



**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Паллиативная помощь и онкология»

Специальность: 0301000 «Лечебное дело»

Квалификация: 0301013 «Фельдшер»

Курс: 4

Семестр: 7

Форма контроля: Экзамен

Общая трудоемкость часов КЗ: 72/3

Аудиторные занятия: 12

Симмуляционные занятия: 60

Шымкент, 2024 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 2 стр из 24	

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине «Паллиативная помощь и уход за больными онкологического профиля»

Преподаватель: Мэди Ә.Қ.

Специальность: 0301000 «Лечебное дело»

Квалификация: 0301013 «Фельдшер»

Лекционный комплекс утвержден на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

«27» 08 2024 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2»  Айбекова Г.Н.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 3 стр из 24	

Лекция №1

4.1. Тема: Введение. Понятие паллиативной медицины. Основные цели и задачи паллиативной помощи.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Паллиативная медицина (ПМ) занимается неизлечимыми больными, помогая жить максимально активно и чувствуя себя удовлетворительно. Главная задача паллиативной помощи — облегчение проявлений болезни для улучшения жизни пациента и его близких. В онкологии паллиативная помощь имеет более широкое наполнение, фактически это весь спектр медицинских мероприятий при неоперабельных новообразованиях.

Суть паллиативной медицины — в защите пациента от боли, физических и психологический страданий, а в онкологии это ещё и максимально возможное восстановление с продлением жизни и позитивным её качеством. При невозможности радикальной операции лекарственная терапия решает сугубо паллиативную задачу — избавление от неприятных симптомов болезни, что зачастую выливается в существенное продление жизни и возвращение пациента к активной деятельности.

Паллиативная помощь оказывается амбулаторно, в режиме круглосуточного или дневного стационара. Ответственность за ее своевременное оказание находится на государстве, органах здравоохранения, общественных институтах. Кабинеты, направленные на оказание помощи пациентам с неизлечимыми диагнозами, создаются при многих хосписах и больницах.

В них:

- производят наблюдение за общим здоровьем пациента;
- выписывают лекарства;
- выдают направления в стационарные медицинские учреждения;
- направляют пациентов на консультацию к врачам;
- консультируют;
- проводят меры, направленные на улучшение эмоционального состояния пациента.

При работе с детьми во внимание принимается и состояние родителей. Главной задачей выступает предоставление возможностей для полноценного общения, обеспечения малышу хорошего настроения. Поскольку малыши чувствуют боль в несколько раз острее, чем взрослые, главным принципом является использование любых законных методов, направленных на облегчение общего состояния пациента. Паллиатив для взрослых и детей оказывается на основе принципов соблюдения моральных и этических норм, уважительного и гуманного отношения к больному и его родственникам.

В паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные в терминальной стадии рака, но и тяжелые пациенты с заболеванием любого профиля:

- последняя стадии хронической болезни, когда невозможно «ни есть, ни пить» без посторонней помощи;
- необратимые последствия инсультов, неврологических заболеваний и разнообразных деменций;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 4 стр из 24	

- снижение до полного прекращения функционирования органа или системы органов, как при тяжелой сердечной, почечной и печеночной недостаточности;
- с лишними движениями последствиями травм.

Медицина должна возвращать здоровье и приостанавливать развитие болезни, паллиативная — всемерно с помощью медицинских манипуляций и лекарственных средств облегчает жизнь и уменьшает страдания.

Принципы паллиативной помощи

Паллиативная медицина руководствуется принципами общечеловеческой и религиозной морали. Три десятилетия назад Всемирная организация здравоохранения закрепила принципы паллиативной помощи:

- *признание смерти таким же естественным процессом, как и жизнь, что должно нести душевное успокоение смертельно больному;
- *не стараться ускорить или отдалить смерть, просто помогать достойно жить;
- *сохранение и поддержание активности пациента сколь возможно долго, отдалая момент физической и психической немощи;
- *эффективная помощь невозможна без участия специалистов разных медицинских профилей;
- *семья больного нуждается в поддержке и требует психологической подготовки к неизбежной утрате.

Цели и задачи помощи

Цель паллиативной помощи — дать каждому смертельно больному достойную жизнь на конечном её отрезке.

В мире развитость паллиативной медицины на уровне государства определяется процентом обеспечения наркотическими анальгетиками нуждающихся в обезболивании. Отсюда и задача государства — обеспечение полной доступности наркотических анальгетиков. Не спасающая от смерти химиотерапия нарушает один из принципов ВОЗ — нельзя отдалить смерть, поскольку цель клинического исследования противоопухолевого лекарства — увеличение продолжительности жизни в сравнении со стандартом, к примеру, с наиболее эффективной при заболевании комбинацией цитостатиков.

При метастазах химиотерапия уменьшает негативные симптомы болезни и добивается регрессии новообразований с долгой ремиссией без проявлений или с минимальными признаками рака. Тем не менее, химиотерапия и другие нелекарственные — малоинвазивные способы уменьшения опухолевого поражения всё-таки нерадикальны, потому что не возвращают здоровья и не избавляют от смерти в результате прогрессирования злокачественного процесса.

Задача паллиативной помощи — эффективно и профессионально помогать каждому пациенту жить активно и без страданий, при возможности продлить его жизнь, соблюдая его интересы и даря ему необходимое внимание.

Поскольку главная задача паллиативной помощи в государственном аспекте — обезбоживание, все медицинские структуры нацелены именно на медикаментозное купирование болевого синдрома. Основной спектр паллиативных операций и малоинвазивных вмешательств возлагается на обычные онкологические отделения, где нет реальной возможности оказания такого рода медицинских услуг.

Паллиативная медицина помогает жить и продляет жизнь онкологическим пациентам, она должна быть полноценной и может быть полноформатной, без урезания по «финансовым соображениям». Любое заболевание может привести к смерти, но подготовка к смерти — не главное в паллиативной медицине, главное — активная и качественная жизнь как можно дольше.

Стандарты паллиативной помощи предусматривают следующие аспекты:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 5 стр из 24	

- Каждый пациент имеет право выбирать место и способ оказания ему паллиативной помощи;

- Постоянное взаимодействие как с больным, так и с близкими людьми, осуществляющими уход за ним. При этом следует избегать резкой смены лечения без согласования с пациентом;

- Необходимо постоянно осуществлять мониторинг состояния пациента и, если потребуется, корректировать схему лечения.

Многие неизлечимые больные «уходят в себя», социально изолируются, избегают контактов. Но доброжелательное, корректное общение улучшает качество оказания медпомощи.

Для оказания полноценной психологической и духовной поддержки задействуются психологи, социальные работники, волонтеры, религиозные служители.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Принципы паллиативной помощи;

2. Цели и задачи помощи.

2-лекция

4.1. Тема: Принципы оказания паллиативной помощи и сестринского ухода.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Основные принципы паллиативной помощи:

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

— главный приоритет – не продолжительность, а качество жизни: уменьшение страданий и стремление к максимальному комфорту и самостоятельности пациента;

— индивидуальный подход к пациенту с учетом его потребностей и социального статуса;

— поддержка не только пациента, но и его близких как во время болезни, так и после смерти.

Люди, сталкивающиеся с тяжелыми заболеваниями, которые не удастся излечить, часто замыкаются в себе, теряются. Понимание того, что жизнь стремительно уходит иногда причиняет вреда и страданий больше, чем опухолевые или другие заболевания, поэтому больной нуждается не только в квалифицированной медицинской помощи, но и участии, а также организации быта, решении социальных проблем.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на улучшения качества жизни тяжелобольных пациентов. Врачи и медсестры, психологи и священнослужители, волонтеры и социальные работники

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 6 стр из 24	

стараятся облегчить участь обреченного человека – уменьшить как физические страдания, за счет применения наркотических обезболивающих, так и душевные; максимально улучшить качество жизни больного. Паллиативная сестринская помощь играет особую роль. Довольно часто пациенту сложно довериться родным, так как он переживает, что разговорами о своей боли только огорчает их, расстраивает. С врачом больной общается редко – и во время приема много не расскажешь, особенно о душевном состоянии. Сестринский уход предполагает ежедневные визиты и частое общение, поэтому именно медсестры могут и выслушать пациента, и заметить изменения в состоянии пациентов.

Сестринское дело – обязанности при паллиативном уходе

В обязанности медицинской сестры при работе с тяжелобольными пациентами входит не только своевременное введение лекарственных препаратов, но и:

- постоянный мониторинг состояния подопечного, в том числе и отслеживание болевого синдрома;
- отслеживание основных симптомов – тошноты и других расстройств в работе ЖКТ, головокружения, помутнения ясности сознания и других;
- профилактика осложнений, вызванных малоподвижным образом жизни;
- психологическая и эмоциональная поддержка родственников и близких;
- общий уход за подопечным;
- обучение пациента, а также его близких способам помощи.

Длительное время при изучении сестринского дела не включались в программу вопросы, связанные с предоставлением именно паллиативной помощи. Такие медицинские услуги значительно отличаются от обязанностей медсестры. В частности, сестринский персонал должен уметь наблюдать, выявлять более важные аспекты для пациентов, при этом учитывать особенности характера больного, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующих недугов.

Правила и принципы

В рамках оказания сестринской помощи каждый работник должен:

- уважать жизнь;
 - понимать неизбежность смерти;
 - разумно использовать имеющиеся средства;
 - добродушно относиться ко всем пациентам;
 - уважать мнение и решение больного, в том числе касающееся лечения и питания.
- Паллиативные больные, несмотря на оказание поддержки, имеют целый ряд психотерапевтических проблем: они испытывают собственную беспомощность, вину и беспокойство. Однако самое неприятное чувство – это страх. Страх боли, приближающейся смерти, наркотической зависимости.

Потому медсестры, которые предоставляют паллиативную помощь, должны знать основы психотерапевтического общения, а также уметь обучить методам присмотра родственников больного. Их задача своевременно информировать, предоставлять рекомендации и обучать близких пациента. В сестринском деле очень много аспектов, поэтому в оказании паллиативной поддержки должны принимать участие не просто сотрудники имеющие соответствующее образование, но и хорошо владеющие навыками психотерапевтического общения, то есть это далеко не те медработники, которые являются помощниками врача и имеют ограниченную профессиональную самостоятельность.

Правильно подобранный терапевтический комплекс, прекрасный уход, хорошее питание, нежное отношение, и болезнь словно дает человеку отпуск. Надолго ли? В паллиативной медицине говорят осторожно: скорее месяцы, чем годы, дни - чем недели. Иногда речь идет о часах. Цель общего ухода - создание максимально комфортных условий для пациента. Медицинская сестра составляет план ухода, в котором учитываются

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 7 стр из 24	

привычки и пожелания больного. Хороший уход в паллиативной помощи является важным психологическим фактором, влияющим на настроение больного, желание жить, облегчает общение и взаимопонимание. Основными целями постоянного ухода являются: облегчение страданий больного от болей и других мучающих симптомов; психологическая помощь больному; создание системы поддержки больного, помогающей ему жить насколько возможно деятельно перед лицом надвигающейся смерти; психологическая помощь членам семьи больного во время болезни и после тяжелой утраты. При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи или в стационар (хоспис) медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента». В карте отражено, что и в какое время пациент выполняет: просыпается, умывается, бреется, когда принимает душ, какое время дня любит, любимое занятие, любимая еда и напитки, в какое время ложится спать, курение и др. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и в приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает ему, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом вырабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода. Задачи медицинской сестры при оказании паллиативной помощи. общий уход; контроль над синдромами и симптомами; психологическая поддержка пациента и семьи; обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи. Этого можно достичь, если будет обращено внимание на решение следующих основных потребностей и проблем больного: 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 после кончины пациента; ощущение принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой); любви (проявления внимания к пациенту и общение с ним); понимание (идущее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания); принятие больного в обществе других людей (независимо от его настроения, общительности и внешнего вида); самооценка (обусловленная участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, когда надо найти возможность для больного не только получать, но и давать). Таким образом, качество и эффективность организации, применения и управления паллиативной помощью зависит от оптимального подбора кадров для работы в междисциплинарном коллективе, а также от его специализированного обучения и квалификации; от мобильности и полноценности межведомственного сотрудничества и партнерства, от оптимального выделения и перераспределения ресурсов (финансовых, материальных, кадровых и др.). А самое главное – желание людей обеспечить терминальных больных и умирающих медицинской помощью и уходом, реализовав на деле тем самым принцип гуманности нашей медицины и основной принцип общечеловеческой этики.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Правила и принципы оказания паллиативной помощи;
2. Основные цели постоянного сестринского ухода.

3-лекция

4.1. Тема : Стандарт организации паллиативной помощи населению Республики Казахстан.

4.2. Цель:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 8 стр из 24	

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимания роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

В соответствии с пунктом 2 статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 "О здоровье народа и системе здравоохранения" Министром здравоохранения Республики Казахстан утвержден стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи составлен из 8 глав:

Глава 1. Общие положения

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи разработан в соответствии с пунктом 2 статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и устанавливает требования и правила к процессам организации оказания паллиативной медицинской помощи.

1. Паллиативная медицинская помощь оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) по перечню заболеваний, определяемому уполномоченным органом согласно подпункту 7) пункта 3 статьи 196 Кодекса, добровольного медицинского страхования, на платной основе, за счет средств благотворительных организаций.

2. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях, а также на дому оказывается медицинскими, а также неправительственными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность на амбулаторно-поликлиническую, либо стационарную помощь и (или) стационарозамещающую помощь взрослому и (или) детскому населению в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях".

3. Штаты медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, устанавливаются в соответствии с нормативами обеспеченности регионов медицинскими работниками, утвержденными согласно подпункту 39) статьи 7 Кодекса.

4. Обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи предусматривается не менее 10 коек на 100 000 населения.

Глава 2. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь

5. Паллиативная медицинская помощь осуществляется в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода, хосписах) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад.

6. Организации паллиативной медицинской помощи создаются в районных и областных центрах, городах республиканского значения и столице.

Глава 3. Задачи и направления деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь

7. Основными задачами и направлениями деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, являются:

1) организация мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями);

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 9 стр из 24	

2) облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения (инкурабельные пациенты);

3) обеспечение сестринского ухода за неизлечимо больным пациентом;

4) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

5) оказание персоналом медицинской организации психологического и социально-правового консультирования членов семьи пациента.

8. При оказании паллиативной медицинской помощи для поддержки пациентов и членов их семей в хосписе (отделении) и на дому предусматриваются должности социального работника и психолога.

Социальный работник осуществляет содействие в госпитализации, сопровождение пациентов в медицинские организации, обучение членов семьи пациента основам ухода, организацию и проведение медико-социального обследования, консультирование по социальным вопросам.

Психолог осуществляет социально-психологический патронаж, психологическую поддержку пациентов и совместно проживающих членов их семьи, поддержку в период смерти близкого человека, экстренную психологическую помощь.

Глава 4. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях

9. Паллиативная медицинская помощь оказывается на районном, городском, областном уровнях, а также в городах республиканского значения и столице с соблюдением принципов преемственности на всех этапах ее оказания и непрерывности наблюдения: на приеме врача, в дневном или круглосуточном стационаре, при вызове медицинского работника, МБ, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому.

10. Врач, оказывающий паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому, осуществляют: прием, осмотр, составление плана паллиативной медицинской помощи, ее оказание, назначение выписка лекарственных средств, выполнение процедур и манипуляций, ведение учетной и отчетной документации в области здравоохранения, утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса.

11. Для оказания паллиативной медицинской помощи пациенту в медицинских организациях областного уровня, а также в городах республиканского значения и столице создается МДГ.

В состав МДГ входят: врачи (врачи), профильные специалисты (онколог, фтизиатр, инфекционист, педиатр), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник). Состав МДГ утверждается внутренним приказом медицинской организации.

МДГ проводит комиссионное обсуждение оказания паллиативной медицинской помощи пациенту после изучения его медицинских документов, результатов клинико-диагностических обследований и консультирование пациентов и специалистов медицинской организации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, включая:

1) оценку физического и психологического состояния пациента;

2) составление и коррекцию индивидуального плана;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 10 стр из 24	

3) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств;

4) расчет дозировки лекарственных препаратов с определением плана их введения, в том числе назначение и применение ненаркотических, а также лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества пациентам, согласно клиническим протоколам;

5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

Врач МДГ при выписке оформляет статистическую карту выбывшего из стационара по форме, утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, где указываются проведенный объем диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению, а также основам ухода на дому. Электронная версия выписки высылается в организацию ПМСП по месту прикрепления (фактического проживания).

При выписке из стационара, а также первичном установлении показаний для паллиативной медицинской помощи информация о больных, нуждающихся либо получающих паллиативную медицинскую помощь, вносится в медицинскую информационную систему медицинской организации профильным специалистом или врачом ПМСП.

В случаях, если пациент проходил лечение в медицинской организации, оказывающей специализированную или паллиативную медицинскую помощь в стационарных или стационарозамещающих условиях, за пределами административно-территориальной единицы, где он прикреплен, при выписке пациенту, получающему лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, и нуждающемуся в продолжении лечения на дому, выдаются одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества в соответствии с Правилами использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года № 32.

12. Показаниями для госпитализации неизлечимо больных пациентов в организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, являются:

1) необходимость подбора или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии в условиях круглосуточного наблюдения для последующего перевода больного на лечение в амбулаторных условиях;

2) необходимость симптоматического лечения тяжелых проявлений заболевания (состояния) в условиях круглосуточного наблюдения;

3) необходимость проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных, стационарозамещающих условиях, в том числе на дому.

13. В условиях хосписа (отделения) к пациенту предоставляется круглосуточный доступ членов семьи и ухаживающих лиц.

14. Госпитализация больных в стационарозамещающие и стационарные условия, в том числе для оказания паллиативной медицинской помощи осуществляется через Портал бюро госпитализации.

Глава 5. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 11 стр из 24	

15. Врач ПМСП после получения информации о пациенте, нуждающемся или получающем паллиативную медицинскую помощь из числа прикрепленного населения, осуществляет:

- 1) плановое посещение (актив на дому 1 раз в месяц);
- 2) своевременный вызов мобильной бригады для оказания паллиативной медицинской помощи;
- 3) организацию своевременного получения паллиативной медицинской помощи в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому при наличии показаний;
- 4) оформление документов для проведения медико-социального обследования с целью первичного или вторичного освидетельствования при стойких нарушениях функций организма для дальнейшего установления инвалидности;
- 5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

При необходимости получения помощи на дому от пациента, прикрепленного к медицинской организации ПМСП и нуждающегося в паллиативной помощи, регистрируется заявка в медицинской информационной системе организации. После получения заявки врач ПМСП оценивает критичность срочности выезда.

При плановом осмотре врач ПМСП осуществляет активное посещение пациента на дому. Плановое посещение пациента на дому осуществляется врачом не менее 1 раза и не менее 4 раз средним медицинским работником в месяц.

16. Для лечения пациентов при наличии медицинских показаний используются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы купирования боли и других тяжелых проявлений заболевания (состояния).

17. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, обеспечиваются лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства и психотропных вещества для облегчения боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента.

Деятельность медицинских организаций в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, которая осуществляется на основании соответствующих лицензий и (или) приложений к лицензиям, в соответствии с Законом Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях".

18. В случае приема пациентом лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства свыше трех месяцев, врач ПМСП выносит на рассмотрение врачебно-консультативной комиссии медицинской организации с участием МБ вопрос по дальнейшей противоболевой терапии.

19. Медицинские работники информируют пациента или его законных представителей о проводимом лечении, включая название медикаментов, показаний для назначения, дозировки, условий хранения, действий при обнаружении побочных эффектов, по соблюдению порядка и режима приема препаратов, условий продолжения лечения данным препаратом, позволяя ему участвовать в процессе принятия решения.

20. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь при гистологически неподтвержденном диагнозе, осуществляется по совместному решению МБ и ВКК медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

21. При наличии показаний и возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному, на амбулаторном уровне паллиативная медицинская помощь оказывается на приеме или в стационарозамещающих условиях.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 12 стр из 24	

22. При отсутствии возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному оказывают паллиативную медицинскую помощь на дому.

Показаниями для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях на амбулаторном уровне и на дому являются:

- 1) подбор или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии;
- 2) симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния);
- 3) проведение врачебных манипуляций и сестринских процедур;
- 4) отсутствие хосписов, отделений (коек) для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

23. При ухудшении состояния пациента, возникновении осложнений, оказание паллиативной медицинской помощи передается МБ.

Глава 6. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами

24. МБ предназначены для оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе дистанционно) в амбулаторных условиях и на дому, формируются на базе любых медицинских организаций и утверждаются внутренним приказом медицинской организации.

25. Выезд МБ осуществляется врачебными бригадами или фельдшерскими (сестринскими) с использованием специализированного или неспециализированного автомобиля, обеспечивающего своевременную доставку бригады к месту обслуживания пациента с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований, в часы работы организации ПМСП.

В состав МБ входят: врач (врачи), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник).

Первый выезд МБ осуществляет врач и (или) фельдшер в сопровождении медицинской сестры в течении суток после приема заявки. Последующие вызовы для оказания паллиативной медицинской помощи, связанные с данной заявкой, в зависимости от тяжести состояния и потребности пациента, осуществляются отдельными членами МБ.

Работа МБ осуществляется под руководством врача. В условиях ограниченных ресурсов, минимальный состав МБ включает врача (фельдшера) и медицинскую сестру, прошедших соответствующую подготовку по паллиативной помощи.

В целях повышения эффективности паллиативной помощи в МБ привлекаются другие медицинские специалисты, волонтеры.

26. МБ осуществляют:

- 1) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств на дому.
- 2) составление индивидуального плана ведения пациента и мониторинг за состоянием больного, в том числе с применением дистанционных медицинских услуг;
- 3) назначение лекарственных препаратов, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (в медицинской организации и на дому);
- 4) подбор или коррекцию поддерживающей, противоболевой терапии на дому;
- 5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода;
- 6) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 13 стр из 24	

7) направление пациента при наличии показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

27. В организации, оказывающей услуги МБ, предусматриваются в соответствии с назначением следующие помещения (зоны):

- 1) зона приема звонков бригадами (call-центр) и связи с выездными МБ;
- 2) помещение (зона) для хранения медицинского оснащения бригад, комплектации медицинских упаковок и текущего запаса медикаментов;
- помещение (зона), оборудованное мойкой, для проведения санитарной обработки медицинских сумок, использованных инструментов и материалов; помещение для хранения запаса лекарственных препаратов.

Глава 7. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи

28. Дистанционные услуги для оказания паллиативной медицинской помощи оказываются согласно статье 129 Кодекса.

29. На амбулаторном уровне дистанционно оказываются следующие услуги:

- 1) мониторинг за состоянием больного;
- 2) консультирование пациентов членами МДГ;
- 3) выписка рецептов.

30. Работниками МБ дистанционно проводится консультирование членов семей и ухаживающих лиц по основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому.

31. Неизлечимо больным пациентам и членам их семей в дистанционной форме оказывается индивидуальное психологическое консультирование, а также консультирование социальным работником медицинской организации.

Глава 8. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям

32. Для обеспечения качества и непрерывности оказания паллиативной медицинской помощи детям соблюдается постоянное взаимодействие участников МДГ, МБ и специалистов ПМСП.

33. Заболевания, при которых детям оказывается паллиативная медицинская помощь:

- 1) заболевания, при которых радикальное лечение неэффективное;
- 2) заболевания, ограничивающие срок жизни, при которых интенсивное лечение улучшает качество жизни;
- 3) прогрессирующие заболевания, при которых паллиативная медицинская помощь оказывается с самого начала;
- 4) заболевания с развитием осложнений при неврологических расстройствах.

34. Ребенок обеспечивается психосоциальной помощью соответствующей его возрасту.

Психологическая поддержка семьи, братьев и сестер осуществляется при затянувшемся течение болезни.

35. Медицинский работник проходит соответствующее обучение оказанию паллиативной медицинской помощи в педиатрии.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
2. Задачи и направления деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
3. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 14 стр из 24	

4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

4-лекция

4.1. Тема : Методы используемые в паллиативной медицины.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимания роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Методы паллиативной медицины в онкологии

Паллиативная хирургия

Паллиативные хирургические вмешательства проводят при неоперабельных опухолях, чтобы улучшить состояние пациента. Например, хирург может удалить злокачественную опухоль, если она вызывает боль, кровотечение, перекрывает просвет полого органа. При этом рак не удаляют полностью: злокачественные клетки остаются в организме, человек по-прежнему болен, но его состояние улучшается.

В последнее время становятся всё более распространены паллиативные малоинвазивные операции. Например, при опухолевой обструкции в клинике часто прибегают к стентированию. Стент – это полая трубка с сетчатой стенкой из металла или полимерного материала. Ее устанавливают в заблокированной опухолью участке органа, чтобы восстановить его проходимость. Стентирование проводят во время эндоскопических процедур, без разрезов на коже. Стенты можно устанавливать в разные органы: кишечник, пищевод, мочеточники, желчевыводящие, дыхательные пути.

Паллиативная противоопухолевая терапия

При поздних стадиях рака, когда имеется неоперабельная опухоль, метастазы, противоопухолевая терапия зачастую становится основным методом лечения. Как правило, она не может излечить пациента и привести к ремиссии, но помогает продлить жизнь, уменьшить симптомы, улучшить состояние. Революция в онкологии произошла с появлением таких современных противоопухолевых средств, как таргетные препараты, иммунопрепараты из группы ингибиторов контрольных точек. Если в опухолевых клетках есть определенные молекулы-мишени, то эти препараты действуют намного эффективнее классических химиопрепаратов, вызывают меньше побочных эффектов, пациенты лучше их переносят.

Молекулярно-генетическое тестирование

В настоящее время большое значение в онкологии приобретают молекулярно-генетические характеристики злокачественных опухолей. Зная об активирующих мутациях и присутствии в раковых клетках определенных белков-мишеней, врач может назначить пациенту более эффективную терапию, которая существенно продлит жизнь и повысит ее качество:

Например, при меланоме на поздних стадиях химиопрепараты практически неэффективны, при этом часто вызывают выраженные побочные эффекты. А таргетные препараты и иммунопрепараты зачастую приводят к уменьшению злокачественного новообразования, симптомов, увеличивают продолжительность жизни.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 15 стр из 24	

При определенных молекулярных типах рака легкого и почки таргетные препараты эффективно уменьшают боль. Иногда на фоне терапии опухоль уменьшается настолько, что ее получается удалить хирургическим путем.

При раке молочной железы определение молекулярно-генетических характеристик опухоли всегда имеет важное значение. Правильно подобранное лечение на поздних стадиях нередко позволяет продлить жизнь на годы, и при этом женщина живет обычной жизнью, не испытывает симптомов.

При поздних стадиях рака паллиативную противоопухолевую терапию назначают на неограниченно долгий срок. Пациент периодически проходит курсы лечения. Но со временем всегда развивается резистентность: опухоль становится устойчивой к препаратам и начинает снова прогрессировать. Однажды может возникнуть ситуация, когда уже не помогает ни одна стандартная схема лечения из протоколов. И в таких случаях молекулярно-генетическое тестирование тоже может помочь. Современный метод секвенирования нового поколения (NGS) позволяет «прочитать» ДНК опухолевых клеток, найти их уязвимые места и подобрать для пациента персональную терапию.

В клинике выполняются все виды генетических анализов при онкозаболеваниях.

Химиэмболизация опухолей

При некоторых типах злокачественных опухолей проведение системной химиотерапии затруднено. Чтобы достичь нужной концентрации препарата в опухолевой ткани, нужно применять высокие дозы, а это грозит серьезными побочными эффектами. Например, это распространенная проблема при раке печени.

К счастью, есть методики, которые помогают доставить химиопрепарат непосредственно в опухоль и минимизировать его попадание в кровоток. К ним относится внутриартериальная химиотерапия – когда препарат вводят в кровеносный сосуд, питающий опухоль. Усовершенствованным видом этой методики является химиэмболизация – когда вместе с химиопрепаратом в питающий опухоль сосуд вводят специальные эмболизирующие частицы. Они перекрывают просвет сосуда, нарушают приток крови и тем самым вызывают гибель опухолевых клеток.

В частности, при раке печени химиэмболизация помогает: продлить жизнь больного на месяцы, а иногда и на годы; подарить больному, которому показана трансплантация печени, время, чтобы он мог дождаться донорского материала.

Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА)

В некоторых случаях пациенту противопоказана операция и лучевая терапия, возможности противоопухолевой терапии исчерпаны, но с заболеванием нужно бороться. При небольших опухолевых очагах оптимальным решением зачастую становится радиочастотная абляция, сокращенно РЧА. Во время процедуры в опухолевый узел под контролем компьютерной томографии вводят иглу-электрод и подают на нее электрический ток. Он буквально «сжигает» раковые клетки, не затрагивая окружающую здоровую ткань. Преимущества РЧА перед операцией в том, что это малоинвазивное вмешательство. Во время него вместо разреза делают всего один прокол иглой. Восстановительный период существенно короче, а эффект постепенно развивается в течение нескольких месяцев. РЧА применяют в определенных случаях при различных онкопатологиях: раке печени, почек, легкого, надпочечников, простаты, костей.

Имплантация венозных инфузионных порт-систем

При поздних стадиях рака химиотерапию обычно приходится проводить длительно, причем зачастую препарат нужно вводить внутривенно. Частые инъекции причиняют пациентам сильный дискомфорт. Химиопрепараты при повторных введениях повреждают эндотелий (внутреннюю выстилку) вен, приводят к воспалению (флебиту), образованию тромбов.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 16 стр из 24	

Чтобы избежать этих проблем, в клинике применяют инфузионные порт-системы (венозные порты). Такой порт представляет собой небольшой резервуар, напоминающий по форме монету. Его подшивают под кожу, обычно в верхней части груди, и соединяют тонкой трубкой – катетером – с венозным сосудом. Одна из стенок порта представлена мембраной и после имплантации находится прямо под кожей. В дальнейшем, чтобы ввести препарат, нужно просто проколоть кожу и мембрану специальной иглой. Порт полностью находится под кожей, не заметен внешне, не требует специального ухода и не мешает носить одежду, мыться. Это позволяет пациенту комфортно переносить курсы длительного лечения и снижает риск развития осложнений из-за внутривенного введения препаратов.

Нейролизис

Медикаментозные препараты, в том числе наркотические анальгетики, не всегда помогают справиться с упорным мучительным болевым синдромом. В таком случае показано хирургическое вмешательство. Проводят нейролизис (невролиз) – разрушение нервных структур, ответственных за болевую импульсацию. Разрушить болевой нервный путь можно разными способами:

Химический нейролизис предусматривает использование различных веществ, обычно этанола.

Криодеструкция – разрушение нерва холодом.

Радиочастотная абляция – этот метод был описан выше. Как и опухолевые очаги, нерв, ответственный за болевые импульсы, можно разрушить током высокой частоты.

Обычно во время нейролизиса не нужно делать разрезов. На нервные структуры воздействуют с помощью иглы, введенной под контролем УЗИ или КТ через кожу (транскutánный нейролизис) или стенку внутренних полых органов, например, желудка (трансгастральный нейролизис). Например, в онкологии часто прибегают к нейролизису чревного сплетения, в частности, при болях, вызванных злокачественными опухолями поджелудочной железы. Это позволяет добиться стойкого обезболивающего эффекта и не принимать постоянно наркотические анальгетики.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Паллиативная хирургия. Паллиативная противоопухолевая терапия;
2. Химиоэмболизация опухолей;
3. Молекулярно-генетическое тестирование;
4. Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА).

5-лекция

4.1. Тема: Удовлетворение потребностей в оказании помощи на дому.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 17 стр из 24	

«Медицинской сестре часто приходится в стационаре и на дому осуществлять уход за маломобильным пациентом. Она должна обеспечить выполнение пациентом назначенного режима двигательной активности, объяснить его значение и роль». У маломобильного пациента нарушено удовлетворение следующих потребностей: - двигаться; - дышать; - питаться; - выделять; - спать; - отдыхать; - работать; - учиться; - общаться; - избегать опасность; - быть здоровым. «Основными проблемами лежачих пациентов является: развитие пролежней, нарушение дыхания (застойные явления в лёгких), нарушение мочевыделения, нарушение аппетита и запоров, гипотрофия мышц и образование контрактур, нарушение сна. На первом этапе сестринского процесса медицинская сестра собирает всю информацию по выявлению его проблем». «Осуществляя уход, медицинская сестра должна благожелательно и внимательно расспросить пациента о том, что его беспокоит, чего бы он хотел и что ему мешает. Во время общения с пациентом важно внимательно следить за ним: часто мимика, интонация, телодвижение скажут больше, чем слова». «Важное значение в эффективности ухода имеет не только умение медицинской сестры, но и её моральные и нравственные качества. У больного человека меняется характер мышления, глубина переживаний, сила психоэмоционального напряжения по отношению к самому себе и окружающим. Длительное, хроническое заболевание является тяжёлой психической и физической травмой, что ухудшает физическое состояние и самочувствие может привести к серьёзным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Медицинская сестра должна прилагать все усилия, чтобы помочь пациенту преодолеть тягостные ощущения, отвлечь от чрезмерного внимания к заболеванию».

Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов.

«Сестринский уход за лежачими пациентами включает:

1. обеспечение физического и психического покоя для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей;
2. контроль соблюдения постельного режима для создания физического покоя, профилактики осложнений;
3. изменение положения больного через 2 ч для профилактики пролежней;
4. проветривание комнаты для обогащения воздуха кислородом;
5. контроль состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания) для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи;
6. контроль физиологических отпавлений (стул, мочеиспускание) для профилактики запоров, отеков, образования конкрементов в почках;
7. мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта;
8. уход за кожей для профилактики пролежней, опрелостей;
9. смена нательного и постельного белья для создания комфорта, профилактики осложнений;
10. кормление пациента, помощь при кормлении для обеспечения жизненно важных функций организма;
11. обучение родственников мероприятиям по уходу для обеспечения комфорта пациенту;
12. создание атмосферы оптимизма для обеспечения максимально возможного комфорта;
13. организация досуга пациента для создания максимально возможного комфорта и благополучия;
14. обучение приемам самоухода для поощрения, мотивации к действию;
15. проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) для восстановления нарушенных функций организма».

«Уход на дому является продолжением ухода за пациентом в стационаре. Работая в домашних условиях с пациентами, медсестра обязана хорошо владеть всеми практическими

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 18 стр из 24	

навыками ухода за больными и обучить родственников необходимым навыкам по уходу за маломобильным пациентом. Задачей медицинской сестры, при работе с пациентами на дому необходимо владеть практическими навыками ухода и обучать родственников необходимым навыкам по уходу за лежачими пациентами. Обучить пациента дыхательной гимнастики». «Важное значение имеет контроль качества ухода на всех этапах. Руководит организацией ухода на дому обычно участковый терапевт или семейный врач, который назначает пациенту режим, диету, лекарственные средства. Медицинская сестра выполняет все манипуляции по уходу за больными на дому. Основными помощниками медицинской сестры по уходу являются родственники пациента, работу которых организует медицинская сестра. Мероприятия по уходу: - выполнение назначений и манипуляций; - обучение пациента и родственников манипуляционной технике при уходе на дому. Мероприятия по уходу, которые осуществляет медперсонал вместе с родственниками: - применение лекарственных средств по назначению лечащего врача, четкое и своевременное выполнение всех медицинских процедур и назначений - проведение с пациентом реабилитационных мероприятий: гимнастику, дыхательные упражнения, массаж и др. - создание для пациента удобства и комфорт. - создание благоприятного психологического климата в процессе ухода. Мероприятия по уходу, которые осуществляют родственники (после обучения): - после обучения медперсоналом и с коррективкой на всех этапах, родственники осуществляют непрерывное наблюдение за динамикой самочувствия пациента и за его состоянием; - кормление пациента, с соблюдением установленной лечащим врачом индивидуальной диеты; - личную гигиену пациента: ежедневный утренний и вечерний туалет пациента, уход за кожей и влажные обтирания пациента, смену нательного и постельного белья, подмывание тяжелобольного, уход за полостью рта, за глазами, за носом, за ушами. Уход за волосами, мытье ног в постели, профилактику пролежней и др.; - по показаниям - простейшие физиотерапевтические процедуры (постановка банок и горчичников, постановка согревающего компресса, применение грелки, подача пузыря со льдом, ножные ванны и др.); - организация досуга пациента». «Целями ухода за маломобильными пациентом являются:

- 1) создание физического, социального, психологического комфорта;
 - 2) уменьшение выраженности клинических проявлений заболеваний;
 - 3) профилактика возможных осложнений;
 - 4) установление психологического контакта, выявление нарушенных потребностей».
- «Режим физической активности зависит от тяжести заболевания. Положение пациента в постели может быть: активным (если он способен самостоятельно поворачиваться, вставать, сидеть, ходить), пассивным (если пациент не может сам двигаться, и сохраняет то положение, которое ему придали); вынужденное (когда пациент занимает положение, облегчающее его страдания). Пассивное положение наблюдается при нарушениях мозгового кровообращения. Вынужденное положение, может быть сидячее или полусидячее при одышке. При некоторых заболеваниях пациенты нуждаются в длительном постельном режиме. Такой режим обеспечивает не только более экономное использование жизненных сил пациента, так как снижаются резервные возможности жизненно важных органов (кровообращения, дыхания), но и равномерное и постоянное тепло, что важно при воспалительных заболеваниях. Длительное соблюдение физического покоя, замедляется кровотоков, что может привести к тромбозу сосудов и вызвать инфаркт внутренних органов или инсульт. Постельный режим и неподвижность даже в течение суток, например, после операции, способны вызвать застой в легких и развитие воспаления». «Физическая реабилитация пациентов является частью комплекса поэтапных мероприятий, направленных на восстановление здоровья. Движение или мышечная активность, обладает

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 19 стр из 24	

очень мощным раздражающим фактором на весь организм, на все системы и органы. В настоящее время врачи сокращают сроки строгого постельного режима даже при таком заболевании как инфаркт миокарда.

Удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях

Другой немаловажный вопрос: возможно ли путем улучшения координации помощи создать необходимые условия для того, чтобы умирающий человек мог провести последние часы и минуты жизни у себя дома, если таково его желание. Проведенные испытания различных подходов к координации больничных и коммунальных служб показывают, что имеется возможность оказать помощь в большем проценте случаев, когда люди выражают желание умереть у себя дома. Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что обеспечение хорошо скоординированной поддержки позволяет также облегчить положение родственников, осуществляющих уход за больным. «Нарушение потребности пациентов в движении – это болезнь, но каждый человек должен стремиться быть здоровым. Миссия медицинской сестры заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей их среды». «Такие качества как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота, внимание, требуется от медицинских работников, ежечасно в повседневной работе и при осуществлении ухода за тяжелыми больными. Такие пациенты бывают в тягость окружающим, а нередко самим себе. Уход за ними требует огромного терпения, такта и сострадания». «Уход за пациентами являются обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющего в немалой степени на его эффективность.

Обучение уходу на дому за маломобильными пациентами является одной из важных задач оздоровления нашего общества, так как основная причина длительной болезни маломобильных пациентов – неправильный уход. Нередко маломобильным пациентам, выписанным из стационара на долечивание домой, помощь по уходу в нужном объеме не оказывается или оказывается «неграмотный» уход, что приводит к тяжелым вторичным заболеваниям и даже к смерти пациентов». «Необходимо грамотно и доходчиво обучать родственников, оказывающих уход за маломобильным пациентом на дому. Эта задача возложена на медперсонал поликлиники/ амбулатории, к которой прикреплен пациент. Необходимо так же повышать и профессиональный уровень медперсонала. Цель медицинской сестры при уходе за пациентом на дому – грамотно организовать уход за маломобильным пациентом, что бы помочь восстановить, насколько позволяет состояние пациента, нарушенную потребность. Если невозможно восстановить нарушенную потребность полностью, то необходимо помочь человеку восстановить нарушенную потребность хотя бы частично и вернуть его к полноценной жизни».

- Необходимо обучение пациента (гигиена кашля).
- Образцы мокроты следует собирать в хорошо проветриваемых помещениях или на свежем воздухе; если у пациента много мокроты, ее собирают в емкость с крышкой, которая регулярно меняется.
- Осуществляются симптоматическое лечение и целостная поддержка пациента.
- Больные туберкулезом, находящиеся на паллиативной медицинской помощи, не посещают общественные места, не пользуются общественным транспортом. прежде всего сахарного диабета, болезней сердечно-сосудистой системы, психоневрологических расстройств, а также оказание urgentной помощи при различных терапевтических и хирургических заболеваниях, осложнениях течения туберкулеза (легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс, формирование хронического легочного сердца).

Забота об умирающем на дому может представлять значительные трудности для членов его семьи. Если семья решит, что больной должен умереть у себя дома, следует обеспечить

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 20 стр из 24	

услуги сиделки. Если уход на дому невозможен, необходимо обеспечить уход за умирающим в больнице.

Основные мероприятия:

- инфекционный контроль;
- устранение дыхательной и легочно-сердечной недостаточности;
- устранение болей;
- дополнительное питание;
- продолжение применения вспомогательных препаратов;
- санация ротовой полости;
- профилактика неподвижности, болей и контрактур в суставах и мышцах у лежачих больных;
- профилактика пролежней.

Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

При терминальном состоянии пациента персонал должен:

- разговаривать спокойно и быть сочувственным;
- наблюдать за пациентом;
- слушать его и разговаривать с ним;
- перемещаться медленно.

Очень важным компонентом паллиативной медицинской помощи является умение сообщить о смерти родственникам. Однако большая часть медицинского персонала не имеет в этом специальной подготовки. Для этого случая нужны особые навыки, которые требуют практики.

Смерть человека, как и его рождение, — уникальный процесс. Это большая честь, что мы приглашены принять участие в нем. Это является обязанностью каждого из нас, сделать так, чтобы этот процесс был хорошим и уникальным.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов;
2. Удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях.

6-лекция

4.1. Тема : Организация работы мобильных бригад и многопрофильных групп специалистов по оказанию паллиативной помощи.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Мобильные бригады паллиативной медицинской помощи – выездные группы по оказанию паллиативной медицинской помощи. Мобильные бригады предназначены для оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе дистанционно) в амбулаторных условиях и на дому, формируются на базе любых медицинских

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 21 стр из 24	

организаций и утверждаются внутренним приказом медицинской организации. Выезд мобильных бригад осуществляется врачебными бригадами или фельдшерскими (сестринскими) с использованием специализированного или неспециализированного автомобиля, обеспечивающего своевременную доставку бригады к месту обслуживания пациента с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований, в часы работы организации ПМСП (Первичная медико-санитарная помощь).

В состав мобильных бригад входят: врач (врачи), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник).

Первый выезд мобильных бригад осуществляет врач и (или) фельдшер в сопровождении медицинской сестры в течении суток после приема заявки. Последующие вызовы для оказания паллиативной медицинской помощи, связанные с данной заявкой, в зависимости от тяжести состояния и потребности пациента, осуществляются отдельными членами мобильных бригад.

Работа мобильных бригад осуществляется под руководством врача. В условиях ограниченных ресурсов, минимальный состав мобильных бригад включает врача (фельдшера) и медицинскую сестру, прошедших соответствующую подготовку по паллиативной помощи.

В целях повышения эффективности паллиативной помощи в мобильные бригады привлекаются другие медицинские специалисты, волонтеры.

Мобильные бригады осуществляют:

1) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств на дому.

2) составление индивидуального плана ведения пациента и мониторинг за состоянием больного, в том числе с применением дистанционных медицинских услуг;

3) назначение лекарственных препаратов, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (в медицинской организации и на дому);

4) подбор или коррекцию поддерживающей, противоболевой терапии на дому;

5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода;

6) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

7) направление пациента при наличии показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

В организации, оказывающей услуги мобильных бригад, предусматриваются в соответствии с назначением следующие помещения (зоны):

1) зона приема звонков бригадами (call-центр) и связи с выездными мобильными бригад;

2) помещение (зона) для хранения медицинского оснащения бригад, комплектации медицинских упаковок и текущего запаса медикаментов;

3) помещение (зона), оборудованное мойкой, для проведения санитарной обработки медицинских сумок, использованных инструментов и материалов; помещение для хранения запаса лекарственных препаратов.

Профессиональная паллиативная помощь осуществляется комплексно и включает работу специалистов из разных областей: медицинских сотрудников, психологов, юристов, социальных работников, педагогов и многих других. Этот подход позволяет оказывать всестороннюю помощь как ребенку, так и его семье, охватывая совокупность основных процессов, связанных с изменениями в их жизни, произошедшими в связи с болезнью

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 22 стр из 24	

ребенка. Невозможно говорить о качественной паллиативной помощи, если реализуется только одно направление поддержки — социальное или психологическое. Представим, что семья болеющего ребенка регулярно получает все предназначенные для нее льготы, пособия, расходные материалы и т. п. Это не решает вопроса психологических трудностей и страданий семьи, связанных, к примеру, с отрицанием паллиативного статуса ребенка родителями или стадией психологического торга, на которой все ресурсы семьи направлены на поиск всевозможных альтернативных вариантов лечения. Точно так же помощь нельзя считать полноценной, если с семьей работает только психолог. Несмотря на то, что психологическая помощь и поддержка позволяют существенно снизить психоэмоциональное напряжение в период горевания, а также способна влиять на повышение уровня адаптации семьи к новым жизненным условиям в связи с болезнью ребенка, психолог не сможет компетентно ответить на вопросы, связанные с профессиональной деятельностью других специалистов: о течении заболевания, о способах медицинского ухода, о предоставляемых социальных льготах или юридических правах. Именно поэтому оказание паллиативной помощи и поддержки носит комплексный, мультидисциплинарный характер. При реализации такого подхода близкие родственники болеющего ребенка смогут больше времени и внимания уделять качеству его жизни, а не поиску средств к существованию или выживанию.

Вспомним пирамиду потребностей А. Маслоу: базовая потребность — в удовлетворении физических потребностей (сон, еда, воздух и т. д.), затем - в защищенности, затем - любовь, уважение, достоинство и самоактуализация. До того времени, пока не удовлетворены базовые потребности в безопасности и защите, а также в физическом комфорте, говорить о личностном развитии и социализации крайне сложно, так как основная психологическая задача в данном контексте - выжить. Тот же самый принцип действует и в паллиативной помощи. Оказание мультидисциплинарной помощи является для ребенка и его семьи опорой и поддержкой, помогающими шаг за шагом адаптироваться к жизни с учетом неизлечимого заболевания ребенка. При оказании паллиативной помощи осуществляется не только информирование семьи и ребенка о том, что происходит в текущем периоде, но и как может произойти в будущем и как с этим справляться; предоставляется право осознанного выбора пути и поддержка решения семьи и пациента в отношении объема помощи.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

1. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: Краткое руководство. - Архангельск, 2016. - 192 с.
2. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцева Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск. - УлГУ. - 2014. - 48 с.
3. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза // Учебное пособие - Москва, 2015. - 82 с.
4. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2013. - 240 с.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. - 2016. - N 1. - С. 5 - 12.
6. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебнопрофилактической помощи населению // Учебное пособие. - Москва, 2018. - С. 357-380.

Дополнительная литература

1. Приложение к журналу «Сестринское дело» «Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода». Выпуск №3 (11) 2018 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	80-11-2024 () 23 стр из 24	

2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Перевод с англ. - Киев: «София», 2016.
3. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство ГИПП, «Искусство России» Санкт-Петербург, 2018.
4. Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Под ред. Академика РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: Изд.дом «ГЭОТАР - МЕД», 2018.
5. Российско-французская конференция по паллиативной медицине. «Тяжелобольной ребенок: психология, этика, контроль боли, реабилитация». Москва, 2019.
6. Сондерс С. Помощь умирающим. Здоровье мира, №11, 2012.

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Осуществление работы мобильных бригад;
2. Оказание паллиативной помощи специалистов из разных областей.

<p>ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	 <p>SKMA -1979-</p>	<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс</p>		<p>80-11-2024 () 24 стр из 24</p>