её лишь 14% нуждающихся.

Согласно данным официальной статистики за 2021 в России в паллиативной помощи остро нуждаются порядка 800 тыс. человек.

Ситуация осложняется тем, что, во-первых, в России очень высокий уровень демографической старости: на 2021 г. количество граждан, чей возраст превышает 60 лет, составило более 20% (то есть в России каждый пятый житель старше 60 лет).

Население стареет и «доживает» до серьёзных хронических заболеваний, а прогноз долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2030 г. предполагает, что возрастная структура населения будет сдвигаться в сторону постарения. Во-вторых, активно растёт число онкологических пациентов: в 2021 г. было выявлено 617 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, что на 20 тыс. больше, чем в 2019 г.

Все это обуславливает актуальность выбранной темы.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи в амбулаторных условиях.

Объект исследования: организация сестринской паллиативной помощи в ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

Цель исследования – проанализировать роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» количество пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.
2. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» структуру пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.
3. Провести анкетирование пациентов ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» с целью выявления проблем, испытываемых ими.

Гипотеза: деятельность медицинской сестры напрямую влияет на качество жизни паллиативных больных.

Основными методами для реализации исследования были выбраны: аналитический, статистический, метод анкетирования, метод наблюдения.

Теоретическая значимость работы: углубление и расширение теоретических знаний, изучение научной литературы и особенностей оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Практическая значимость: разработка рекомендаций для медицинских сестер, оказывающих амбулаторную паллиативную помощь, разработка рекомендаций по уходу за паллиативными больными для родственников.

Для удобства практическое исследование было разбито на несколько этапов. На первом этапе исследования мы провели обширный анализ статистической информации.

На втором этапе исследования нами была составлена анкета, вопросы которой направлены на изучение деятельности медицинской сестры при работе с инкурабельными пациентами в амбулаторных условиях, через пациентов (Приложение 1).

Нами были проанализированы статистические данные зарегистрированных случаев выявления злокачественных новообразований в ГАУЗ СО «Красноуфимская районная больница» за период 2019 – 2021 г.

В 2019 г. на учете состояли – 1798 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 265 чел., 2020 г. – 1793 чел., из них впервые с установленным диагнозом 208 чел., 2021 г. 1865 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 264 чел.

После анализа статистических данных мы приступили ко второму этапу: проведению анкетирования пациентов.

В опросе приняли участие 48 человек, из них 32 женщины и 16 мужчин.

Наибольшее количество человек, принявших в опросе в возрасте 45-59 лет – 19 чел. (39,6%); в возрасте 60-74 – 15 чел. (31,3%); в возрасте 18-44 – 12 чел. (25%); старше 75 лет – 2 чел. (4,1%)

В процессе лечения инкурабельных пациентов обязателен контроль за своевременной сдачей анализов и проведением исследований для оценки эффективности выбранного метода лечения. В задачи медицинской сестры входит:

1. Мониторинг своевременности прохождения пациентов в положенные сроки назначенных процедур;

2. Заполнение документации;

3. Контроль за своевременной сдачей пациентами анализов.

Исходя из полученных данных (Рис. 4), медицинская сестра проводила контроль за своевременной сдачей анализов и проведением исследований в 73% (35 чел.), 10% (5 чел.) опрошенных ответили, что мониторинг не проводился и 17% (8 чел.) ответили, что контроль за сдачей анализов и исследованиями проводился иногда.

Умение ухаживать за собой важно для любого человека, особенно для больного, пациенты должны уметь сами себя обслужить, для этого медицинской сестре следует проводить обучающие беседы, показывать наглядные пособия, приглашать пациентов более опытных для обмена опытом. Так же важно обучить пациентов особенностям самопомощи в зависимости от их нозологии, медицинская сестра должна рассказать, как справиться с болью, какие позы стоит принимать при приступах, как, в каких дозах и когда дозволено использовать лекарства для купирования симптомов заболевания.

Проведя исследование, мы получили следующие результаты:

Большинство опрошиваемых выбрали положительный ответ – 31 чел. (64,6%) и 17 чел. (35,4%) ответили, что медицинская сестра не обучала их правилам самоухода и самопомощи.

Если пациент не имеет возможности обслуживать сам себя, чаще всего эту ответственность на себя берут его близкие и/или родственники, их обучение правилам ухода входит в компетенцию медицинской сестры. Следует проводить беседы, организовать возможность отработки практического навыка хотя бы основных манипуляций, таких как:

- профилактика пролежней;
- смена постельного белья тяжелобольному;
- смена нательного белья тяжелобольному;

- неотложная помощь при рвоте;
- гигиеническая обработка полости рта;
- гигиеническая обработка тела;
- подкладывание судна.

Исходя из данных диаграммы, 29 чел.(60,4%) ответили, что с ними проводились беседы, поэтому мы делаем вывод, что медицинская сестра обучает близких и /или родственников пациента правилам ухода и помощи, если его состояние не позволяет это самостоятельно.

Реабилитация инкурабельных больных – это помощь в адаптации к изменившимся условиям жизни и улучшение её качества, минимализация возможного рецидива и побочного действия лекарственных средств.

Помощь в адаптации получают 42 чел. (87,5%) опрошенных, что является хорошим показателем.

Онкологическое заболевание является психотравмирующим, потому что угрожает жизни и подрывает привычные представления о ней.

Страх смерти и страданий деморализует и заставляет думать то, что никогда не придёт в голову здоровому человеку, поэтому паллиативные пациенты нуждаются в психологической помощи.

Психологическая помощь заключается в моральной поддержке для скорейшего возвращения к душевному балансу, к спокойному и даже деловому отношению к жизни, воспринимать диагноз не как трагедию со скорой гибелью, а как хроническое заболевание, которое не только трудно и долго лечится, но и излечивается.

Задача медицинского работника — мобилизация пациента на эффективную жизнь без излишнего негатива, каждый обязательно должен получить свою порцию моральной поддержки, разрешить душевные сомнения и выработать новые жизненные цели.

Поэтому мы задали вопрос: «Оказывала ли Вам медицинская сестра психологическую поддержку?» Положительно ответили 36 чел. (75%).

Так же мы поинтересовались в какой поддержке нуждаются паллиативные пациенты и получили следующие результаты:

- в медицинской паллиативной помощи – 43 чел. (89,6%)
- в социальной помощи – 27 чел. (56,3%)
- в психологической помощи – 32 чел. (66,75%)
- в духовной помощи – 18 чел. (37,5%)
- в материальной помощи – 9 чел. (18,8%)
- в юридической помощи – 1 чел. (2%)

Оказание паллиативной помощи – это очень сложная система мероприятий, необходимых для того, чтобы улучшить качество жизни не только самого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания, но и его семьи, и близких ему людей. Деятельность медицинской сестры в оказании амбулаторной помощи пациентам очень важна, ведь на стационарном лечении круглосуточного содержания пациенты не могут находить постоянно, не всем пациентам необходимо круглосуточное наблюдение, большую часть времени они проводят вне стен больницы. Именно в этот период они нуждаются в поддержке, информировании и уходе. Медицинская сестра, должна учитывать все нюансы данной ситуации и сопровождать больного на этом нелёгком пути.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 02 июля 2021г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».- URL: <https://sudact.ru/law/> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016г. №164-р «Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». - URL: <https://docplayer.com/33614162> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.
3. Приказ Минздрава РФ от 1 февраля 2020г. №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/> (дата обращения 19.10.2021). Текст: электронный.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2019г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL:<https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 16.09.2021)
5. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – URL: <https://base.garant.ru/70195856/><https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 12.04.2022).
6. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология». – URL: <https://base.garant.ru/70346920/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#friends> (дата обращения 12.04.2022).
7. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179388/ (дата обращения 12.04.2022).
8. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». – URL: <https://base.garant.ru/71022908/>(дата обращения 12.04.2022).
9. Введенская, Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России. Паллиативная помощь и реабилитация. - 2012. - № 2. - С. 55-58.– Текст непосредственный.
10. Гнездилов, А.В. Проблемы хосписной службы в России: Материалы Конференции «Всемирно против рака» / А.В. Гнездилов. - Москва: Спец Лит, 2015. – 24, 25с. - Текст: непосредственный.
11. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. Г.А. Новикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с.- Текст: непосредственный.
12. Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1.- Текст: непосредственный.
13. Красникова Н.В., Шеметова Г.Н./ Организация и нерешенные вопросы оказания паллиативной помощи больным терапевтического профиля// В сборнике: Интегративные исследования в медицине. Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции.Саратов: изд-во Саратов.гос.мед.ун-та.- 2014.- Текст: непосредственный.

ПРАВОСЛАВНОЕ СЕСТРИЧЕСТВО МИЛОСЕРДИЯ ВО ИМЯ СВТ. ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО). КРАТКАЯ ИСТОРИЯ

Казакова Анастасия Геннадьевна

Сестра Милосердия

Город Нижний Тагил

Предыстория создания православного сестричества милосердия. Сестричество милосердия было образовано в 2015 году по благословению правящего тогда архиерея епископа Нижнетагильского и Серовского Иннокентия. К этому моменту в городе уже было сестричество милосердия, созданное в 2009 году при обществе православных врачей. ОПВ духовно окормлялось в Казанском мужском монастыре. И первых 4 сестер посвящал настоятель монастыря, ныне митрополит Челябинский и Миасский Алексей (Орлов). Поэтому важно понимать, что сестричество – это общество православных женщин, которые несут свое послушание во имя любви ко Господу, не иначе.

Посвящение в сестры. 7 апреля 2015 года, в праздник Благовещения Пресвятой Богородицы, в сестричество было посвящено еще 5 православных женщин и девушек. Все они до этого момента были активными участниками добровольческой службы при отделе социального служения Нижнетагильской епархии. Духовником сестричества стал руководитель Отдела соц. служения протоиерей Олег Шабалин.

Служение в больницах. Первые 9 сестер активно начали развивать больничное служение. Посещали стационар (основное здание, где расположен Домовый храм во имя свт. Николая Чудотворца) Демидовской гор. больницы; неврологическое отделение Демидовской (Кузнецкого) больницы; терапевтический корпус больничного городка на Т/с (сначала), позднее пост сестер был перенесен в здание онкодиспансера там же, в медгородке. Сестричество постепенно растет, каждый год посвящались новые кандидатки. Когда в сестричество вступили жительницы Вагонки Любовь Николаевна Бастрикова и Наталья Валентиновна Прохоренко служба милосердия стала развиваться и в этом районе, при храме Воскресения Христова. Сестры стали окормлять стационар 1 ГБ.

Служение социальных приютах. Кроме больниц сестры посещают приюты и психонаты для одиноких пожилых людей и инвалидов, детские дома и социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних. Ухаживают за лежачими больными, помогают желающим готовиться к Таинствам, оказывают помощь священникам при совершении Причастия, Крещения и т.д. Для детей организуют досуг, проводят беседы, мастер-классы, игры, поздравляют с праздниками, дарят подарки.

Развития патронажной службы. С началом пандемии коронавируса доступ в больницы и детские дома был резко ограничен. Зато появилась потребность ухода за лежачими больными на дому. У кого-то родственники не справляются, работают или тоже по состоянию здоровья не могут оказать полноценный уход, кто-то совсем одинок и беден. Одним словом, появилась реальная нужда в создании патронажной службы «Внимание и забота». Для создания службы были выиграны и реализованы два гранта от фондов Владимира Потанина и КАФ. Наши лежачие подопечные были обеспечены не только постоянным гигиеническим уходом, но и бытовой помощью. Кроме того, важной составляющей является внимание к человеку, возможность поговорить и быть услышанным. Доброе внимательное отношение наших сестер стало приводить к тому, что люди начали отказываться от услуг государственных социальных служб.

Участие в других мероприятиях. Вообще, сестры милосердия – активные участники всех мероприятий отдела социального служения. Это и благотворительные акции, и сборы пожертвований, и просто праздничные мероприятия.

Праздник «Белый цветок». В общем списке таких событий, конечно, стоит упомянуть отдельно праздник благотворительности «Белый цветок». В нашем городе он был впервые проведен в 2015 году и стал традиционным. Проводится обычно в течение мая месяца и посвящен памяти святых Царственных страстотерпцев. Это череда многодневных мероприятий: бесед и мастер-классов в различных учреждениях города (чаще всего в общеобразовательных и учреждениях доп. образования), концертов классической музыки ко Дню рождения последнего Российского императора Николая II в Нижнетагильской филармонии, благотворительные кинопоказы, литературные гостиные и, конечно, завершающее мероприятие – большой праздничный концерт в парке Бондина. Традиционно, все участники мероприятий получают на память символы праздника – белые цветы ручной работы.

Обучение сестер. Сестры милосердия постоянно совершенствуют свои навыки, проходят курсы повышения квалификации (по уходу за лежащими (тяжелыми, паллиативными больными)). Для них духовник сестричества постоянно проводит беседы и лекции по катехизации и основам духовной жизни.

Духовная жизнь сестричества. Неотъемлемой частью жизни сестер является участие в духовной жизни Церкви, в таинствах Исповеди и Причастия. Сестры являются прихожанками разных храмов города, но раз в месяц они собираются в храме Сергия Радонежского на совместную Литургию. Вместе причащаются Святых Христовых Таин, читают Акафист небесному покровителю сестричества - свт. Луке Крымскому, собираются на совместную трапезу, проводят собрания, обсуждают наболевшие проблемы. Вместе встречают большие церковные праздники (Рождество, Пасху), совершают паломничества к святыням Урала.

Опыт работы волонтеров паллиативной помощи

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЛОНТЕРОВ КАМЕНСК-УРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК» ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Третьякова Алена Сергеевна, Кадырова Янина Юрьевна, обучающиеся

Руководители: Бельмас М.В., Ерыкалова Е.С. преподаватели

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Каменск-Уральский

Паллиативная помощь – (palliative care) – помощь пациентам, страдающим неизлечимым заболеванием, основными задачами которой являются решение проблем пациента: физиологических, психологических, социальных и духовных. Одним из заболеваний, при которых оказывается паллиативная помощь, является онкология. У многих больных рак диагностируется, когда полное излечение уже невозможно. Такие

больные нуждаются в паллиативной помощи, и волонтеры могут оказать поддержку и обучить мероприятиям, улучшающим качество жизни больных и членов их семей.

Волонтеры свою работу начали с определения цели и задач. Были выделены основные этапы работы: анализ дефицита знаний и умений у родственников по уходу за онкологическими больными, выбор методик решения проблем и оказание помощи в рамках своих компетенций.

Работа проводилась с учетом полученной в результате анкетирования информации. Из 57 респондентов осуществляют уход за онкологическими больными 19 человек, из них 4 не нуждаются в волонтерской помощи. Хотят узнать, как оказать паллиативную помощь и не владеют навыками ухода 13 человек. Всех пациентов мы разделили на 4 группы: больные с нарушением двигательной функцией 7 человек; с риском развития пролежней 4 человека; больной с назогастральным зондом 1 человек; с сопутствующим заболеванием деменция 1 человек. Основные вопросы касались профилактики пролежней, кормления, проведению гигиенических мероприятий, определению и оценки функционального состояния больного.

Для решения проблемы дефицита знаний и умений волонтерами были проведены беседы, розданы памятки и рекомендации по уходу за больным. С целью овладения умениями проводить уход за больными волонтеры демонстрировали смену постельного и нательного белья, гигиенических мероприятий, кормления при помощи ложки и поильника, измерение АД, пульса и ЧДД с оценкой показателей. Особое внимание уделили профилактике пролежней: обучили приданию положения больного в постели с учетом их чередования через 2 часа; особенностям питьевого режима и рационального питания с указанием количества белка, витамина С; проведению обработки кожи противопролежневыми средствами с оценкой мест возможного образования пролежней. Семье больного с нарушением двигательной функцией даны рекомендации по профилактике риска травматизации и пользованию ходунками. Родственника больного с назогастральным зондом обучили технике ухода. В процессе обучения и демонстрации манипуляций волонтеры получили обратную связь по правильному выполнению элементов ухода.

ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛЫ ПО УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ» ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Асбест

«Школа по уходу за тяжелобольными пациентами» организована в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» при поддержке Фонда президентских грантов.

Цель: сохранить качество жизни паллиативного больного, путем обучения необходимым навыкам ухода его ближайших родственников.

Задачи: Обучение родственников пациента:

1. Гигиеническому уходу (умывание, интимная гигиена, смена нательного и постельного белья, смена памперсов, профилактика пролежней)
2. Кормлению (особенности энтерального и парентерального питания)
3. Измерению артериального давления (ведение дневника наблюдения)

4. Безопасному перемещению тяжелобольного по квартире (профилактика падений)

5. Обустройство безопасного прикроватного пространства тяжелобольного (поручни, средства для реабилитации, самостоятельного приема пищи)

Реализация проекта проходит в тесном сотрудничестве с ГАУЗ СО «Городская больница г. Асбест» поликлиника №3, располагающаяся по адресу: г. Асбест ул. Ленинградская д.22.

Волонтеры паллиативной помощи, начали свою деятельность с работы в Регистре паллиативных больных, которых в Асбестовском городском округе, зарегистрировано 840 человек.

Все выходы волонтеры осуществляют, предварительно созвонившись с родственниками и согласовав дату и время прихода.

На обслуживании находится 10 маломобильных пациента, из них 2 человека обладают навыками самообслуживания, а 8 ограничены в передвижении (строгий постельный режим)

За период с октября по декабрь 2021 года было проведено 14 активных патронажей, с консультированием родственников по безопасному обустройству прикроватного пространства, использования специализированных средств по уходу, профилактике пролежней. Волонтеры осуществляли гигиеническую обработку пациентов, смену нательного, постельного белья, памперсов, перемена положения в кровати. Кроме того, волонтеры выезжают по экстренному звонку, когда родственники не могут самостоятельно справиться сложившейся ситуацией (переместить на кровать с пола). При первичном посещении пациентов проводится анкетирование по вопросам возможности к самообслуживанию, выявляются потребности в средствах ухода и текущее состояние пациента. Данные передаются участковому терапевту и учитываются при последующих посещениях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ АСБЕСТОВСКО-СУХОЛОЖСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»

Дерябина Оксана Михайловна, преподаватель

Жигалова Ирина Вячеславовна, заведующий учебной частью

Асбестовско-Суходожский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Сухой Лог

Давно мечтали помогать людям, но не знали с чего начать? Хотите дарить поддержку тем, кто нуждается в помощи больше всего, но не уверены, что справитесь? Именно такие вопросы были заданы руководителем волонтерской группы «Паллиативная помощь» студентам филиала при организации деятельности волонтеров паллиативной помощи.

После проведенной разъяснительной работы в учебном корпусе сформировалась группа в составе 20 человек, которые прошли обучение по программе «Основы ухода за паллиативными больными», реализуемой в рамках проекта по подготовке волонтеров-консультантов паллиативной помощи.

Тематика подготовки была направлена на психологическую подготовку волонтеров к уходу за паллиативными больными. Обучение основам ухода за паллиативными больными в стационаре и на дому. Освещены духовные аспекты паллиативного ухода.

В ноябре 2021 года обученные волонтеры торжественно получили сертификаты и начали осуществлять первые адресные выходы к нуждающимся в паллиативной помощи жителям города.

На сегодняшний день благополучателями стали 20 человек. В основном это люди с последствиями нарушения мозгового кровообращения, лица с ограниченными возможностями и пациенты, которые требуют обеспечения адекватного ухода.

Волонтеры не только осуществляли уход - проводили профилактику пролежней и гигиенические процедуры, но и обучали родственников тяжелобольных методам ухода.

Для повышения престижа волонтерской помощи, доведения информации до жителей города и получению заявок на оказание помощи волонтеры распространяют информацию о своей работе посредством листовок, публикацией статей в социальных сетях.

Администрацией филиала проводится работа по возможности участия наших волонтеров в паллиативном отделении стационара ГАУЗ СО «Сухоложская РБ».

Там, где нет волонтеров, паллиативная помощь всегда будет неполноценной. Качество жизни, за которое мы боремся, будет низким. Поэтому представить себе качественную паллиативную помощь без волонтеров невозможно.

**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ. 04
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО НА ТЕМУ
«ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»
В ШАХТИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ ИМ. Г.В. КУЗНЕЦОВОЙ**
Волкова Л.А., канд. психол наук, Романова И. С., Чеснакова О. Л., преподаватели
ГБПОУ РО «Шахтинский медицинский колледж им. Г. В. Кузнецовой»

В соответствии с ФГОС СПО, в рамках рабочей программы ПМ.04 специальности 34.02.01. Сестринское дело в нашем колледже проводятся практические занятия на тему «Паллиативная помощь». Актуальность темы обусловлена практико-ориентированной направленностью. На занятиях, которые проходят на базе Домов сестринского ухода, у студентов формируются и закрепляются теоретические знания и практические навыки организации паллиативной помощи в РФ пациентам с тяжелыми последствиями травм, с необратимыми изменениями при нарушении мозгового кровообращения, с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития, с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболеваний. Они знакомятся с подходами, позволяющими улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путём предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким; изучают нормативную документацию РФ.

По данным ВОЗ дефицит массы тела более 30% может рассматриваться как причина летального исхода. В связи с этим на практических занятиях по лечебному питанию мы рассматриваем особенности клинического питания в паллиативной практике медицинской сестры. Опыт работы доказывает, что правильно подобранный режим нутритивной поддержки способен увеличить продолжительность жизни пациента.

Также практические навыки студенты закрепляются во время прохождения учебной и производственной практик в условиях Домов сестринского ухода на территории города Шахты.

Такие занятия способствуют формированию профессиональных и общих компетенций по вопросам паллиативной помощи, что является очень важным звеном в обучении специалистов сестринского дела и воспитывают чувство гуманности, субординации, взаимопомощи, уважения, способствуют повышению интереса обучающихся к изучению данной темы, качества успеваемости, развитию и закреплению навыков самообразования, стремлению к самостоятельному поиску решения сложных вопросов, расширяет кругозор, помогает им более глубоко осознать важность данной темы.

СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ПАЛЛИАТИВНОМ СОСТОЯНИИ НА ДОМУ ВОЛОНТЕРАМИ НОВОУРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»

Стародубова Евгения Викторовна, Шалавина Ольга Николаевна
Новоуральского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Новоуральск

Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, имеющий своей целью улучшение качества жизни паллиативных пациентов и членов их семей. Приоритетным направлением данной помощи является достижение эмоционального равновесия и физического комфорта пациента.

На территории Свердловской области для сопровождения людей в паллиативном состоянии на дому реализуется проект «Волонтеры паллиативной помощи» при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области, Екатеринбургской и Верхотурской Митрополии, Свердловского областного медицинского колледжа, Лиги волонтерских отрядов Свердловской области.

С целью реализации проекта в Новоуральском филиале ГБПОУ «СОМК» был создан штаб в составе 23 волонтеров. На собраниях штаба обозначены основные задачи волонтерской работы: определить паллиативных пациентов, определить проблемы этих пациентов, составить и реализовать план ухода.

За период с сентября по ноябрь 2021 года волонтерами паллиативной помощи на территории Новоуральского ГО было совершено 105 выходов (352 часа) к 22 паллиативным пациентам со следующими заболеваниями и состояниями: различные формы злокачественных новообразований (11 чел.), хронические прогрессирующие заболевания (5 чел.), тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения (3 чел.), тяжелые необратимые последствия травм (2 чел.), деменция (1 чел.).

При сопровождении этих пациентов волонтерами проводился уход за холицистостомой, нефростомой, обработка пролежней, массаж для профилактики контрактуры, перевязки при диабетической стопе. Неотъемлемой частью ухода являлась личная гигиена, прогулки, беседы, обучение родственников, при их наличии, уходу за пациентом.

По отзывам пациентов и их родственников, благодаря паллиативной помощи волонтеров Новоуральского филиала ГБПОУ «СОМК», качество их жизни поддерживается на достойном уровне.

Литература

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст] / С. И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Захаров Дмитрий Андреевич, Кузина Дарья Андреевна
Научный руководитель: Магомедова Патимат Патыховна
ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж №1»
г. Москва

«Твоя жизнь имеет значение, потому что ты – это ты. И твоя жизнь будет иметь значение до последнего момента. Мы сделаем все возможное не только для того, чтобы ты упокоился в мире, но и, чтобы жил, а не существовал, до смерти»

Дэйм С. Сандерс, основатель современного хосписного движения

Паллиативная помощь – всеобъемлющая помощь неизлечимо больным гражданам, страдающим заболеваниями, которые не поддаются лечению, и включает в себя медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера, уход, а также предоставление таким пациентам социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки).

Задачи паллиативной помощи:

1. обезболивание и купирование болезненных ощущений;
2. психологическая поддержка больного и близких;
3. выработка здорового отношения к смерти;
4. удовлетворение духовных потребностей;
5. решение задач медицинской биоэтики.

В оказании паллиативной помощи в городе Москве участвуют медицинские организации государственной системы здравоохранения, частные медицинские организации (на основании субсидии (гранта) из бюджета города Москвы на оказание паллиативной медицинской помощи), организации социального обслуживания, общественные организации, иные некоммерческие организации, осуществляющие свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, которые взаимодействуют между собой для:

– организации представления пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь (далее - пациент), социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки;

– организации оказания паллиативной медицинской помощи нуждающимся в ней гражданам, получающим социальные услуги в форме социального обслуживания на дому или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

Оказание паллиативной медицинской помощи в городе Москве организовано в соответствии с критериями маршрутизации, учитывающих функциональные особенности, оснащенность, транспортную доступность медицинских организаций:

1. в амбулаторных условиях:
 - взрослым – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»;

– детям – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, и БМЧУ «Детский хоспис»;

2. в стационарных условиях:

– взрослым – отделениями паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», хосписами для взрослых ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», отделениями паллиативной медицинской помощи взрослым многопрофильных /специализированных больниц, госпиталей, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, отделениями сестринского ухода для взрослых многопрофильных /специализированных больниц, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, и отделением паллиативной медицинской помощи взрослым АНО ЦКБ Святителя Алексия;

– детям – отделениями паллиативной медицинской помощи детям ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», хосписом для детей ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» и БМЧУ «Детский хоспис».

Кроме того, организовано оказание паллиативной медицинской помощи больным, нуждающимся в длительной респираторной поддержке:

– взрослым – в амбулаторных и стационарных условиях - в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»;

– детям – в амбулаторных условиях – в БМЧУ «Детский хоспис», в стационарных условиях – в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», в БМЧУ «Детский хоспис».

Пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в установленном порядке по медицинским показаниям назначаются обезболивающие лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные, включенные в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Обеспечение пациентов, нуждающихся в указанных медицинских изделиях, организовано «Ресурсным центром для инвалидов» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы либо ресурсными центрами уполномоченных медицинских организаций в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы, ДТСЗН г. Москвы от 11.03.2021 № 203/192 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека».

При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях предусматривается возможность круглосуточного посещения и пребывания с пациентом его родственников и близких.

Для оптимизации процесса маршрутизации как для пациентов и их родственников, так и для медицинских организаций, организован Координационный центр паллиативной медицинской помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города

Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – Координационный центр), работающий в режиме 24/7.

Функции Координационного центра:

- консультационная поддержка пациентов и их родственников по вопросам оказания паллиативной помощи в Москве;
- ведение единого городского реестра пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи в Москве;
- прием и исполнение заявок на транспортировку пациентов на санитарном транспорте;
- взаимодействие с медицинскими, социальными организациями по вопросам оказания паллиативной помощи пациентам;
- работа с обращениями граждан.

В ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» на постоянной основе проводятся обучающие мероприятия медицинских работников по актуальным вопросам оказания паллиативной помощи; в целях информирования пациентов и их родственников формируются методические пособия по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, мерах социальной поддержки для пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Практическая часть

Опыт оказания паллиативной помощи.

Наша родственница, пациентка 62 лет, на протяжении 10 лет страдала раком правой молочной железы. Проводились курсы химиотерапии, но в последующем была выполнена мастэктомия, на фоне которой достигнута ремиссия.

Но через три года рак рецидивировал и прогрессировал: развился метастатический рак правого легкого IV ст. с множественными метастазами в легкие, органы брюшной полости и головной мозг. Для нас это означало лишь одно – настало время готовиться к худшему.

До конца о своем диагнозе пациентка не знала. Мы подбадривали и давали надежду на лучшее до ее последнего дня.

Мероприятия по уходу:

Главной нашей задачей было соблюдение назначений врача.

1. В связи с тяжестью состояния пациентка отказывалась от приема пищи, воды. Иногда мы могли уговорить ее съесть несколько ложек детского питания или «Нутридринк» по совету врача-онколога. Остальное питание она дополучала парентерально: внутривенно капельно утром и вечером водились растворы глюкозы 5% - 200 мл. и Реамберина 1,5%- 200 мл. В этой ситуации важным элементом являлся уход за периферическим венозным катетером.

2. Врачом-онкологом назначалась гормональная терапия - Дексаметазон по 2 мл (4 мг/мл) утром и вечером внутримышечно.

3. Самым важным в терапии было обезболивание трамаолом (в таблетированной форме) и фентаниловыми пластырями.

Трамадол сохраняет свое действие на протяжении 8 часов. За сутки онкологическому пациенту можно принять не больше 8 таблеток (400 мг). Наша пациентка

получала трамадол по мере появления симптомов, не превышая максимальную суточную дозу.

Фентаниловый пластырь применялся в соответствии с инструкцией. В последнюю неделю жизни дозировка была увеличена врачом.

4. Повышение температуры тела – одно из проявлений опухолевой интоксикации. Температура тела поднималась до 38°C и выше, что свидетельствовало о сильной интоксикации, обусловленной распадом опухоли и присоединением воспалительного процесса. Для снижения температуры свыше 38,5°C использовался Ибуклин.

5. Бессонница истощает силы пациента, ухудшает качество жизни, поэтому по рекомендации лечащего врача постоянно проветривалась комната перед сном, пациентке назначался Валидол, а при отсутствии эффекта – Феназепам.

Проведение общего сестринского ухода:

1. Профилактика развития пролежней

Риск развития пролежней по шкале Ватерлоу у пациентки составлял 17 баллов (высокая степень риска), поэтому необходимо было выполнять мероприятия по профилактике пролежней в полном объеме:

- смену положения тела каждые два часа: на правом боку (в связи с поражением правого легкого для облегчения дыхания) с использованием подушек, свернутого в валик одеяла и пледа; положение на спине, положение полусидя;

- поддержание гигиены тела: использовались влажные салфетки «Seni», пенка очищающая для сухого мытья «Seni Care», крем противпролежневый с аргинином «Seni Care»;

- обязательный утренний и вечерний туалет: умывание, чистка зубов, расчесывание;

- смена постельного (два раза в неделю) и нательного белья (один раз в три дня).

2. Уход при рвоте: обеспечение емкостью для рвотных масс, после прекращения рвоты – полоскание полости рта.

Был важен осмотр рвотных масс для своевременной диагностики кровотечения.

3. Кормление, помощь в физиологических отправлениях (смена памперсов), гигиеническое обтирание тела и промежности, расчесывание, утренний и вечерний туалет – в результате дефицита самоухода.

4. Психологическая поддержка

Данный вид помощи был для нас самым тяжелым. Взаимодействие с онкологической больной требовало профессиональных психологических и коммуникативных навыков.

В данной ситуации наше взаимодействие с больной включало в себя понимание переживаний и психического состояния, проявление эмпатии и адекватное информирование о болезни.

Из-за дефицита знаний необходимо было перечитать немало литературы, связанной с спецификой психических состояний онкологических больных и закономерностями их протекания.

На ранних стадиях заболевания с пациенткой работал психолог, поэтому это несколько облегчило нашу задачу.

5. Обязательной частью взаимодействия с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, является организация досуга. Мы каждую неделю обновляли ей запас любимых книг. Когда ей не хватало сил на самостоятельное чтение - читали вслух. Просмотр фильмов, беседы на отвлеченные темы (рассказы о том, как прошел день, какая погода на улице и т.д. и т.п.).

Заключение:

1. Значение паллиативной помощи трудно переоценить. Пациентам с терминальными стадиями заболеваний, которые необратимо ведут к летальному исходу, необходима всесторонняя поддержка со стороны медицинского персонала и особенно родственников.

2. Паллиативная помощь не сможет отсрочить или приблизить наступление смерти. Здесь смерть рассматривается, как естественный процесс.

3. Оказание паллиативной помощи необходимо, чтобы облегчить страдания больных (в том числе и психологические) и отвлечь их от мысли о смерти. Она призвана обеспечить лучшее, насколько это возможно, качество жизни человека.

Основные нормативные правовые актов, регулирующие оказание паллиативной медицинской помощи в городе Москве

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказ МЗ РФ № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»

3. Приказ МЗ РФ от 31.05.2019 № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому»

4. Приказ МЗ РФ от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи»

5. Постановление Правительства Москвы от 15 августа 2016 года № 503-ПП (ред. от 15.09.2020) «Об обеспечении отдельных категорий граждан техническими средствами реабилитации медицинского назначения, медицинскими изделиями за счет средств бюджета города Москвы»

6. Приказ ДТСЗН г. Москвы и ДЗМ от 05.10.2017 № 716/1071 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению города Москвы»

7. Приказ ДЗМ от 05.02.2018 № 72 «Об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами» (вместе с «Положением об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами»)

8. Приказ ДЗМ, ДТСЗН г. Москвы от 11.03.2021 № 203/192 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека»

9. Приказ ДЗМ от 31.05.2021 № 474 «Об утверждении Регламента перевозки детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и молодых взрослых, нуждаемость которых в паллиативной медицинской помощи возникла в детском возрасте».

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «ВОЛОНТЁРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

В Г. НИЖНИЙ ТАГИЛ

Хуснутдинова Ирина Викторовна,

Нижнетагильский филиал

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Нижний Тагил

g.irina09@mail.ru

В начале XXI века наблюдается глобальное постарение населения и рост онкологической заболеваемости, это приводит к появлению большой группы инкурабельных больных, испытывающих сильнейшие страдания и нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной помощи. Сегодня в мире ежегодно заболевают раком 10 млн. человек (данные 2000 г.). Предполагается, что в 2020 году число заболевших увеличится до 15 млн., а в 2050 году - до 24 млн.

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Этот подход направлен на предотвращение и облегчение страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке и лечению боли и других проблем. Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их жизни. Этот подход способствует сохранению достоинства, качества жизни и адаптации к прогрессирующим заболеваниям путем использования наиболее достоверных фактических данных.

Цель:

Подготовить отряд волонтеров-медиков для оказания психологической поддержки больного и ухаживающих родственников, консультирование родственников и пациента по вопросам ухода за паллиативными больными

Задачи:

- Сформировать группу студентов для обучения
- Провести заседание волонтеров
- Определить график обучения
- Обучить группу сертифицированных студентов
- Организовать выходы волонтеров для информирования населения о проекте на территории г. Нижний Тагил
- Организовать выходы волонтеров в ЛПУ и на дом для оказания паллиативной помощи

Реализация проекта «Волонтеры паллиативной помощи» в г. Нижний Тагил с использованием Президентского гранта, направленного на развитие гражданского общества.

В Нижнетагильском филиале Свердловского областного медицинского колледжа обучено 20 волонтеров по программе включающей 3 направления:

Обучение проходило в смешанном формате (очно и с применением дистанционных форм).

Подготовлена группа волонтеров в количестве 20 человек.

Первый этап в реализации данного проекта – информирование граждан о проекте. Осуществлялось информирование путем размещение материалов на стендах в ЛПУ и КЦСОН, личное информирование граждан о проекте, а так же размещение материалов в социальных сетях в группах: Instagram, Facebook, ВК – более 100 публикаций.

Проблемы при реализации проекта:

- Ограничение посещения паллиативных пациентов в связи с пандемией
- Отсутствие информированности среди лиц, формулирующих политику, работников здравоохранения и общественности о том, что из себя представляет паллиативная медицинская помощь и какую пользу она может принести пациентам и системам здравоохранения;
- Культурные и социальные барьеры, например представления о смерти и процессе умирания;
- Заблуждения относительно паллиативной медицинской помощи, например мнение о том, что она предназначена только для онкологических больных или, что она полагается в последние недели жизни

Направления деятельности для дальнейшей реализации проекта:

- Выстраивание долгосрочного взаимодействия со специалистами практического здравоохранения и специалистами комплексных центров социального обслуживания населения;
- Работа в составе многопрофильной бригады специалистов требует от среднего медицинского персонала, особенно лиц, работающих с пациентами, которые страдают тяжелыми заболеваниями, наличия навыков паллиативной помощи.
- Информирование пациентов и родственников, общественности о паллиативной помощи и какую пользу она может принести;
- Работа со специалистами комплексных центров социального обслуживания населения по вопросам ухода за паллиативными больными.
- Работа в ЛПУ с паллиативными пациентами.

Литература

1. С. Вогулкин От культуры к духовности. О нравственном воспитании в медицинском колледже // г. Екатеринбург, 2021
2. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации N 345н Министерство труда и социальной защиты российской федерации N 372н Приказ от 31 мая 2019 года «Об утверждении положения об организации оказания паллиативной помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального

обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

4. ГОСТ 56819-2015 – Национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая медицинская практика инфологическая модель. Профилактика пролежней

ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г. НИЖНИЙ ТАГИЛ

Хуснутдинова Ирина Викторовна, преподаватель
Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Нижний Тагил
g.irina09@mail.ru

Направления работы по реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи»:

- Выстраивание долгосрочного взаимодействия со специалистами практического здравоохранения и специалистами комплексных центров социального обслуживания населения;
- Работа в составе многопрофильной бригады специалистов требует от среднего медицинского персонала, особенно лиц, работающих с пациентами, которые страдают тяжелыми заболеваниями, наличия навыков паллиативной помощи;
- Информирование пациентов и родственников, общественности о паллиативной помощи и какую пользу она может принести;
- Работа со специалистами комплексных центров социального обслуживания населения по вопросам ухода за паллиативными больными;
- Работа в ЛПУ с паллиативными пациентами.

Были успешно достигнуты, но вместе с тем при работе с пациентами, нуждающимися в длительном уходе, так же необходимо знать психологические особенности.

При работе с паллиативными больными необходимо учитывать психологические особенности реагирования на болезнь.

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием *внутренняя картина болезни* (ВКБ). Оно было введено отечественным терапевтом Р.А. Лурия и в настоящее время широко используется в медицинской психологии. Это понятие, по определению ученого, объединяет в себе все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

– Представление о субъективной тяжести заболевания складывается из социально-конституциональных характеристик, к числу которых относятся пол, возраст и профессия индивида.

– Для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболевания – своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

В подростковом возрасте наиболее тяжелые психологические реакции могут быть вызваны не теми болезнями, которые являются объективно угрожающими сохранности организма с медицинской точки зрения, а теми, которые изменяют его внешний вид, делают его непривлекательным. Это обусловлено существованием в сознании подростка основной потребности – «удовлетворенности собственной внешностью».

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. «Это связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр.». В этом отношении с онкологическими заболеваниями связаны наиболее сильные переживания. Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти, потере трудо- и работоспособности.

К индивидуально-психологическим характеристикам, оказывающим влияние на специфику переживания заболевания, относятся особенности темперамента (в отношении следующих критериев: эмоциональность, переносимость боли, как признак эмоциональности, и ограничения движений и обездвиженности), а также особенности характера человека, его личности (мировоззренческие установки, уровень образования).

Типы психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание

В первом блоке находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации:

- гармоничный;
- эргопатический;
- анозогнозический.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации:

- тревожный;
- ипохондрический;
- неврастенический;
- меланхолический;
- эйфорический;
- апатический;
- обсессивно-фобический;
- сенситивный;
- эгоцентрический;
- паранойяльный;
- дисфорический.

Взаимодействие с некоторыми из таких пациентов может приносить выраженный психологический дискомфорт. Но знание психологических оснований этого типа поведения пациента поможет лучше понимать его потребности, ожидания, страхи и эмоциональные реакции, оптимально организовывать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния. Важно понимать, что, даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, пациент больше всего хочет услышать слова надежды и нуждается в укреплении его веры в лучшее. Пациенты, непрерывно тревожащиеся о своем состоянии, нуждаются в спокойном, оптимистичном и внимательном разговоре, а пациенты, демонстрирующие реакции агрессии к окружающим

и врачу – авторитетной уверенной позиции врача, которая поможет справиться со скрываемым в душе сильнейшим страхом за свою жизнь.

Знание психологических особенностей пациента и способов реагирования волонтера способствует успешной реализации проекта.

Проблемы, с которым столкнулись при реализации проекта:

- Ограничение посещения паллиативных пациентов в связи с пандемией
- Отсутствие информированности среди лиц, формулирующих политику, работников здравоохранения и общественности о том, что из себя представляет паллиативная медицинская помощь и какую пользу она может принести пациентам и системам здравоохранения;

- Культурные и социальные барьеры, например, представления о смерти и процессе умирания;

- Заблуждения относительно паллиативной медицинской помощи, например, мнение о том, что она предназначена только для онкологических больных или что она полагается в последние недели жизни.

Определены следующие направления деятельности при реализации проекта:

- Выстраивание долгосрочного взаимодействия со специалистами практического здравоохранения и специалистами комплексных центров социального обслуживания населения;

- Информирование пациентов и родственников, общественности о паллиативной помощи, телефону горячей линии в г. Екатеринбург и г. Нижний Тагил и какую пользу она может принести;

- Работа со специалистами комплексных центров социального обслуживания населения по вопросам ухода за паллиативными больными, выходы к паллиативным больным с целью повышения качества жизни;

- Работа в ЛПУ, на дому с паллиативными пациентами.

Литература

1. С. Вогулкин От культуры к духовности. О нравственном воспитании в медицинском колледже// г. Екатеринбург, 2021

2. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.

3. Министерство Здравоохранения Российской Федерации №345н Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации №372н Приказ от 31 мая 2019 года «Об утверждении положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»

Р.А. Лурия Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания.- М.: «Медицина», 1977

ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ

ГАУЗ СО «АРАМИЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Ошивалов Артем Алексеевич, Орлова Олеся Владимировна

Руководитель: Симонова Ирина Андреевна, преподаватель
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Екатеринбург

Согласно статистическим данным заболевания сердечно-сосудистой системы и новообразований занимают лидирующее место среди заболеваний с высокой степенью летального исхода и инвалидизации разных возрастов и групп. Тем самым пациенты в терминальных стадиях онкологических заболеваний, после инфаркта миокарда или инсульта направляются в отделения паллиативной помощи.

Актуальность темы обусловлена тем, что люди с приведенными заболеваниями в большинстве своём случаев признаны тяжелобольными и одной из сопутствующих проблем таких пациентов является образование пролежней, в следствии длительного нахождения в одном положении в период реабилитации.

Каждая клетка человеческого организма нуждается в кислороде, воде и питательных веществах, а ещё в выведении из неё продуктов жизнедеятельности.

Пролежни – это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных, вследствие длительного сдавливания, нарушений местного кровообращения и нервной трофики.

К их появлению могут привести экзогенные и эндогенные факторы. К необратимым факторам развития относят: старческий возраст, терминальное состояние, дистрофические изменения кожи, неврологические расстройства, изменение сознания, обширные хирургические вмешательства, травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости, повреждение головного и спинного мозга.

Пролежни могут образоваться везде, где есть костные выступы, контактирующие с твердой поверхностью, чаще всего в области грудного отдела позвоночника, крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, ребра, гребни подвздошных костей, а также локтя, пятки, ушной раковины.

Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Оценка риска развития пролежней проводится с помощью специальных шкал. Шкала Нортон, благодаря простоте и скорости оценки степени риска стала наиболее популярной среди медсестринского персонала. По этой шкале больных подразделяют с учетом пяти показателей.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременная оценка риска развития пролежней;
- своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;
- адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в том числе по уходу.

Проблема образования пролежней среди паллиативных пациентов актуальна и для города Арамиль. В этом мы убедились в период участия в проекте «Волонтеры паллиативной помощи», который реализуется Ассоциацией средних медицинских работников Свердловской области и нашим колледжем с использованием гранта Президента Российской Федерации, на базе ГАУЗ СО «Арамильская городская больница».

Для анализа статистики пациентов с пролежнями нами была заполнена адаптированная шкала Нортон, на которой указаны такие критерии определения риска

образования пролежней, как активность пациента, состояние кожи, сопутствующие заболевания, подвижность в кровати, уровень сознания, питание, масса тела. После тщательного изучения мы выявили, что из 43 человек, 6 пациентов имеют пролежни, из которых два имеют I стадию развития пролежня, два – II стадию развития пролежня, единичные случаи III и IV стадии.

Профилактика пролежней в отделении проводится в соответствии с ГОСТ Р 56819-2015. В качестве лечения I стадии проводится антисептическая обработка с использованием мазевых тонирующих, защищающих кожные покровы, средств. При усугублении применяются химические мази с ферментами. Используются антибактериальные мази Левомеколь, Пронтосан. Применяются препараты, содержащие йод, например, Браунодин Б.Браун. Накладываются мазевые повязки. Также используется ультрафиолетовая лампа Kernel KN-4006B 311nm, которая с помощью поляризованного света позволяет увеличить количество эпителиальной ткани.

На основании изученного теоретического материала удалось выяснить факторы образования пролежней и рассмотреть клинические картины стадий их развития. Эти знания могут помочь при профилактике и дифференцировке пролежней.

После анализа статистики пациентов с пролежнями мы убедились в значимости ухода за тяжелобольными неподвижными пациентами как на дому, так и в стационаре. Ведь чем тяжелее клиническая картина, тем сложнее будет справиться с последствиями. Так анкетирование, проведенное среди медперсонала паллиативного отделения ГАУЗ СО «Арамилская городская больница», показало высокие знания о причинах, профилактике и лечению пролежней. Поэтому эффективность проводимых мероприятий можно считать высокой. Медицинский персонал занимается не только непосредственным лечением пролежней, но и устраняет факторы их возникновения, что дает хорошие результаты для пациента. Таким образом, лечение должно быть комплексным с одновременным проведением профилактики возникновения пролежней на других участках тела, подверженных данному процессу.

Список литературы

Нормативные акты:

1. Федеральный закон N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 36 Паллиативная медицинская помощь.
2. Приказ Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 N 55053).
3. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 от 01.11.2017 «Надлежащая медицинская практика, инфологическая модель, профилактика пролежней».

Учебная литература:

1. А.А. Яковлев Объективизация выбора тактики лечения декубитальных язв у пациентов, находящихся в хроническом критическом состоянии, обусловленном поражением головного мозга: специальность 14.01.17 «Хирургия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2020. – 152 с.

2. Л.Г. Калигина, В.П. Смирнов. Основы сестринского дела: Руководство по медицинским манипуляциям. – Москва: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2016. – 432 с.

Интернет-ресурсы:

1. Внедрение национального стандарта «Профилактика пролежней» в практическую деятельность медицинской сестры: http://omrao.ru/images/doc/konf_fevr_18/Vnedrenie_standerta_Profilactica_prolejnei.pdf (дата обращения: 19.03.2022).

2. Предмет внимания в области ухода за пациентами // Региональная общественная организация медицинских сестер г. Москва URL: <https://mos-medsestra.ru/doc/280217-5.pdf> (дата обращения: 19.03.2022).

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ НА ДОМУ

Козина Софья Романовна

Руководитель: Симанова Анастасия Сергеевна, педагог-организатор

Ирбитский центр медицинского образования Нижнетагильского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

В настоящее время фиксируется тенденция роста больных, имеющих злокачественные заболевания. Несмотря на явные успехи медицины, связанные с диагностированием болезни и ее лечением, статистика все же показывает высокий процент заболеваемости и смертности, вызванные опухолевыми заболеваниями. В соответствии с данными Федеральной службы Росстата, в России в 2020 году зафиксировано 541 тыс. онкобольных, из них около 300 тыс. – летальный исход. Онкологические заболевания находятся на второй ступени, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям. Чаще всего, заболевания выявляют на последних стадиях. Результатом такого позднего диагностирования становятся смерть или, в лучшем случае, инвалидность. Каждый год в нашей стране присваивают инвалидность 200 тысячам больных.

Актуальность и важность проблемы подчеркивается в Федеральном проекте «Борьба с онкологическими заболеваниями», который направлен на обеспечение диагностики на ранних стадиях заболевания и снижение инвалидности и смертности при злокачественных новообразованиях, а также совершенствование паллиативной медицинской помощи. Также обозначены следующие задачи: совершенствование методов профилактики онкологических заболеваний, раннего выявления опухолевых и предраковых заболеваний; разработка и совершенствование методов диагностики и лечения, медицинской, психологической и социальной реабилитации. Качество оказания паллиативной помощи и ее эффективность напрямую зависит от ухода за онкобольными.

В рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» волонтерами с сентября 2021г. на территории ГО «город Ирбит» было осуществлено более 170 выходов к пациентам на дом. Из них – 22 благополучателя с онкологией последней стадии. Паллиативный уход за такими пациентами – это большой труд, который требует не только знаний и умений в сестринском уходе за больным, но и знание психологии и духовных аспектов при общении с больными и их родственниками. Из опыта работы волонтеров, хотелось бы поделиться основными направлениями работы по оказанию паллиативной помощи в домашних условиях онкобольным пациентам.

Особенности ухода после химиотерапии за пациентом. Все противораковые препараты обладают негативным воздействием на организм, что сопровождается

многочисленными побочными эффектами. Объясняется это природой веществ: показатель их терапевтического индекса достаточно низкий. Если у пациента имеется острая или отсроченная гиперчувствительность к подобным лекарственным средствам, он нуждается в особом уходе.

От волонтера и родственников требуется максимальная концентрация внимания. Необходимо периодически измерять артериальное давление больного, следить за частотой ударов пульса, дыханием, состоянием кожных покровов. Сопутствующим явлением становится сыпь, появляющаяся на коже. С целью контроля ситуации с пациентом, измеряется его температура тела. Если у пациента возникает головокружение и головная боль; онемение и слабость мышц; появляются запоры и нарушается двигательная активность, то мы говорим о такой побочной реакции, как периферическая нефропатия. Препараты, используемые при химиотерапии, оказывают свое токсичное действие на желудочно-кишечный тракт. Возникает тошнота, рвота, расстройство желудка, что сопровождается потерей веса. Необходимо тщательно подойти к вопросу о питании. Если развился стоматит, рекомендовано обильное питье, полоскание рта (процедура обязательно проводится после еды) раствором фурацилина. Необходимо соблюдать личную гигиену. Для чистки зубов использовать щетку с мягкой щетиной, во избежание дополнительной травмированности полости рта. Чтобы минимизировать риск заражения, больному не следует вести себя активно. Ему предписано состояние покоя. Противопоказано контактировать с людьми, которые больны респираторными заболеваниями.

Самое важное – это оказание еще и моральной поддержки, и проявление эмпатии. Пациент нуждается в спокойной обстановке.

От волонтера требуется проведение информативной работы: ознакомление с сопровождающимися побочными симптомами после химиотерапии.

Особенности питания онкобольных. Питание играет огромную роль во время терапии онкобольного. Оно должно быть, в первую очередь, диетическим, правильным и сбалансированным. Только при таких условиях в организм не попадут вещества-канцерогены, усугубляющие негативную сторону раковой болезни, и он получит все необходимые питательные вещества, обладающие антиканцерогенными свойствами.

Волонтер может дать соответствующие рекомендации онкобольным, чтобы они соблюдали принципы противоопухолевой диеты:

1. Избегать жирной пищи. Допустимо употреблять одну столовую ложку растительного масла в день.
2. Для приготовления пищи применяются жиры, которые обладают устойчивостью к нагреванию (оливковое масло). В уже используемом жире готовить второй раз пищу нельзя.
3. Употреблять минимум соли, сахара, рафинированных углеводов.
4. Мясо (кроличье, куриное, говядина) употреблять в минимальном количестве. Рекомендовано нежирное белое. Категорически противопоказаны колбасные изделия и копчености, а также приготовленная на углях пища.
5. Молочные продукты можно употреблять.
6. Оптимальные способы приготовления еды: на пару, запекание, тушение. Воды при этом используется по минимуму.
7. Рекомендованы цельнозерновые крупы. Хлебобулочная продукция должна быть обогащенной пищевыми волокнами.

8. Для питья используется только очищенная вода. Чай заменяется травяными отварами и фруктовыми соками. Потребление газированных напитков, содержащих химические ненатуральные добавки, ограничено.

9. Больному нельзя переедать.

10. Алкоголь недопустим к потреблению.

В ст. 36 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дано следующее определение паллиативной медицинской помощи: «Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания».

Говоря о паллиативном уходе за тяжелобольным пациентом, подразумевается уход, для которого характерен максимальный уровень качества. В ходе его реализации, волонтер не только использует знания и опыт. Пациент должен чувствовать исходящую от него заботу, так как это целиком и полностью влияет на создание вокруг благоприятной обстановки. Деликатность, тактичность – это то, о чем всегда должен помнить волонтер.

В настоящее время уход должен придерживаться следующих принципов:

1. Безопасность. Родственники и волонтер следит за пациентом, чтобы не возникла травмоопасная ситуация, в которую он может быть вовлечен.

2. Конфиденциальность. Вся личная информация о больном, в том числе подробности диагноза, ни в коей мере не должны разглашаться и становиться достоянием общественности.

3. Уважение чувства достоинства. Все процедуры должны выполняться только после того, как пациент согласился в них участвовать. Если при этом ему требуется уединение, волонтер или родственники создают такие условия.

4. Независимость. Необходимо поощрять больного, проявившего самостоятельность.

5. Инфекционная безопасность. Онкобольные испытывают огромные трудности в повседневной жизни. Им тяжело передвигаться, их дыхание затруднено. Проблемы касаются употребления воды и еды, а также выделения продуктов жизнедеятельности. Даже отдых и сон не приносят облегчения. В результате постоянного болевого синдрома, появляется раздражительность, что негативно сказывается на их общении с окружающими. Больные раком не способны поддерживать личную безопасность. Сопутствующими явлениями перечисленных выше проблем становятся различного рода осложнения здоровья: появляются пролежни, застой в легких, нарушается процесс выведения организмом мочи, в почках могут образоваться камни, возникают запоры. Касательно суставов, нарушается их подвижность. Развивается дистрофия мышц. Больному становится тяжело ухаживать за собой и осуществлять гигиенические процедуры. Также нарушается сон. Возникает дефицит общения.

При уходе за тяжелобольным онкологическим пациентом, волонтерами и родственниками выполняются целый ряд обязанностей:

1. Создание условий, максимально комфортных для больного с физической и психологической сторон. Ликвидация при этом, по возможности, всех раздражающих пациента факторов.

2. Контролируют, чтобы пациент соблюдал постельный режим. Данная мера необходима, с целью предотвращения возникновения осложнений.

3. Чтобы не образовались пролежни, переворачивают пациента каждые два часа. Дополнительно необходим уход за кожей. Это предотвратит образование опрелостей.

4. Проветривают комнату, в которой находится больной.

5. Контролируют физиологические отправления. Это необходимо чтобы своевременно оказать профилактическую помощь. Тогда не возникнут запоры, отеки, в почках не образуются конкременты.

6. Измеряют АД пациента, его температуру тела, ЧДД, подсчитывает количество ударов пульса. Это позволит выявить осложнения на их ранней стадии, что позволит оказать помощь своевременно.

7. Чтобы больной чувствовал себя достаточно комфортно, осуществляет ряд гигиенических процедур, что важно в профилактических целях по предотвращению осложнений.

8. Как только возникает необходимость, меняет постельное и нательное белье у пациента.

9. Если пациент не может самостоятельно есть, оказывает ему помощь.

10. Консультирует родственников в отношении ухода за больным.

11. Создают оптимистичную, благоприятную атмосферу, позволяющую больному комфортно себя чувствовать.

12. Волонтер обучает больного способам ухода за собой, мотивирует его и поощряет.

Пациенты и их родственники также нуждаются и в психологической поддержке.

Подводя итог, можно сказать, что опыт работы волонтеров по оказанию паллиативной помощи онкобольным пациентам и консультирование родственников по уходу за больными – важно и значимо в обществе. Эта работа улучшает качество жизни неизлечимых больных, которые нуждаются в постороннем уходе. Также это положительный жизненный опыт работы и для самих волонтеров.

Литература

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.;

2. Национальный проект «Здравоохранение» от 24.12.2018 г.;

3. Вогулкин С.Е. От культуры к духовности: О нравственном воспитании в медицинском колледже. – Екатеринбург, 2021г.;

4. Давыдов М.И., Ведьшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ж.Х., Петерсон С.Б., Онкология: модульный практикум. Учебное пособие. / - 2018г.;

5. Зарянская В. Г., Онкология для медицинских колледжей - Ростов н/Д: Феникс / 2019 г.;

6. Руководство к практическим занятиям по онкологии: учеб.пособие для вузов / Ш. Х. Ганцев. - М.: МИА, 2017 г.;

7. Паллиативная помощь в онкологии: учеб.пособие / К. Г. Утин, С.В. Яйцев, С.А.Нагуло ; под ред. С.В.Яйцева. - Челябинск:ЧелГМА, 2018

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412145.html>

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ТРЕБУЮЩИМ
ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА И ИХ БЛИЗКИМ**

Носова Ксения Викторовна, Казакова Анастасия Алексеевна

Руководитель: Волкова Наталья Петровна, социальный педагог
Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Красноуфимск

Привлекая волонтеров к работе, охват пациентов увеличивается в несколько раз, улучшается качество ухода при правильном обучении родственников и оказывается психосоциальная и духовная поддержка, как пациентам, так и членам его семьи [1, с. 47].

Существуют и трудности при организации волонтерской деятельности. Недостаток знаний, нехватка ресурсов. Актуальна проблема и боязни инфицирования COVID-19 в условиях пандемии.

Планирование и организация деятельности осуществляется по определенному алгоритму, начиная с привлечения волонтеров, заканчивая разработкой системы руководства.

При наборе волонтеров нужно учитывать факторы, которые могут сказаться на их работе. Важно видеть готовность добровольца к работе, его заинтересованность и надежность.

Цель обучения волонтеров в рамках преемственности: подготовка волонтеров способных идентифицировать социальные, духовные, физические, информационные, психологические и эмоциональные потребности пациентов и эффективно действовать для удовлетворения этих потребностей [2].

Существует специальная система супервизии. Она включает в себя руководство, оценку и методическую поддержку деятельности, осуществляемой волонтерами.

Основная задача супервизии – предоставить эффективную поддержку волонтерам для обеспечения высокого качества помощи.

За время второго этапа (с января по март месяц) реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» было осуществлено 21 выход, отработано 63 часа и размещена 21 публикация.

Литература

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст] / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с. (Шифр 616-08-039.75(075) В 74)
2. Ахмадуллина Л. Р. Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи на дому / Л. Р. Ахмадуллина // Сестринское дело. – 2016. – № 2. – С.40-41.

ВОВЛЕЧЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Коряков Андрей Михайлович, студент 393 МС гр.

Руководитель: Ващенко Ирина Валерьевна

Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
город Красноуфимск

Хосписная помощь является одним из вариантов паллиативной помощи, – это всеобъемлющая помощь больному в конце жизни и умирающему человеку.

Термин «паллиативная помощь» – широкое понятие, которое в отличие от исключительно медицинского вмешательства обязательно содержит духовный компонент.

Больному оказывают поддержку духовного, религиозного и социального плана, при необходимости помогая в уходе.

Сегодня добровольчество в сфере здравоохранения остается эффективным инструментом реализации гражданского, личностного и профессионального потенциала обучающихся образовательных организаций, медицинского персонала, а также граждан, заинтересованных в волонтерской деятельности в здравоохранении. Волонтерство в Свердловской области по темпам развития не уступает благотворительности России. Этот вид волонтерской помощи занял третье место среди самых востребованных направлений после помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и поиска пропавших людей [1].

Цель работы – улучшение организации работы волонтеров (добровольцев) в отделении паллиативной медицинской помощи.

Волонтерская работа в отделении паллиативной помощи ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ» осуществляется с 2020 года. Психологическая и социальная поддержка является неотъемлемой частью оказания паллиатива. Она позволяет улучшить уровень жизни неизлечимо больных граждан. Проведя исследование в феврале 2022г, выявили, что за 2021 год из всех пациентов, которым оказывалась помощь, подавляющее большинство наших пациентов традиционно были онкологического профиля – 73,21%. На втором месте по частоте госпитализации больные с неврологической патологией – 19,36%. Третье место у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 5,44%. В единичных случаях госпитализировали больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (0,26%), хроническими заболеваниями печени (0,66%), ревматоидным артритом (0,8%), рассеянным склерозом (0,13%) и болезнью Паркинсона (0,13%).

Социальная помощь в создании качества жизни ни в ком не вызывает сомнений. Решение проблем семьи, быта, работы, финансовых вопросов, завещания – все это долг общества пациенту и обратная с ним взаимосвязь [2]. Так, согласно приложению к Приказу Минздрава России от 08.09.92 № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов» хосписы и отделения паллиативной помощи являются медико-социальными учреждениями [1]. Хоспис же на самом деле не является домом смерти, он служит качественной жизни до конца.

Оказание паллиатива предусматривает несколько направлений: медицинская терапия лекарственными препаратами для купирования болевого синдрома; оказание психологической поддержки пациентам и их близким родственникам; обеспечение больным их законного права жизни в социуме с соблюдением их законных интересов [3].

Волонтеры выходили поработать на дом по просьбе родственников больного для проведения ряда простых медицинских манипуляций. По нашему мнению, помощь паллиативным пациентам на дому имеет ряд преимуществ: 1. Оказание помощи человеку в знакомой обстановке; 2. Является персональной (учитывание индивидуальных привычек и возможностей человека); 3. Способствует установлению доброжелательных, доверительных отношений; 4. Включает заботу о семье; 5. Осуществляется совместными усилиями (участие семьи); 6. Нет риска инфицирования внутрибольничными инфекциями; 7. Человек не остается без помощи.

Работая в паллиативном отделении, волонтеры организовывали концерт, посвященный Дню матери и, тем самым, поднимали пациентам настроение. Подстригали больных, подравнивали бороду. Иногда у нас с пациентами завязывалась дружба, и мы приходили к ним в выходные дни, просто находились рядом, общались, гуляли, звонили

своим родственникам, друзьям. Мы знаем, что некоторым больным нужна юридическая поддержка. На самом деле вариантов помощи огромное множество. Она нужна и востребована, ее ждут и в ней нуждаются.

Мы провели интервьюирование среди среднего медицинского персонала, в т.ч. со старшей медсестрой отделения: «С какими трудностями они столкнулись при работе с волонтерами?». Установили: 1. Отсутствие знаний, как и с чего начать: каким образом привлечь добровольных помощников, чему обучать, как организовать работу, каким образом поддерживать мотивацию добровольцев и оценивать их работу; 2. Недостаток финансовых, человеческих и материальных ресурсов для организации работы волонтеров; 3. Мнение, что в оказании помощи должны участвовать только специалисты; 4. Настороженное отношение получателей помощи к добровольным помощникам.

Таким образом, важную роль в деятельности хосписов играют волонтеры (добровольцы). В работе отделения паллиативной помощи должны принимать участие обученные волонтеры; волонтеры являются необходимой составной частью паллиативной помощи; волонтеры должны быть подготовлены, осуществлять работу под руководством специалиста.

Литература

1. Клиническая медицина, Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении», №4(41) 2018;

2. Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении» №4(18) 2012;

Особенности волонтерства в паллиативной помощи, Кравцова И.Ф., Шурыгина Е.П., Савинов К.Н., МБУ ЦГБ№ 2 им. А.А. Миславского, г. Екатеринбург, корпус паллиативной медицинской помощи.

ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

Василенко Павел Анатольевич

Руководитель: Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой Асбестовско-Суходолжский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

Говоря об актуальности темы, важно отметить, что проблема развития паллиативной медицины в Свердловской области в настоящий момент стоит достаточно остро. В настоящее время неизлечимо больные люди выписываются домой из больниц без гарантированного обезболивания и ухода и практически лишены возможности достойно дожить оставшиеся дни, не став обузой для близких. А родственники зачастую не могут справиться с проблемами, сопровождающими остаток жизни неизлечимо больного.

Согласно данным регистра паллиативных больных, в Асбестовском городском округе зарегистрировано 840 человек, нуждающихся в паллиативном уходе. Из них 600 человек являются маломобильными.

Огромное значение играет организация паллиативной помощи на дому, что в настоящее время, бюджетные учреждения здравоохранения Свердловской области не могут обеспечить в полной мере.

Создание выездной патронажной службы паллиативной помощи — это менее затратный, проще организованный, но не менее эффективный способ оказания комплексной медицинско-социальной помощи паллиативным больным, который позволит

если не полностью решить проблему развития паллиативной медицины в регионе, то значительно снизить её остроту.

С сентября 2021 года на территории Асбеста, в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи», реализуемого ГБПОУ «СОМК» при поддержке «Фонда Президентских грантов», осуществляют активные выездные патронажи 20 волонтеров. А также для обучения родственников и иных лиц, самостоятельно осуществляющих уход за паллиативными больными, страдающими от существенного ограничения физических возможностей (лежачими пациентами), организована «Школа ухода за паллиативным больным». Основной задачей которой является оказание психологической помощи вышеуказанным лицам и обучение их теоретическим основам и практическим навыкам общения с больным и ухода за ним. Это первые шаги по данному направлению.

Для оценки социальной значимости направления деятельности и необходимости организации патронажной службы было проведено анкетирование среди медицинских работников отделений, работающих с функционально-ориентированными пациентами, родственников тяжелобольных и маломобильных пациентов. По результатам анкетирования медицинских работников можно сделать несколько выводов:

Чаще всего к медицинским работниками обращаются с вопросами по особенностям гигиенического ухода за лежачим, инкурабельным родственником (58%) и вопросом профилактики возможных осложнений и сопутствующих/хронических заболеваний (33%). 9% медицинских работников консультировали родственников тяжелобольных пациентов в других вопросах.

100% медицинских работников уверены в необходимости «Школы ухода за тяжелобольными пациентами». Необычным результатом стало то, что медицинские работники, чья работа непрерывно связана с больными людьми, считают, что в бригаде, осуществляющей патронаж, должны присутствовать духовные наставники (81%) и профильные специалисты, ориентированные на заболевания анамнеза пациента (19%). Возрастная категория инкурабельных пациентов в более чем половине случаев старше 70 лет (53%), 60-70 лет (42%), и лишь в 2% возраст пациента не превышает 60 лет. По субъективным данным опроса сотрудников пациенты онкологического профиля составляют подавляющее большинство (64%) инкурабельных пациентов, на втором месте (31%) пациенты неврологического профиля, остальную же часть (5%) составляют пациенты, перенесшие хирургические заболевания и травмы, осложненные отягощенным анамнезом.

Говоря об анкетировании родственников, самостоятельно осуществляющих уход, можно выделить следующие выводы:

Физические и эмоциональные аспекты ухода составляют 35% и 40% соответственно. При этом проблему недостатка знаний выделяют 25% опрошенных. Большая часть анкетированных выделяют недостаток знаний именно в сфере гигиенического ухода (58%), 40% родственников больше интересуется сфера профилактики заболеваний и сопутствующих осложнений. 2% выделяют другие проблемы и другие интересующие их вопросы. Так же, важно отметить, что множество людей, осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами, не знают о существовании специализированной линейке уходовых средств (83%), и только лишь 17% слышали об этих средствах и пользуются ими. И их использование существенно облегчает процедуры ухода. Родственники в 72% случаев, как и медицинские работники, отмечают необходимость присутствия в специализированных

патронажных бригадах Духовных наставников. По их словам, пациентам «Так будет легче принять...». В 28% случаях родственники хотят видеть, прежде всего, профильных специалистов, работающих именно по направлению заболевания тяжелобольного пациента.

К большому сожалению, 78% опрошенных не знают о существовании местного отделения социальной службы по работе с населением, либо не знают, что туда можно обратиться за помощью и поддержкой. Остальные же 22% пользуются или планируют воспользоваться такой помощью.

Основной вопрос, который интересует близких людей пациента, непосредственно перед выпиской из стационара: Какой специалист будет ответственен за продолжение паллиативного лечения?

Таким образом, на основании пожеланий родственников тяжелобольных пациентов, самих инкурабельных пациентов и работников паллиативной сферы, в состав патронажной службы должны входить: врач-терапевт, или фельдшер; медицинская сестра; духовный наставник; специалист социальной службы; психолог.

Так мы в полной мере оказывает инкурабельному пациенту медицинскую, эмоциональную, социальную и духовную поддержку.

ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

Василенко Павел Анатольевич

Руководитель: Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

Говоря об актуальности темы, важно отметить, что проблема развития паллиативной медицины в Свердловской области в настоящий момент стоит достаточно остро. В настоящее время неизлечимо больные люди выписываются домой из больниц без гарантированного обезболивания и ухода и практически лишены возможности достойно дожить оставшиеся дни, не став обузой для близких. А родственники зачастую не могут справиться с проблемами, сопровождающими остаток жизни неизлечимо больного.

Согласно данным регистра паллиативных больных, в Асбестовском городском округе зарегистрировано 840 человек, нуждающихся в паллиативном уходе. Из них 600 человек являются маломобильными.

Огромное значение играет организация паллиативной помощи на дому, что в настоящее время, бюджетные учреждения здравоохранения Свердловской области не могут обеспечить в полной мере.

Создание выездной патронажной службы паллиативной помощи — это менее затратный, проще организованный, но не менее эффективный способ оказания комплексной медицинско-социальной помощи паллиативным больным, который позволит если не полностью решить проблему развития паллиативной медицины в регионе, то значительно снизить её остроту.

С сентября 2021 года на территории Асбеста, в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи», реализуемого ГБПОУ «СОМК» при поддержке «Фонда Президентских грантов», осуществляют активные выездные патронажи 20 волонтеров. А также для обучения родственников и иных лиц, самостоятельно осуществляющих уход за паллиативными больными, страдающими от существенного ограничения физических возможностей (лежачими пациентами), организована «Школа ухода за паллиативным больным». Основной задачей которой является оказание

психологической помощи вышеуказанным лицам и обучение их теоретическим основам и практическим навыкам общения с больным и ухода за ним. Это первые шаги по данному направлению.

Для оценки социальной значимости направления деятельности и необходимости организации патронажной службы было проведено анкетирование среди медицинских работников отделений, работающих с функционально-ориентированными пациентами, родственников тяжелобольных и маломобильных пациентов. По результатам анкетирования медицинских работников можно сделать несколько выводов:

Чаще всего к медицинским работниками обращаются с вопросами по особенностям гигиенического ухода за лежачим, инкурабельным родственником (58%) и вопросом профилактики возможных осложнений и сопутствующих/хронических заболеваний (33%). 9% медицинских работников консультировали родственников тяжелобольных пациентов в других вопросах.

100% медицинских работников уверены в необходимости «Школы ухода за тяжелобольными пациентами». Необычным результатом стало то, что медицинские работники, чья работа непрерывно связана с больными людьми, считают, что в бригаде, осуществляющей патронаж, должны присутствовать духовные наставники (81%) и профильные специалисты, ориентированные на заболевания анамнеза пациента (19%). Возрастная категория инкурабельных пациентов в более чем половине случаев старше 70 лет (53%), 60-70 лет (42%), и лишь в 2% возраст пациента не превышает 60 лет. По субъективным данным опроса сотрудников пациенты онкологического профиля составляют подавляющее большинство (64%) инкурабельных пациентов, на втором месте (31%) пациенты неврологического профиля, остальную же часть (5%) составляют пациенты, перенесшие хирургические заболевания и травмы, осложненные отягощенным анамнезом.

Говоря об анкетировании родственников, самостоятельно осуществляющих уход, можно выделить следующие выводы:

Физические и эмоциональные аспекты ухода составляют 35% и 40% соответственно. При этом проблему недостатка знаний выделяют 25% опрошенных. Большая часть анкетированных выделяют недостаток знаний именно в сфере гигиенического ухода (58%), 40% родственников больше интересуется сфера профилактики заболеваний и сопутствующих осложнений. 2% выделяют другие проблемы и другие интересующие их вопросы. Так же, важно отметить, что множество людей, осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами, не знают о существовании специализированной линейке уходовых средств (83%), и только лишь 17% слышали об этих средствах и пользуются ими. И их использование существенно облегчает процедуры ухода. Родственники в 72% случаев, как и медицинские работники, отмечают необходимость присутствия в специализированных патронажных бригадах Духовных наставников. По их словам, пациентам «Так будет легче принять...». В 28% случаях родственники хотят видеть, прежде всего, профильных специалистов, работающих именно по направлению заболевания тяжелобольного пациента.

К большому сожалению, 78% опрошенных не знают о существовании местного отделения социальной службы по работе с населением, либо не знают, что туда можно обратиться за помощью и поддержкой. Остальные же 22% пользуются или планируют воспользоваться такой помощью.

Основной вопрос, который интересует близких людей пациента, непосредственно перед выпиской из стационара: Какой специалист будет ответственен за продолжение паллиативного лечения?

Таким образом, на основании пожеланий родственников тяжелобольных пациентов, самих инкурабельных пациентов и работников паллиативной сферы, в состав патронажной службы должны входить: врач-терапевт, или фельдшер; медицинская сестра; духовный наставник; специалист социальной службы; психолог.

Так мы в полной мере оказываем инкурабельному пациенту медицинскую, эмоциональную, социальную и духовную поддержку.

ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАУЗ СО «АРАМИЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Ошивалов Артем Алексеевич

Орлова Олеся Владимировна

Руководитель: Симонова Ирина Андреевна

преподаватель ГБПОУ «СОМК»

Екатеринбург

Согласно статистическим данным заболевания сердечно-сосудистой системы и новообразований занимают лидирующее место среди заболеваний с высокой степенью летального исхода и инвалидизации разных возрастов и групп.

Актуальность темы обусловлена тем, что люди с приведенными заболеваниями в большинстве своём случаев признаны тяжелобольными и одной из сопутствующих проблем таких пациентов является образование пролежней, в следствии длительного нахождения в одном положении в период реабилитации.

Проблема образования пролежней среди паллиативных пациентов актуальна и для города Арамиль. В этом мы убедились в период участия в проекте «Волонтеры паллиативной помощи», который реализуется Ассоциацией средних медицинских работников Свердловской области и нашим колледжем с использованием гранта Президента Российской Федерации, на базе ГАУЗ СО «Арамильская городская больница».

Для анализа статистики пациентов с пролежнями нами была заполнена адаптированная шкала Нортонa, на которой указаны такие критерии определения риска образования пролежней, как активность пациента, состояние кожи, сопутствующие заболевания, подвижность в кровати, уровень сознания, питание, масса тела. После тщательного изучения мы выявили, что из 43 человек, 6 пациентов имеют пролежни, из которых два имеют I стадию развития пролежня, два – II стадию развития пролежня, единичные случаи III и IV стадии.

Профилактика пролежней в отделении проводится в соответствии с ГОСТ Р 56819-2015. В качестве лечения I стадии проводится антисептическая обработка с использованием мазевых тонирующих, защищающих кожные покровы, средств. При усугублении применяются химические мази с ферментами. Используются антибактериальные мази Левомеколь, Пронтосан. Применяются препараты, содержащие йод, например, Браунодин Б.Браун. Накладываются мазевые повязки. Также используется ультрафиолетовая лампа Kernel KN-4006B 311nm, которая с помощью поляризованного света позволяет увеличить количество эпителиальной ткани.

После анализа статистики пациентов с пролежнями мы убедились в значимости ухода за тяжелобольными неподвижными пациентами как на дому, так и в стационаре. Ведь

чем тяжелее клиническая картина, тем сложнее будет справиться с последствиями. Так анкетирование, проведенное среди медперсонала паллиативного отделения ГАУЗ СО «Арамилская городская больница», показало высокие знания о причинах, профилактике и лечению пролежней. Поэтому эффективность проводимых мероприятий можно считать высокой. Медицинский персонал занимается не только непосредственным лечением пролежней, но и устраняет факторы их возникновения, что дает хорошие результаты для пациента. Таким образом, лечение должно быть комплексным с одновременным проведением профилактики возникновения пролежней на других участках тела, подверженных данному процессу.

Список литературы

Нормативные акты:

1. Федеральный закон N 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статья 36 Паллиативная медицинская помощь.
2. Приказ Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019 "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья" (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 N 55053).
3. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 от 01.11.2017 «Надлежащая медицинская практика, инфологическая модель, профилактика пролежней».

Учебная литература:

1. А.А. Яковлев Объективизация выбора тактики лечения декубитальных язв у пациентов, находящихся в хроническом критическом состоянии, обусловленном поражением головного мозга: специальность 14.01.17 «Хирургия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2020. – 152 с.
2. Л.Г. Калигина, В.П. Смирнов. Основы сестринского дела: Руководство по медицинским манипуляциям. – Москва: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2016. – 432 с.

Интернет-ресурсы:

1. Внедрение национального стандарта «Профилактика пролежней» в практическую деятельность медицинской сестры: http://omrao.ru/images/doc/konf_fevr_18/Vnedrenie_standerta_Profilactica_prolejnei.pdf (дата обращения: 19.03.2022).
2. Предмет внимания в области ухода за пациентами // Региональная общественная организация медицинских сестер г. Москва URL: <https://mos-medsestra.ru/doc/280217-5.pdf> (дата обращения: 19.03.2022).

СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ СОСТОЯНИИ НА ДОМУ ВОЛОНТЕРАМИ НОВОУРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»

Аджигитова Алена Александровна, студентка,
Стародубова Евгения Викторовна, преподаватель,
Шалавина Ольга Николаевна, заведующий практикой
Новоуральского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Новоуральск, Россия

Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, имеющий своей целью улучшение качества жизни паллиативных пациентов и членов их семей. Приоритетным направлением данной помощи является достижение эмоционального равновесия и физического комфорта пациента.

На территории Свердловской области для сопровождения людей в паллиативном состоянии на дому реализуется проект «Волонтеры паллиативной помощи» при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области, Екатеринбургской и Верхотурской Митрополии, Свердловского областного медицинского колледжа, Лиги волонтерских отрядов Свердловской области.

С целью реализации проекта в Новоуральском филиале ГБПОУ «СОМК» был создан штаб в составе 23 волонтеров. На собраниях штаба обозначены основные задачи волонтерской работы: обучить волонтеров паллиативной помощи, обозначить паллиативных пациентов, определить их проблемы, составить и реализовать план ухода за пациентами.

За период с сентября 2021 года по февраль 2022 года волонтерами паллиативной помощи на территории Новоуральского ГО было совершено 201 выход, что составило 455 часов. Приняло участие 105 волонтеров к 52 паллиативным пациентам со следующими заболеваниями и состояниями: различные формы злокачественных новообразований (28 чел.- 53,8%), хронические прогрессирующие заболевания - полинейропатия, диабетическая ангиопатия с последующей ампутацией конечностей (6 чел.- 11, 5%), тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения (12 чел. – 23%), тяжелые необратимые последствия травм (4 чел. – 7,6%), деменция (2 чел. – 3,8%).

Этической нормой медицинской помощи является сотрудничество с пациентом. Хороший уход является мощным психологическим фактором, улучшающим настроение и самочувствие пациента. Объем работы волонтера при осуществлении общего ухода зависит от тяжести состояния больного и его способности к самообслуживанию

Неотъемлемой частью ухода является оценивание состояние пациента, его динамики – измерение АД, ЧСС, ЧДД, пульсоксиметрия, наличие одышки, осмотр кожных покровов на наличие пролежней, оценка боли по шкале, личная гигиена, помощь при тошноте и рвоте, подача судна, смена памперса, кормление, прогулки, беседы, при наличии родственников- их обучение по уходу за пациентом.

При сопровождении этих пациентов волонтерами проводился уход за стомами (холецистостомой, нефростомой, гастростомой, уростомой, калостомой), обработка пролежней, массаж для профилактики контрактуры, перевязки при диабетической стопе.

К некоторым пациентам осуществляется ежедневный патронаж/уход. Это чаще всего одинокие люди, родственники которых давно умерли или живут в других регионах. Пациенты этой категории людей нуждаются не только в медицинском уходе, но и в психологической поддержке. Волонтеры Новоуральского филиала с этими пациентами читали книги, вывозили на прогулку в кресле - каталке, сопровождали в медицинские организации, ходили в магазин, готовили еду, убирали квартиру.

Из опыта работы представляем 2 пациентов:

Пациентка К. 68 лет. Находится на амбулаторном лечении с диагнозом рак пищевода IV ст. с метастазами в печень.

Пациент предъявляет жалобы постоянные тянущие боли в эпигастральной области, слабость, жажду, рвоту желудочным содержимым, затруднение глотания твердой пищи, потерю массы тела на 12 кг за последние 2 месяца.

Проведена операция в объеме гастрэктомии, выведена гастростома. Находится на химиотерапии.

При осмотре: Больная пониженного питания, рост 178 см, вес 52 кг. Кожа обычной окраски, сухая, тургор кожи снижен. АД 100/60 мм. рт. ст, пульс 100 уд/мин. Язык суховат, обложен белым налетом.

Проблемы: Боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, снижение аппетита, слабость, похудение, тяжесть в желудке, беспокойность своим состоянием.

Проведенная работа с данным пациентом:

1. Установление контакта с пациентом.
2. Первичная оценка (обследовании пациента)

Получение информации о здоровье и определение конкретных потребностей пациента в уходе, а также возможности оказания самопомощи.

Расспрос пациента и его родственников о факторах риска: пациентка курит, но принимает все усилия, для того чтобы избавиться от вредной привычки, питается мало.

Из анамнеза: в течение 25 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; обострение 2-3 раза в год. Вышеуказанные жалобы появились и постепенно нарастали в течение года. Похудела за последние 2 мес. на 12 кг. ЧСС 100 уд. в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., ЧДД 18, t тела 370С

Кожные покровы бледные, сухие, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно;

Боли плохо купируются в/м введением кеторола 30 мг 2 раза в сутки;

Вызов участкового терапевта для коррекции обезболивающих препаратов. Назначен р-р трамадола 5%- 2 мл в/м 2 раза в сутки. Выписан рецепт;

Имеется зависимость засыпания от снотворного;

Поведение в постели – вынужденное;

Физиологические отправления не регулярные, диурез снижен.

3. Обезболивание: раствор трамадола 5%- 2 мл в/м 2 раза в сутки по назначению врача под контролем руководителя. Болевой синдром купируется в большей степени.

4. Утренний туалет пациентки, профилактика пролежней.

5. Проветривание комнаты – для обогащения воздуха кислородом.

6. Приготовление смеси для питания. Кормление через гастростому, уход за гастростомой.

7. Обеспечение физического и психического покоя – для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.

8. Контроль соблюдения постельного режима – для создания физического покоя, профилактики осложнений.

9. Обучение родственников больного позиционированию пациента.

10. Проведение инструктажей по подготовке к лабораторным исследованиям – биохимический анализ крови.

11. Смена нательного и постельного белья – для создания комфорта, профилактики осложнений. Обучение родственников больного смене постельного белья.

12. Организация досуга пациента – для создания максимально возможную комфорта и благополучия.

13. Проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) – для восстановления и поддержания нарушенных функций организма.

Пациентка М. 63 года, находится на амбулаторном лечении с диагнозом рак легкого IV стадии с метастазами.

На время курирования пациентка жаловалась на общую слабость, головокружение, бледность кожных покровов, боль в грудной клетке, усиливающуюся при дыхании и кашле, одышку, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, нарушения общего самочувствия. Похудела на 16 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет. Пациентка обеспокоена своим состоянием, утверждает, что ее мать умерла от онкологического заболевания, и она ожидает такого же исхода.

Объективно: состояние пациентки средней степени тяжести, сознание – ясное, положение в постели – вынужденное полусидячее, поведение адекватное. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание – одышка экспираторного характера ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные АД 130/60 мм. рт. ст., пульс 95 уд. в минуту. Отёки нижней трети голени. Температура тела 37,4 0С

Проблемы: Боль в грудной клетке, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови, резкая слабость, похудение, обеспокоенность своим состоянием.

Проведенная работа с пациенткой:

1. Установление контакта с пациенткой.
2. Первичная оценка (обследование пациента)

Получение информации о здоровье и определение конкретных потребностей пациента в уходе, а также возможности оказания самопомощи.

Расспрос пациентки и её родственников о факторах риска: пациентка не курит, питается мало, почти ничего не ест.

Из анамнеза: хронический обструктивный бронхит легких, чувствует себя больной в течении года. Диагноз рак легкого поставлен 8 месяцев назад. Обратилась к врачу в связи с усилением одышки, утомляемость, кашель.

Температура тела 37,4,0С, ЧСС 95, АД 130/60 мм рт.ст., ЧДД 22

Кожные покровы бледные, сухие, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно

Имеется зависимость засыпания от снотворного

Поведение в постели – активное

Физиологические отправления не регулярные, диурез снижен

3. Проветривание комнаты – для обогащения воздуха кислородом.
4. Обучение по применению карманного ингалятора (беродуал)
5. Обезболивание по назначению врача- кеторол 30 мг в/м 2 раза в сутки.
6. Обучение дыхательной гимнастике.
7. Обеспечение физического и психического покоя – для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.
8. Контроль соблюдения постельного режима – для создания физического покоя, профилактики осложнений.
9. Изменение положения больного через 2 ч – для профилактики пролежней. Обучение родственников больного позиционированию пациента (все положения в постели)
8. Смена нательного и постельного белья – для создания комфорта, профилактики осложнений. Обучение родственников больного смене постельного белья.
10. Мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта, профилактики осложнений. Обучение родственников больного уходу за кожей пациента, утреннему туалету.

11. Беседы: по улучшению питания пациента с высоким содержанием белка и витаминов; необходимости соблюдения диеты; контроля суточного диуреза; подсчету пульса; постоянного приема лекарственных препаратов

12. Проведение инструктажей по подготовке к лабораторным исследованиям – биохимический анализ крови.

13. Организация досуга пациента – для создания максимально возможного комфорта и благополучия – прогулки, чтение книг.

При изучении проблем пациентов мы пришли к выводу, что паллиативная помощь инкурабельным больным в домашних условиях возможна при условии:

- 1) оказания психологической и духовной поддержки инкурабельным больным;
- 2) осуществления медицинского ухода;
- 3) адекватного обезболивания и создания комфортных условий быта.

По отзывам пациентов и их родственников, благодаря паллиативной помощи волонтеров Новоуральского филиала ГБПОУ «СОМК», качество их жизни поддерживается на достойном уровне.

Литература

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст] / С. И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372