Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Кемеровская государственная медицинская академия»

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Факультет Высшего сестринского образования

Дипломная работа (проект)

Сестринская программа при оказании паллиативной помощи

Кемерово

## **Содержание**

Введение

Глава 1. Обзор и критический анализ литературы по изучаемой проблеме

.1 Паллиативная помощь. Современное представление

.2 Основные проблемы паллиативной помощи в России

.3 Особенности организации сестринской паллиативной помощи

Глава 2. Материалы и методы

Глава 3. Анализ организации сестринской паллиативной помощи и структуры пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ Кемеровский Областной хоспис

.1 Анализ структуры пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ Кемеровский Областной хоспис

.2 Анализ структуры организации оказания и контроля качества сестринской помощи в ГУЗ Кемеровский Областной хоспис

Глава 4. Проектирование сестринской программы паллиативной помощи

.1 Сестринская документация

.2 Примерные сестринские вмешательства при физиологических проблемах пациента

.3 Примерные сестринские вмешательства при психологических проблемах пациента и его родственников

.4 Рекомендации по уходу за тяжелобольным и профилактике осложнений для родственников. Рекомендации для пациентов

.5 Система контроля качества сестринской паллиативной помощи

Заключение

Библиографический список

Приложения

**Введение**

Современная паллиативная медицина - это область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни инкурабельного пациента, в ситуации, когда возможности радикального лечения ограничены или исчерпаны. Потребность в оказании паллиативной помощи у общества постоянно растет, это связано с демографической тенденцией к старению населения. Для оказания высококвалифицированной и эффективной паллиативной помощи требуется комплексная работа целой бригады специалистов, но, прежде всего, совместная работа врача и медицинской сестры, которые имеют специальную подготовку в этой области.

Данная дипломная работа посвящена организации сестринской паллиативной помощи, включающей не только элементы традиционного ухода за пациентом, но, прежде всего, методологию ведения инкурабельного пациента в рамках сестринской компетенции. Теоретическая актуальность данной работы связана с тем, что содержит информационную базу для планирования сестринских вмешательств при основных проблемах пациента, нуждающегося в паллиативной помощи, и членов его семьи. Проанализированы и структурированы основные аспекты деятельности медицинской сестры при оказании паллиативной помощи. В работе затронуты основные проблемы современной паллиативной помощи, а в частности проблемы организации сестринской помощи, уделено внимание этическим аспектам деятельности специалистов сестринского дела.

Практическая актуальность связана с тем, что дипломная работа может послужить основой для стандартизации профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием, предложены пути контроля качества оказываемой сестринской помощи. Систематизирована и разработана документация, используемая при оказании сестринской паллиативной помощи.

Эти направления отвечают требованиям программы развития сестринского дела в РФ на 2010-2020 годы.

Объектом данного исследования является организация сестринской паллиативной помощи. Предметом исследования является дифференцированная сестринская программа оказания паллиативной помощи с учетом оценки качества оказания сестринской помощи.

Цель дипломной работы: изучить организацию сестринской паллиативной помощи на базе Кемеровского Областного хосписа и разработать пути ее оптимизации.

Для решения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить структуру пациентов, находящихся на стационарном лечении (по локализации основного процесса, количеству осложнений основного процесса, по наличию сопутствующих патологий, по тяжести состояния).

2. Изучить структуру организации оказания и контроля качества сестринской помощи.

. Разработать дифференцированную программу сестринской паллиативной помощи и наметить пути оценки ее качества.

Основными методами для реализации исследования автором были выбраны: аналитический, статистический, метод анкетирования, метод проектирования при разработке сестринской программы.

Проблемами организации паллиативной помощи, в том числе организации сестринской паллиативной помощи, разработкой теоретических основ оказания помощи инкурабельным пациентам, а также практических рекомендаций для ведения сестринского процесса в паллиативе сегодня занимаются многие отечественные исследователи. Особое внимание уделяется работам врача-психотерапевта, основателя первого хосписа в РФ, А.В. Гнездилова. А.К. Хетагурова, Г.А. Новиков, Н.Ф. Дементьева и О.В. Чернова большое внимание уделяют организации паллиативной помощи, решению физиологических проблем пациента как в рамках врачебной, так и сестринской компетенции. Л.В. Платинский освещает вопросы питания онкологических пациентов. Из зарубежной литературы, практически классикой паллиативной медицины, стали авторы: Элизабет Кюблер-Росс, Саймонтон К. и Саймонтон С., Элизабет Дэвис и Ирен Хиггинсон.

Таким образом, новизна данной дипломной работы заключается в систематизации, разработке методической основы для оптимизации организации эффективной сестринской паллиативной помощи.

**Глава 1. Обзор и критический анализ литературы по изучаемой проблеме**

**1.1 Паллиативная помощь. Современное представление**

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. Первой, всерьез, на это обращает внимание Сессилия Сондерс, которая обращает внимание общества, насколько важно профилактировать боль и подходить к решению этой проблемы индивидуально [20]. Кроме того, именно Сессилия Сондерс обращает внимание на особую философию оказания паллиативной помощи и работы хосписов. Позже о проблемах отношения к смерти в обществе, о морально-этических противоречиях и закономерностях, с которыми сталкиваются специалисты, пациенты и их родственники в современной медицинской практике рассказывает Элизабет-Кюблер Росс [8].

В 1982 году ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения и предлагает определение паллиативной помощи. В соответствии с этим определением, паллиативной называется «активная всесторонняя помощь пациентам, чьи болезни больше не поддаются лечению, первостепенной задачей которой является купирование боли и других патологических симптомов и решение социальных, психологических и духовных проблем больных. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни больных и их семей». Данное определение дает представление об основных направлениях паллиативной помощи и ее сущности, но не акцентирует внимание на многих важных ее составляющих, например, таких как, оказание помощи родственникам пациента.

В России одним из ключевых специалистов паллиативной помощи является А.В. Гнездилов, врач-психотерапевт - один из основателей первого хосписа в РФ в г. Санкт-Петербург. А.В. Гнездилов большое внимание обращает на «букет» психотравмирующих факторов, - медицинских, социальных, психологических, которые обрушиваются на наших больных один за другим подобно камнепаду. Естественно, что за ними следуют те или иные реакции личности на ситуацию». Следовательно, при оказании паллиативной помощи необходимо решать возникающие проблемы, учитывая «психогенные или ситуативные реакции» пациента. [5]

Современная паллиативная помощь включает в себя следующие аспекты:

1. Профилактика боли.
2. Контроль над симптомами.
3. Общий уход за пациентами.
4. Обучение и реабилитация.
5. Психотерапевтическая помощь.
6. Поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти.
7. Научные исследования в области паллиативной медицины. [10,15,20]

Цель паллиативного лечения - помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессированием болезни, т.е. достижение возможно наилучшего качества жизни пациента (ВОЗ).

Традиционная концепция оказания паллиативной помощи представлена следующим образом (рисунок 1.1), т.е. паллиативная помощь оказывается пациентам только после того, как использовались все средства, имеющиеся в распоряжении радикальной медицины, и уже не остается шансов на выздоровление.

Рис. 1.1. Традиционная концепция паллиативной помощи

На современном этапе многие специалисты пришли к выводу, что такой подход к паллиативной медицине не перспективен и снижает возможную эффективность данного вида помощи. Многие компоненты, входящие в структуру паллиативной медицины, должны присутствовать в плане оказания медицинской помощи человеку еще на этапе проведения радикального лечения.

Новая концепция паллиативной помощи предусматривает сочетание радикального лечения и паллиативной помощи. Приближаясь к финальному году, их процентное соотношение меняется, но эти виды помощи не взаимоисключаемы, если способы оказания помощи адекватны и достаточны, (рисунок 1.2.). [16, 18]. Кроме этого, не следует забывать об этапе поддержки родственников пациента во время его болезни и после утраты.

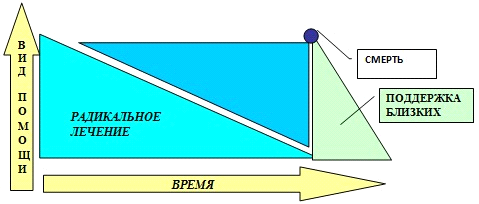


Рис. 1.2. Новая концепция паллиативной помощи

Современная паллиативная медицина - это составляющая часть системы здравоохранения и неотъемлемый элемент права гражданина на охрану здоровья. Определение паллиативной помощи, данное ВОЗ в 2002 году, наиболее полно отражает сущность и функции данного вида помощи в структуре здравоохранения, а также распространяет понятие на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями в терминальной стадии.

Паллиативная помощь - (от лат. Pallium - маска, плащ), подход (направление медико-социальной деятельности), позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки.

Обычно авторы выделяют три основные группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи [10,12,20]:

* больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;
* больные СПИДом в терминальной стадии;
* больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

Таким образом, в связи с увеличением числа пациентов старше 65 лет и имеющих данные патологии, число людей, нуждающихся в паллиативной помощи, постоянно растет.

Существует многообразие форм оказания паллиативной помощи пациентам. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, все многочисленные формы можно разделить на две основные группы - это помощь на дому и в стационаре.

Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты.

Помощь на дому осуществляется участковой медицинской сестрой или врачом, специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения (например, выездная служба хосписа). В связи с этим большинство специалистов в области паллиативной медицины считают необходимым ввести образовательные программы по паллиативной медицине и помощи на базовом уровне как высшего, так и среднего медицинского образования [9,23].

Хоспис - это медицинское (медико-социальное) учреждение/отделение, где команда профессионалов оказывает комплексную помощь больному, который нуждается в облегчении страдания - физического, психосоциального и духовного, связанного с заболеванием, излечить которое невозможно, и оно неминуемо должно привести к смерти в обозримом будущем (3-6 мес.).

Хосписная служба - это вид паллиативной помощи больным в терминальной стадии любого хронического заболевания (рак, СПИД, рассеянный склероз, хронические неспецифические заболевания бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы и др.), когда лечение уже не дает результатов, прогноз неблагоприятный в отношении выздоровления и жизни.

В частности, А.В. Гнездилов, обращает внимание на то, что хоспис - это не только учреждение, - это философия, в основе которой лежит отношение к больному как к личности до самой последней минуты его жизни и желание облегчить его страдания, учитывая его потребности и предпочтения.

**Основные положения концепции хосписов**

1. Хоспис оказывает помощь преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами.
2. Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписе.
3. Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа ("хоспис на дому"). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.
4. В хосписе может быть реализован принцип "открытости диагноза". Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально и только в случаях, когда на этом настаивает больной.
5. Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.
6. Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.
7. Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций.

Больной направляется в хоспис не умирать, а для проведения мероприятий, направленных на купирование боли, уменьшение одышки или других симптомов, с которыми он и его лечащий врач не могут справиться в домашних условиях. Кроме того, больным и их родственникам в хосписе предоставляется психологическая, социальная и духовная поддержка.

Так, основными показаниями для госпитализации в хоспис (медицинское стационарное учреждение) являются:

· необходимость подбора и проведения адекватного лечения боли и других тяжелых симптомов при отсутствии эффекта от проводимой терапии на дому;

· проведение манипуляций, которые не могут быть выполнены в домашних условиях;

· отсутствие условий для оказания паллиативной помощи на дому (одинокие пациенты, сложная психологическая ситуация в семье);

· предоставление кратковременного отдыха родственникам, ухаживающим за тяжелобольным пациентом.

Хосписная помощь - помощь комплексная, медико-социальная. Это помощь медицинская, психологическая, социальная и духовная. Но главным компонентом все же является квалифицированная помощь врача и медицинской сестры, имеющих специальную подготовку и особые человеческие качества.

Каждому человеку, как правило, уютнее и удобнее у себя дома. А.К. Хетагурова ссылается в своих работах на исследование проведенное в Италии [20], при опросе пациентов более 64% респондентов ответили, что предпочли бы умереть дома, а не в больнице, аналогичные ответы были получены и при опросах российских пациентов [6]. Таким образом, основой эффективной работы хосписа считается добросовестная работа выездной службы, помогающей больному и его семье на дому, в том числе при условии эффективного обесболивания.

**1.2 Основные проблемы паллиативной помощи в России**

Основные проблемы хосписной и паллиативной помощи в Российской Федерации можно разделить на четыре большие подгруппы:

1. Проблемы образования в области паллиативной медицины и паллиативной помощи.
2. Организационные проблемы оказания хосписной и паллиативной помощи.
3. Проблемы организации лекарственной помощи инкурабельным онкологическим больным.
4. Проблемы доступности наркотических анальгетиков для лечения хронического болевого синдрома у инкурабельных онкологических больных.[12].

Проблемы организации лекарственной помощи, в том числе доступности наркотических анальгетиков для лечения хронического болевого синдрома у пациентов, оказывают негативное влияние на качество предоставляемой паллиативной помощи. Это выражается в несовершенстве законодательной базы, в дефиците льготных препаратов, особенно пероральных и трансдермальных форм, которые наиболее предпочтительны для инкурабельных пациентов [12,13,16]. Решаться эти проблемы должны на государственно-административном уровне, путем усовершенствования законодательно-правовых актов, финансирования льготных категорий препаратов и обеспечения всех категорий граждан, нуждающихся в наркотических анальгетиках и другой лекарственной помощи. Причем, ВОЗ акцентирует внимание на том, что недостаточное устранение боли при раковых заболеваниях представляет собой серьезную проблему во всем мире. «Как ни трагично, но раковую боль часто оставляют без лечения; если ее все же лечат, облегчение часто недостаточное» [18]. При этом ВОЗ удалось продемонстрировать, что в большинстве случаев при раке, если не во всех, боль можно было снять, если бы применялись имеющиеся медицинские знания и способы лечения. В лечении есть пробел: разница между тем, что можно сделать, и что делается для снятия раковой боли. Этот пробел можно минимизировать, обеспечив соответствующее образование и подготовку медицинских работников и облегчив доступ к услугам снятия боли и паллиативного ухода. Однако, большая часть этого пробела в лечении, особенно в развивающихся странах, определяется недостаточной доступностью и применением болеутоляющих препаратов, особенно опиоидных анальгетиков. [12].

Не следует бояться назначения опиоидов там, где имеются на то клинические показания, из-за потенциальной возможности злоупотребления (развития наркотической зависимости). [13].

Проблемы образования и организации в паллиативной помощи непосредственно касаются темы данного диплома. Поэтому, мы остановимся на них подробнее.

**Проблемы образования в области паллиативной медицины и паллиативной помощи**

Основной причиной, ограничивающей развитие паллиативной медицины и помощи в РФ, в том числе и качества образования в этой сфере, является тот факт, что специальность «паллиативная медицина» в номенклатуру специальностей Минздравсоцразвития РФ не внесена. Несмотря на то, чтов 1996 г. паллиативная помощь была включена в Index Medicus под термином «паллиативная помощь».

На сегодняшний день функционируют курсы паллиативной помощи. Внедрена в педагогический процесс унифицированная программа обучения «Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии» (утверждена МЗ РФ и Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических ВУЗов; опубликована в 2000 г.) [9]. В медицинских колледжах ведется подготовка медицинских сестер в области паллиативной медицины в рамках повышенного уровня образования, а также на отделении повышенного образования проводится сертификационные циклы «Сестринское дело в паллиативной медицине».

Но проблема квалифицированных кадров в области паллиативной медицины и помощи остается актуальной до тех пор, пока данное направление медицинской деятельности не будет поддерживаться законодательно. Это, в свою очередь, приведет к разработке четких образовательных программ для подготовки врачей и медицинских сестёр на до- и последипломной уровнях обучения в РФ. Должны быть утверждены следующие программы: стандартная образовательная программа для подготовки студентов в медицинских институтах и колледжах, программа постдипломной подготовки и образования, программы для экспертов (специалистов) паллиативной помощи [13].

**Организационные проблемы оказания хосписной и паллиативной помощи.**

Основным законом, регламентирующим деятельность учреждений, оказывающих паллиативную помощь, является приказ МЗ РСФСР №19 от 01.02.1991г**.** «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». Кроме того, некоторые вопросы организации в паллиативной медицине регламентируетприказ МЗ РФ от 3 июня 2003 г. № 229 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», приказ МЗ РФ № 270 от 12.09.1997г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации». Эта законодательная база не отвечает всем требованиям современного представления о паллиативной помощи. И, как уже было сказано выше, требует совершенствования с учетом существующих рекомендаций (например, разработка новых положений о кабинетах паллиативной помощи, хосписах, патронажных выездных бригадах, формирование штатных нормативов медицинского персонала [9,12]).

Другой очень важной проблемой является недостаточность обеспечения паллиативной помощью всех нуждающихся. Основным принципом паллиативной помощи, в соответствии с Рекомендациями Совета Министров, является следующие положение [13]: **«**Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь без неуместного промедления в соответствующем учреждении, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтением». В некоторых регионах РФ (Чукотский автономный округ, Республика Тыва, Республика Саха (Якутия), Еврейская автономная область, Калужская область) хосписов или отделений паллиативной помощи нет. В большинстве регионов обеспеченность имеющихся коек паллиативной помощи не отвечает нормативам [12]. По данным ВОЗ на 1 млн. жителей необходимо 50 коек для оказания паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями. С учетом других групп заболеваний этот показатель увеличивается до 100 коек на 1 млн. жителей.

Таким образом, большинство авторов для решения основных проблем в области организации паллиативной медицины в РФ, считают необходимым провести определение штатных нормативов медицинского персонала для системы паллиативной помощи, разработка и утверждение протоколов ведения больных, медицинских стандартов ведения пациентов, в том числе при оказании сестринской помощи [9,10,12,23]. Одним из шагов для решения этих проблем, может стать разработка дифференцированной программы сестринской паллиативной помощи и путей оценки ее качества.

**1.3 Особенности организации сестринской паллиативной помощи**

Сестринский персонал, несомненно, играет ключевую роль в организации паллиативной помощи. А.К. Хетагурова отмечает, что медицинская сестра имеет большие возможности наладить психологический контакт с пациентом, что приведет к адекватному и правильно организованному уходу. Основными задачами медицинской сестры при оказании помощи инкурабельному пациенту являются:

1. Динамический контроль болевого синдрома
2. Общий уход
3. Контроль над симптомами (анорексия, кахексия, тошнота, рвота, головокружение, запор, диарея, бессонница, спутанность сознания и т.д)
4. Профилактика осложнений, связанных с гиподинамией.
5. Психологическая поддержка пациента и членов его семьи
6. Обучение пациента и членов его семьи методам само- и взаимопомощи.

При выполнении этих задач сестринский персонал должен придерживаться принципов паллиативной помощи, рекомендованных ВОЗ:

* Паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть (умирание) как естественный закономерный процесс;
* не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;
* основной целью определяет обеспечение пациенту возможности, насколько это реально, активно прожить последние дни;
* предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты;
* использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;
* улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;
* при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения, может продлить жизнь больного.

А также сестринский персонал должен стремиться к основной цели паллиативной помощи (см. п. 1.1.). С.И. Двойников обращает внимание на то, что при достижении определенного качества жизни пациента, необходимо помнить, что это субъективное состояние, испытанное или выраженное индивидуумом. Оно находится под влиянием всех параметров личности - физических, психологических, социальных и духовных. Оптимальное качество жизни можно считать достигнутым если идеал и реальность приближены (совпадают). Идеальное качество жизни индивидуально для каждого пациента, поэтому только сам пациент может определить критерии качества своей жизни. Таким образом, разработка объективных критериев качества жизни невозможна. Сестринский персонал должен помочь при наблюдении или беседе с пациентом определить, что важнее для пациента в данный момент и достичь этого уровня качества жизни при оказании паллиативной помощи, путем запланированных независимых, а также зависимых и взаимозависимых вмешательств.

Для составления оптимального плана паллиативной помощи медицинская сестра должна учитывать индивидуальные особенности пациента, его пожелания, степень тяжести его состояния, локализацию основного процесса, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний. Это поможет ей прогнозировать возникновение возможных симптомов, которые значительно снизят качество жизни пациента, и вовремя профилактировать их, либо значительно снизить выраженность проблем пациента. Основные проблемы, возникающие у пациентов на финальном году, а также их частота в зависимости от заболевания, приведены в таблице 1.1. [13,15]

Таблица 1. 1.

Основные проблемы, возникающие у пациентов в финальный период жизни, их частота в зависимости от заболевания

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проблемы | онкологические пациенты | пациенты с другими терминальными заболеваниями |
| 1. Боль | 87% | 68% |
| 2. Спутанность сознания | 35% | 40% |
| 3. Бессонница | 53% | 38% |
| 4. Депрессия | 40% | 38% |
| 5. Потеря аппетита (анорексия) | 70% | 40% |
| 6. Кахексия | 70% | нет данных |
| 7. Затруднение дыхания | 48% | 50% |
| 8. Запоры | 48% | 33% |
| 9. Рвота | 52% | 28% |
| 10.Тревожное состояние у больного | 40% | 40% |
| 11. Тревожные состояния у близких | 50% | 50% |
| 12. Диарея | 5% | нет данных |

А.В. Гнездилов выделяет основные вопросы медицинской этики и деонтологии при осуществлении паллиативной помощи, которые должна знать и принять для себя медицинская сестра. Они включают:

· уважение жизни;

· неизбежность смерти;

· рациональное использование возможных ресурсов;

· доброе отношение;

· уважение мнения пациента, в том числе отказ от пищи и лечения.

Кроме того, сестринский персонал должен иметь навыки психотерапевтического общения в рамках своей компетенции с пациентом и его родственниками для предупреждения и своевременного выявления психотерапевтических проблем [5,6], таких как:

1. Ощущение собственной беспомощности и обузы для окружающих.
2. Чувство вины.
3. Страх и беспомощность в связи с ожиданием приближающейся смерти.
4. Чувство горечи из-за незавершенных дел и невыполненных обязательств.
5. Страх боли.
6. Страх наркотической зависимости при приеме наркотических препаратов для обезболивания.
7. Страх перед исследованием.
8. Снижение чувства собственного достоинства и значимости.
9. Беспокойство по поводу будущего своих родственников (чаще детей).
10. Гнев, обращенный на родственников и на медицинских работников.
11. Отсутствие стимула, цели, интереса.
12. Неспособность принимать решения.
13. Слабая концентрация внимания.
14. Желание изолировать себя от общества.
15. Внутреннее беспокойство и др.

Медицинская сестра должна обучать родственников пациента методам ухода при выписке из стационара, для обеспечения адекватного качества жизни пациента дома.

Из всего выше сказанного можно сделать следующие выводы: медицинская сестра, осуществляющая паллиативную помощь, должна иметь не только полноценное профильное образование, но и разработанную модель сестринской помощи, включающую основные аспекты психотерапевтической помощи. Это обеспечит полноценное и результативное оказание паллиативной помощи пациенту и его родственникам и позволит оценить качество оказанной помощи.

Разработка дифференцированной программы сестринской паллиативной помощи может стать одним из путей стандартизации в этом направлении, а также заблаговременном планировании помощи с учетом состояния пациента, патологического процесса и возникших осложнений, желаний пациента и его родственников по поводу его лечения.

**Глава 2. Материалы и методы**

Данная работа выполнена на базе ГУЗ Кемеровский Областной хоспис. ГУЗ «Кемеровский областной хоспис» организован на основании распоряжения Администрации КО №841-р от 13.10 1992 согласно приказа Главного Управления здравоохранения №373 от 28.12.1992, зарегистрирован Администрацией Кемеровского района на основании распоряжения №52-р от 19.12.1993, регистрационный номер 299 от 03.09.1997 года.

В хосписе имеется стационар на 30 коек, одна выездная бригада, организационно-методический отдел, административно-хозяйственная часть, пищеблок, прачечная.

В настоящее время ГУЗ «Кемеровский областной хоспис» является организационно-методическим и лечебно-консультативным центром по оказанию паллиативной помощи инкурабельным онкологическим пациента, включая лечение хронического болевого синдрома, подбор препаратов, дозы, режима введения как наркотических, так и не наркотических анальгетиков.

Основной задачей организации является оказание специализированной паллиативной помощи инкурабельным пациентам с онкологическими заболеваниями.

Предметом деятельности является:

* медицинская деятельность.
* фармацевтическая деятельность, в том числе связанная с оборотом наркотических и психотропных веществ.

На базе хосписа проводятся практические клинические занятия со студентами ГОУ СПО «Кемеровский Областной Медицинский колледж» по дисциплине «Основы сестринского дела», организуется учебно-производственная практика.

Объектом данного исследования является организация сестринской паллиативной помощи.

Предметом исследования является дифференцированная сестринская программа оказания паллиативной помощи с учетом оценки качества оказания сестринской помощи.

В процессе проведения исследования используется совокупность теоретических и эмпирических методов:

1. Аналитический метод используется при анализе литературных источников, нормативно-правовой документации, сестринской документации, используемой персоналом Областного Кемеровского хосписа. Также аналитический и описательный методы применяются для изучения организации сестринской паллиативной помощи.
2. Статистический метод используется при исследовании социально-демографических, медико-социальных характеристик для изучения структуры пациентов хосписа. Математические методы реализуются с помощью средств, предоставляемых электронными таблицами Microsoft Excel.
3. Метод анкетирования используется для исследования уровня депрессии пациентов, оценки боли пациентов. Кроме того, заполняется карта предпочтений пациента для изучения аспектов, достижение которых необходимо для создания комфортных условий пребывания в хосписе.
4. Метод моделирования применяется при проектировании дифференцированной программы сестринской паллиативной помощи.

При проведении уровня оценки депрессии пациентов используется шкала Гамильтона (приложение 1). Это объясняется тем, что у пациентов хосписа априори присутствует депрессивное состояние, поэтому общегоспитальные опросники для скринингового выявления депрессии в этом случае не подходят.

Шкала для оценки уровня депрессии разработана Гамильтоном в 1960 году. Классическая шкала Гамильтона (HDRS) содержит 21 пункт. Суммарный бал определяется по первым 17-ти пунктам (9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4-х, а 8 - от 0 до 2-х). Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) используются для оценки дополнительных симптомов депрессии и определения подтипов депрессивного расстройства. В данной работе используется шкала, состоящая из 14 пунктов с вариантами ответов от 1 до 4, которые соответствуют определенному количеству баллов. Шкала используется для динамического наблюдения за уровнем депрессивного состояния у пациентов. Критерием эффективности проведенного лечения считается снижение суммарного балла на 50% и более в сравнении с исходным.

Шкала оценки уровня депрессии Гамильтона учитывает как соматические, так и психические аспекты депрессии. Оценка уровня депрессии проводится в форме интервьюирования пациента, с параллельным наблюдением за поведением пациента во время опроса. Пункты шкалы должны отражать состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели.

При оценке уровня боли в процессе интервьюирования оцениваются следующие показатели: продолжительность, характер, локализация, иррадиация боли со слов пациента и его родственников. Интенсивность боли определяется по визуально-аналоговой шкале интенсивности боли (рисунок 2.1)

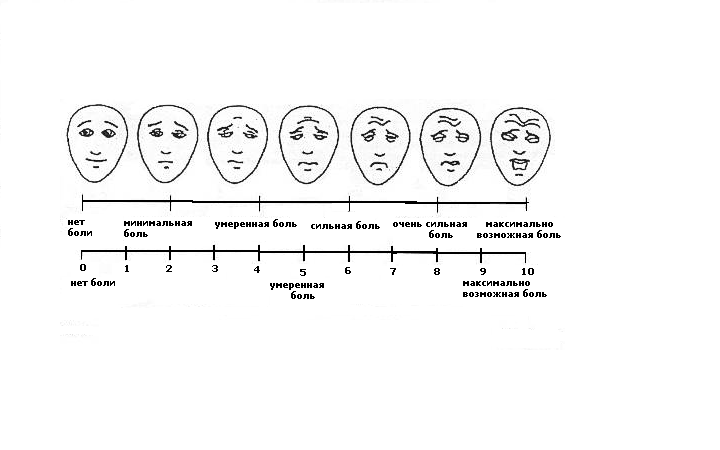


Рис 2.1. Визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли

Также выясняется, что предшествует появлению болей (физическая нагрузка, изменение позы и др.), динамика болевого синдрома на фоне медикаментозного лечения. Полученные данные фиксируются в специальном бланке (приложение 2). Показатели оцениваются ежедневно в динамике.

**Глава 3. Анализ организации сестринской паллиативной помощи на базе Кемеровского Областного хосписа**

**3.1 Анализ структуры пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ Кемеровский Областной хоспис**

Для изучения структуры пациентов, находящихся на стационарном лечении в Кемеровском областном хосписе, были обработаны данные за 2007-2010 годы. Всего за четыре года было пролечено 1968 пациентов.

Для распределения пациентов по возрасту были взяты данные за 2008 и 2010 года (таблица 3.1):

Таблица 3.1

Распределение пациентов хосписа по возрасту

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2008 год | 2010 год | Всего | Структура пациентов по возрасту, % |
| До 20 лет | - | - | - | - |
| 20 - 30 лет | 13 | 9 | 22 | 2,1 |
| 31-40 лет | 12 | 16 | 28 | 2,7 |
| 41-50 лет | 51 | 57 | 108 | 10,5 |
| 51-60 лет | 133 | 126 | 259 | 25,3 |
| 61-70 лет | 92 | 109 | 201 | 19,6 |
| Старше 71 года | 171 | 236 | 407 | 39,7 |
| Всего | 472 | 553 | 1025 | 100 |

Из таблицы 3.1 видно, что наиболее многочисленная группа пациентов (почти 40%), проходивших лечение в хосписе, старше 71 года. Пациенты моложе 20 лет не поступали на лечение в хоспис, основная доля пациентов приходилась на возрастные группы старше 51 года.

Для определения среднего возраста пациента хосписа использовалась средняя арифметическая взвешенная величина. При расчете получили 61,36. Таким образом, средний возраст пациентов Кемеровского областного хосписа - 61 год.

При изучении структуры пролеченных пациентов, в зависимости от пораженной системы органов, за 2007-2010 года были получены следующие результаты (таблица 3.2):

Таблица 3.2

Структура пациентов хосписа, в зависимости от пораженной системы органов

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 год | 2008 год | 2009 год | 2010 год | Всего пациентов | Структура, % |
| Органы дыхания | 76 | 70 | 81 | 93 | 320 | 16,3 |
| ЖКТ | 137 | 156 | 135 | 130 | 558 | 28,4 |
| Женские половые органы | 25 | 59 | 38 | 48 | 170 | 8,6 |
| Рак молочной железы | 39 | 43 | 63 | 66 | 211 | 10,7 |
| Мочеполовая система | 42 | 33 | 32 | 35 | 142 | 7,2 |
| Генерализованный процесс без первичного очага | 13 | 21 | 34 | 36 | 104 | 5,3 |
| Прочие | 71 | 63 | 64 | 59 | 257 | 13,1 |
| Социальные больные | 29 | 27 | 64 | 86 | 206 | 10,5 |
| Всего пациентов | 432 | 472 | 511 | 553 | 1968 | 100,0 |

Из таблицы 3.2 видно, что наиболее многочисленная группа пациентов, пролеченных в стационаре хосписа, с наличием онкологического процесса желудочно-кишечного тракта (28,4%), а также органов дыхания и раком молочной железы. Также, в структуре пациентов, 10,5% занимали социальные пациенты, т.е. не имеющие онкологического заболевания, но нуждающиеся в паллиативном лечении.

При исследовании частоты возникающих осложнений основного заболевания за 2007-2010 года были получены следующие результаты (таблица 3.3):

Таблица 3.3

Структура пациентов хосписа, по частоте возникающих осложнений основного заболевания

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Осложнения | 2007 год | 2008 год | 2009 год | 2010 год | Всего | Структура осложнений, % |
| Эндогенная интоксикация | 504 | 421 | 411 | 404 | 1740 | 26,1 |
| ХБС | 285 | 321 | 273 | 301 | 1180 | 17,7 |
| Метастазы | 228 | 189 | 250 | 266 | 933 | 14,0 |
| Раковая кахексия | 161 | 89 | 90 | 106 | 446 | 6,7 |
| Дыхательная недостаточность | 46 | 47 | 79 | 103 | 275 | 4,1 |
| Анемия | 136 | 91 | 87 | 67 | 381 | 5,7 |
| Желудочно-кишечные расстройства | 190 | 86 | 90 | 85 | 451 | 6,8 |
| Пролежни | 18 | 8 | 10 | 25 | 61 | 0,9 |
| Кровохарканье | 6 | 10 | 14 | 10 | 40 | 0,6 |
| Депрессия | 94 | 14 | 7 | 4 | 119 | 1,8 |
| Асцит | 21 | 57 | 55 | 55 | 188 | 2,8 |
| Кровотечения | 5 | 14 | 17 | 16 | 52 | 0,8 |
| Дисфагия | 13 | 17 | 21 | 25 | 76 | 1,1 |
| Урологические нарушения | 19 | 25 | 32 | 25 | 101 | 1,5 |
| Плеврит | 21 | 30 | 39 | 53 | 143 | 2,1 |
| Прочие (анасарка, механическая желтуха, распад опухоли и др.) | 68 | 143 | 127 | 152 | 490 | 7,3 |
| Всего осложнений за исследуемый год | 1815 | 1562 | 1602 | 1697 | 6676 | 100,0 |

Из таблицы 3.3 видно, что чаще всего, пациенты сталкивались с такими осложнениями как:

1. Эндогенная интоксикация.
2. Хронический болевой синдром.
3. Метастазы в органы и ткани.
4. Желудочно-кишечные расстройства (запор, диарея, тошнота, рвота).
5. Раковая кахексия.

Кроме того, онкологические и социальные пациенты имели следующие патологии (таблица 3.4):

Таблица 3.4

Структура пациентов хосписа, по частоте сопутствующих патологий

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 год | 2008 год | 2009 год | 2010 год | Всего | Структура сопутствующей патологии, % |
| ЦВБ | 70 | 23 | 47 | 40 | 180 | 8,5 |
| ИБС | 63 | 76 | 127 | 106 | 372 | 17,6 |
| ГБ | 62 | 94 | 169 | 178 | 503 | 23,8 |
| Сахарный диабет | 15 | 29 | 29 | 49 | 122 | 5,8 |
| ХОБЛ | 37 | 38 | 46 | 54 | 175 | 8,3 |
| Атеросклероз сосудов | 31 | 50 | 47 | 36 | 164 | 7,8 |
| Заболевания печени | 7 | 5 | 12 | 33 | 57 | 2,7 |
| Заболевание почек | 9 | 25 | 22 | 43 | 99 | 4,7 |
| Заболевания желудка и ДПК | 13 | 21 | 56 | 54 | 144 | 6,8 |
| ДОА | 2 | 4 | 11 | 11 | 28 | 1,3 |
| ДЭП |  |  |  | 26 | 26 | 1,2 |
| прочие | 43 | 37 | 65 | 95 | 240 | 11,4 |

Из таблицы 3.4 видно, что чаще всего пациенты хосписа, помимо онкологического заболевания, имели заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца), а также значимое место в структуре сопутствующих заболеваний занимали ЦВБ и ХОБЛ.

В рамках изучения структуры пациентов хосписа, было проведена оценка уровня боли и уровня депрессии у 25 пациентов при поступлении в стационар. Также им было предложено заполнить карты предпочтения пациентов для изучения основных потребностей, обеспечивающих комфортное пребывание в хосписе и в совокупности повышающих качество жизни пациентов.

Из 25 респондентов 72% составили женщины и 28% - мужчины. По возрастному критерию опрошенные пациенты распределились следующим образом:

|  |  |
| --- | --- |
| Возрастная группа | Процентное соотношение |
| 31-40 лет | 4% |
| 41-50 лет | - |
| 51-60 лет | 32% |
| 61-70 лет | 56% |
| Старше 71 года | 8% |

Все пациенты имели онкологические заболевания с различной локализацией. В зависимости от пораженной системы органов респонденты распределились следующим образом:

|  |  |
| --- | --- |
| Пораженные системы органов | Процентное соотношение респондентов |
| Органы дыхания | 48% |
| ЖКТ | 28% |
| Женские половые органы | 12% |
| Рак молочнойй железы | 8% |
| Прочие | 4% |

При оценке уровня боли 8% респондентов отметили слабую боль (от 1 до 3 баллов), умеренной интенсивности боль (4-6 баллов) была у 20% респондентов, сильная боль (7-9 баллов) была у 60% респондентов и 12% пациентов отметили сильнейшую боль (10 баллов).

Характер боли отмечался в основном (92 %) жгучий, режущий, колющий. Боль часто появлялась после физических нагрузок, при смене позы. В 56% случаев боль присутствовала практически постоянно, в покое и являлась причиной нарушения сна, аппетита. В 44% случаев боль иррадиировала.

Кроме того, болевой синдром у респондентов усиливался наличием лимфостаза (8% респондентов), сильными головокружениями (4%), желудочно-кишечных расстройств, асцита и других осложнений, в том числе и связанных с дефицитом знаний по уходу за колостомой.

При оценке уровня депрессии в 92% случаев было выявлено депрессивное состояние. Практически по всем пунктам у респондентов наблюдалось наличие состояния в умеренной, тяжелой и очень тяжелой степени.

При заполнении карты предпочтений пациента, выявлено, что 100% респондентов желали осуществлять мероприятия по осуществлению личной гигиены в полном объеме ежедневно, 92% пациентов назвали свое любимое блюдо и напиток, нелюбимое блюдо отметили только 24% респондентов, все респонденты отметили необходимость дневного отдыха в виде сна в среднем 1,5-2,5 часа. Также в полном объеме респонденты отметили необходимость прогулки, причем 84% пациентов любят гулять вечером в течение 1 часа, но возможность прогулки зависит от состояния пациента. 64% пациентов любят читать журналы, газеты - книги пользуются меньшим спросом, 84% - любят смотреть телевизор, отслеживают интересные программы, 44% - слушают радио и музыку. Любимым временем дня 80% респондентов отметили день, 12% - вечер и время после дневного сна. В целом пациенты хосписа не назвали в качестве своих предпочтений ничего неординарного - все увлечения довольно просто организовать в стенах хосписа.

Оценка уровня депрессии была повторена через 10 дней после госпитализации, на фоне проведенного лечения болевого синдрома и других осложнений, сопутствующих патологий. Было отмечена явная доброжелательность при беседе большинства пациентов, респонденты охотно отвечали на вопросы, подробно рассказывали. В 68% случаев было отмечено снижение суммарного бала по шкале депрессии на 50% и более.

Таким образом, главным мероприятием при осуществлении паллиативной помощи является снижение болевого синдрома, лечение осложнений и обучение пациентов и его родственников основным мероприятиям по уходу и лечению, в зависимости от заболевания. Кроме того, пациенты хосписа нуждаются в проведении мероприятий по личной гигиене, обеспечении условий для отдыха и физической нагрузки (прогулка, гимнастика по показаниям), наличие библиотеки и других видах деятельности, удовлетворяющими потребность человека в общении (посещение волонтерами, творческими коллективами, организация выставок, театрализованных программ, обязательно духовное, религиозное общение).

**3.2 Анализ структуры организации оказания и контроля качества сестринской помощи в ГУЗ Кемеровский Областной хоспис**

Для изучения структуры организации сестринской помощи в ГУЗ Кемеровский Областной хоспис были изучены организационная структура ГУЗ Кемеровский Областной хоспис, штатный и кадровый состав, основные обязанности среднего медицинского персонала, систему контроля качества сестринской помощи.

Организационная структура ГУЗ Кемеровский Областной хоспис представляет собой линейно-функциональную структуру (рисунок 3.1).



Рис. 3.1. Линейно-функциональная структура ГУЗ кемеровский Областной хоспис

Штатный состав среднего медицинского персонала - 28,5 ставок, из них фактически занято 19,5 ставок. В том числе:

|  |  |
| --- | --- |
| Должность | Занято ставок |
| Главная медицинская сестра | 1 |
| Старшая медицинская сестра | 1 |
| медицинская сестра процедурная | 1 |
| медицинская сестра перевязочная | 1 |
| медицинская сестра диетическая | 1 |
| медицинская сестра палатная | 12,5 |

Штатный состав младшего медицинского персонала - 28,5 ставок, из них фактически занято15 ставок.

В обязанности главной медицинской сестры входит:

1. Обеспечение рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала, повышение их квалификации, включая внедрение инновационных сестринских технологий.
2. Осуществление своевременной выписки, распределения и хранения перевязочных материалов, медикаментов и др., в том числе ядовитых и наркотических средств, ведение документации по учету их расходования.
3. Контролирование работы среднего и младшего медицинского персонала по приему и выписке больных; транспортировке больных внутри отделений больницы; выполнения средним медицинским персоналом врачебных назначений; санитарно-гигиеническое содержания отделений больницы, одежды и белья больных; своевременность и качество дезинфекции помещений.

В обязанности старшей медицинской сестры входит:

1. Составление графика работы среднего и младшего персонала и контроль над передачей дежурств.
2. Проведение систематического инструктажа для среднего и младшего персонала и организация практических занятий и семинаров с ними по утвержденному плану.
3. Контроль над выполнением должностных обязанностей средним и младшим персоналом и соблюдение правил внутреннего распорядка больными и сотрудниками.
4. Осуществление контроля по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима в отделении.
5. Обеспечение своевременного получения медикаментов и инструментария по требованиям палатных сестер и контролирует соответствующее их распределение и расход.

В обязанности палатной медицинской сестры входит:

1. Осуществление полноценного ухода и динамического наблюдения за пациентами в отделении, проведение оценки функционального состояния пациента.
2. Осуществление приема и размещения в палате вновь поступивших пациентов, проверяет качество санитарной обработки, ознакомление пациентов с правилами внутреннего распорядка и назначенным режимом и контроль их выполнения.
3. Своевременное и качественное выполнение профилактических и лечебно-диагностических процедур, назначенных врачом, в том числе проведение лекарственной терапии наркотическими препаратами. Обеспечение своевременных консультаций со специалистами.
4. Проведение качественной и своевременной подготовки пациентов к исследованиям, процедурам, операциям.
5. Выполнение мероприятий по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима в отделении.
6. Обучение пациентов и членов его семьи необходимым мероприятиям по уходу, в зависимости от заболевания.
7. Обеспечение правильного хранения и учета лекарственных препаратов на посту, наблюдает за приемом больными выданных лекарств.
8. Обеспечение контроля над работой младшей медицинской сестры по уходу.
9. Ведение необходимой учетно-отчетной документации.

В обязанности процедурной медицинской сестры входит:

1. Выполнение манипуляций по назначению врача.
2. Подготовка процедурного кабинета и инструментария к работе.
3. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.
4. Строгое соблюдение технологий проведения медицинских услуг и манипуляций.
5. Ведение документации процедурного кабинета.
6. Обеспечение правильного хранения и учета лекарственных препаратов в процедурном кабинете.

В обязанности перевязочной медицинской сестры входит:

1. Выполнение перевязок по назначению врача.
2. Подготовка перевязочного кабинета и инструментария к работе.
3. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима. Проведение предстерилизационной очистки, постановки проб и стерилизации материалов и инструментария.
4. Строгое соблюдение технологий проведения медицинских услуг и манипуляций.
5. Ведение документации перевязочного кабинета.
6. Обеспечение правильного хранения и учета лекарственных препаратов и инструментария в перевязочном кабинете.

При анализе контроля качества сестринской помощи разработанной системы оценки качества помощи выявлено не было.

**Глава 4. Проектирование сестринской программы паллиативной помощи**

Большинство авторов обозначают направления деятельности медицинской сестры при паллиативном лечении, опираясь на основные аспекты паллиативной помощи. Хетагурова А.К. считает основными направлениями [20]: общий уход, наблюдение за состоянием пациента, психологическая поддержка, обучение пациента и его родственников. Туркина Н.В. [17] отмечает необходимым ведение сестринской истории болезни, обучение пациента и его родственников и общий уход. Опираясь на литературные источники, в 1 главе данной работы отмечены основные задачи сестринской деятельности. Бейер П. и др. [3,4] в разделы учебного пособия включают теоретические основы определенных групп патологических состояний, возможные проблемы и примерные сестринские вмешательства. Такая структура материала очень удобна в практическом здравоохранении.

Таким образом, для обеспечения качественной паллиативной помощи модель сестринской программы, по мнению автора, должна обеспечить реализацию всех основных задач деятельности медицинской сестры и быть удобна для практического применения. Она должна включать в себя:

1. Сестринскую документацию.
2. Примерные сестринские вмешательства при физиологических проблемах пациента.
3. Примерные сестринские вмешательства при психологических проблемах пациента и его родственников.
4. Рекомендации по уходу за тяжелобольным и профилактике осложнений для родственников.
5. Рекомендации пациентам для решения возможных проблем, снижающих качество жизни.
6. Контроль качества оказываемой сестринской помощи.

**4.1 Сестринская документация**

Сестринская документация включает в себя сестринскую карту стационарного пациента, карта предпочтений пациента, карту оценки боли, лист динамического наблюдения за пациентом хосписа.

Сестринская карта стационарного пациента (приложение 3) составлена автором на основе подхода к сестринской помощи В. Хендерсон и учитывая возможные проблемы пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи.

Сестринская карта стационарного пациента заполняется медицинской сестрой при поступлении пациента в стационар для первичной оценки состояния, выявления существующих проблем пациента и его родственников и служит основанием для планирования дальнейшего ухода, включающим обучение и психологическую поддержку пациента и его семьи.

Также при поступлении в стационар пациенту предлагается для заполнения Карта предпочтений пациента (приложение 4). Информация о предпочтениях пациента поможет получить сведения о том, какого режима дня придерживается пациент, помощь какого характера необходима пациенту при осуществлении личной гигиены, приему пищи, а также обеспечить психологический комфорт пациенту в период нахождения в стационаре.

Во время нахождения пациента в стационаре медицинской сестрой ежедневно ведется карта оценки боли (приложение 2), лист динамического наблюдения за пациентом хосписа (приложение 5). Ведение данной документации обеспечит динамическое наблюдение за пациентом, а также поможет скорректировать намеченный сестринский план ухода.

Кроме того, в хосписе внедряется лист введения наркотических препаратов, где фиксируется название препарата и время введения в течение суток.

Ведение комплекса сестринской документации также поможет при оценке качества оказываемой сестринской помощи пациенту хосписа.

**4.2 Примерные сестринские вмешательства при физиологических проблемах пациента**

сестринский паллиативный помощь пациент

При изучении структуры пациентов хосписа было выяснено, что наибольшей категорией являются пациенты с онкологическими заболеваниями ЖКТ, органов дыхания, раком молочной железы, женских половых органов и мочеполовой системы. Таким образом, сестринская программа должна включать в себя примерные сестринские вмешательства при основных проблемах пациентов с такими заболеваниями.

При онкологических заболеваниях органов ЖКТ, чаще всего, возникают следующие проблемы: кахексия, анорексия, тошнота, рвота, запор, диарея, метеоризм, икота, стоматит, дисфагия. Стоит отметить, что эти проблемы встречаются не только у названной категории пациентов, но и у пациентов с другими локализациями опухолевого процесса, а также после проведенного лечения, как осложнения на агрессивные химиопрепараты и облучение.

Кроме того, сестринские вмешательства при онкологических заболеваниях ЖКТ часто связаны с уходом за стомами кишечника, желудка.

При онкологических заболеваниях органов дыхания возникают следующие проблемы: одышка, непереносимость физической нагрузки, слабость, кашель продуктивный.

У пациенток с раком молочной железы, помимо выше названных проблем, ключевыми являются проблемы, связанные с лимфостазом.

Но основной проблемой, значительно снижающей качество жизни, является боль.

**Рекомендации медицинской сестре при проведении медикаментозной терапии боли**

1. Соблюдать регулярность введения анальгетиков. Анальгетики вводятся "по часам", причем доза постепенно увеличивается, пока больной не почувствует облегчения.

2. Последующую дозу вводить до того, как закончится действие предыдущей. Медицинская сестра должна знать длительность максимального действия вводимых лекарственных средств.

3. Эффективность терапии оценивают через 60 минут после энтерального приема препарата и через 15 мин после в/в введения препарата: боль не изменилась или усилилась, боль уменьшилась менее чем на 50% или боль уменьшилась более чем на 50% или исчезла полностью.

. Предпочтительнее применять пероральное, чрезкожное введение анальгетиков.

5. Необходимо знать возможные побочные эффекты лекарственных препаратов и активно отслеживать их проявления (запор, тошнота, рвота, спутанное сознание, депрессия, угнетение дыхания и сознания и др.).

. Ежедневно проводить оценку интенсивности боли и оценку эффективности терапии.

**Неотложная помощь при передозировке опиоидных препаратов, анальгетиков, проявляющейся угнетением дыхания и сознания**

1. Немедленно активизировать пациента командами «дышите!», «смотрите на меня!» и т.д.
2. Провести действия раздражающего характера (трение рук, щек, разбудить пациента)
3. Вызвать дежурного врача через третье лицо.
4. Брызнуть на лицо холодной водой
5. Обеспечить проведение оксигенотерапии
6. Обеспечить доступ свежего воздуха
7. Подготовить для внутривенного введения антагонист опиоидных препаратов (например, налоксон 0,4-0,8 мг).

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «боль»**

1. Ежедневно оценивать уровень боли, учитывая объективные и субъективные данные.
2. Ежедневно оценивать адекватность медикаментозной терапии, ее эффективность при профилактике боли.
3. Следить за применением анальгезирующих препаратов и препаратов других фармакологических групп по назначению врача.
4. Следить за реакцией пациента на методы купирования боли. Медсестра должна помогать пациенту купировать боль, не принося дополнительных эмоциональных, физических или ментальных страданий.
5. Обучать пациента всему, что связано с болью. Объяснить причину боли, время приема медикаментозных препаратов и схему их назначения, побочные действия.
6. Использовать немедикаментозные методы купирования боли:
7. Внешние отвлекающие факторы: постукивание, покачивание, беседа, интересные действия (чтение, рисование, пение и т.д.), юмор. Благотворно-успокаивающее действие оказывает держание пациента за руку, ароматерапия.
8. При явлениях гиперестезии можно использовать охлаждающие фены, припудривание. Пациентам придется отказаться от нейлонового белья.
9. При явлениях лимфостаза в верхних (например, рак молочной железы) и нижних конечностях применяют возвышенное положение конечности, махи конечностями, массаж по току лимфы, бинтование эластичными бинтами. Тем самым, улучшается отток лимфы и снижаются болевые ощущения.
10. Внутренние отвлекающие факторы, такие как: концентрация внимания при бодрствовании, фантазирование, сказкотерапия, прогулки.
11. Стратегии избегания: принятие определенной позы, неподвижность, сон.
12. Физиотерапия: массаж, вибрация, применение тепла и холода (после консультации с врачом).
13. Физические упражнения, при возможности минимизировать время нахождения в постели, упражнения на объем движений (пассивных, с помощью или активных).
14. Соблюдать личную гигиену пациента.
15. Ежедневно проводить оценку функционального состояния пациента, исключить такие проблемы пациента как запор, диарея, тошнота, рвота, тревожное состояние и т.п., которые могут повлиять на интенсивность боли.
16. Предложить пациенту вести дневник болевых ощущений, ежедневно оценивать уровень болевого синдрома.

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме «Кахексия»**

1. Ежедневно проводить оценку функционального состояния пациента (температура тела, масса тела, артериальное давление).
2. Способствовать физической активности пациента для улучшения кровообращения, профилактике осложнений, связанных с гиподинамией, а также для улучшения эмоционального состояния пациента.
3. Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимой диетотерапии.
4. Обеспечить адекватное питание пациенту с истощением: важно максимально разнообразить меню, включая в ежедневный рацион калорийные блюда, богатые витаминами, белками (90 - 120г белка и 2800 - 3200 ккал в сутки). Рекомендуется дробное питание. Если нет противопоказаний, следует употреблять жареные блюда, приправленные свежей зеленью, различные витаминные напитки. Особенно полезны высокопитательные коктейли (нутритивное питание) с медом, молоком, яичным желтком и какао или тертым сыром. Рекомендуется введение в рацион продуктов, богатых Омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК): рыбий жир, определенные сорта рыбы (макрель, сардины, анчоусы, скумбрия, лосось) и растительные масла, такие как канола и льняное масло.
5. Исключить употребление алкоголя, снизить количество потребляемого кофе.
6. Обеспечить достаточное потребление жидкости, в том числе питательных коктейлей, т.к. пациенту легче пить, чем есть.
7. Обеспечить консультацию с психотерапевтом пациенту и его родственникам для решения психосоциальных последствий истощения.
8. Проведение энтерального зондового питания, медикаментозного лечения при назначении врача.

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Анорексия»**

1. Предоставить возможность выбора пищи. Следует учитывать предпочтения пациента при составлении меню.
2. Целесообразно применять специи и ароматизаторы, если у пациента притупилось чувство вкуса. Но необходимо избегать продуктов и приправ с горьким вкусом.
3. Необходимо обеспечить красивую сервировку стола - индивидуально, для каждого пациента.
4. Сделать акцент на вкусовых качествах пищи, а не питательных. Если необходимо корректировать белково-энергетическую недостаточность, то следует применять нутритивное питание.
5. Выбрать адекватный температурный режим. То, что следует подавать горячим, не стоит приносить остывшим.
6. Подавать пищу мелкими порциями в маленьких тарелках. Пациентов с анорексией может отпугивать вид больших порций, вплоть до появления рвотного рефлекса.
7. Использовать дробное питание. Самым оптимальным промежутком между приемами пищи для пациентов с анорексией считается 3 часа.
8. Не следует оставлять пищу перед пациентом в надежде на то, что он поест позже. Стол должен сервироваться вовремя и убираться сразу после приема пищи.
9. Необходимо способствовать совместной трапезе пациентов в палате или дома с родственниками. Аппетит чаще повышается, если люди едят в компании.
10. Важно создать удобную позу при кормлении. В постели придается положение Фаулера. Если есть возможность, и нет противопоказаний, необходимо переместить пациента в кресло. Пациентам с дисфагией приподнять голову и помочь в процессе еды.
11. Примером зависимого вмешательства может стать применение стимуляторов аппетита (кортикостероидов - дексаметазон, преднизолон) и назначение энтерального питания.

**Примерные сестринские вмешательства при проблемах пациента «Тошнота» и « Рвота»**

1. Если пациент отказывается от еды, не стоит упорно настаивать на ее приеме**.**
2. Предлагать пищу маленькими порциями, использовать ароматизаторы и специи для улучшения запаха пищи.
3. Избегать жареной и жирной пищи, алкоголя, пряных и сладких блюд.
4. Применять несладкие морсы, воды, соки (зеленое яблоко, шиповник, клюквенный, цитрусовые и т.д).
5. Обеспечить пациенту отдых после еды, не допускать положения «лежа на животе» в течение двух часов после еды (лучше отдых в положение полусидя - Фаулера).
6. Предложить пациенту подержать во рту кусочки льда, холодные кусочки ананасов, мятную карамель.
7. Проветривать палату не реже двух раз в день.
8. Обеспечить, по возможности, прогулки на свежем воздухе.
9. Использовать освежители воздуха в палатах, эфирные масла (апельсин, кедр, мелисса, мята, лимон).
10. При возникновении рвоты подготовить емкость для рвотных масс, клеенчатый фартук, полотенце дать в руки пациенту. Оказывать помощь пациенту при рвоте, лучше всего, усадив его, если пациент без сознания - уложить и повернуть голову на бок для предупреждения аспирации.
11. Обращать внимание на характер рвотных масс, возможные патологические примеси, количество.
12. После каждого акта рвоты обработать полость рта пациента.
13. При необходимости сменить нательное и постельное белье.
14. Примером зависимых вмешательств может быть применение противорвотных препаратов - антиэметиков (галоперидол, метеразин, гранисетрон (китрил), димедрол, бускопан, октреотид, метоклопрамид, мотилиум, цизаприд и др.).

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Запор»**

1. Увеличить в рационе количество растительной клетчатки: хлеб грубого помола и с отрубями; сырые овощи, особенно, свекла; фрукты; сухофрукты; орехи. Включать в рацион кисломолочные продукты. Если запор развивается на фоне воспаления кишечника, необходима щадящая диета с исключением грубых продуктов, богатых клетчаткой, и включением блюд, стимулирующих кишечную перистальтику (пюре из вареной свеклы моркови, сливы, цветная капуста, вода с медом натощак, отвар шиповника).
2. Ограничить употребление сыров, изделий из дрожжевого теста, мучных сладких блюд, высококалорийных десертов.
3. Обеспечить достаточный объем выпиваемой жидкости, который должен составлять 1,5 -2 литра в день, при отсутствии противопоказаний.
4. Режим питания у онкологических пациентов должен составлять 5-6 раз в день.
5. Выработать рефлекс на акт дефекации у пациента: ежедневно натощак утром выпивать стакан кипяченой воды комнатной температуры маленькими глотками, стакан прохладной воды с медом, отвара шиповника с сахаром, пюре из свеклы, моркови, печеных яблок. На ночь - кефир, компоты из свежих или сухих фруктов, свежие фрукты, чернослив.
6. При упорных хронических запорах усилить терапевтическое действие молочнокислых продуктов добавляемые в них по 1 - 3 чайных ложки растительное масла (оливковое, подсолнечное, кукурузное, льняное).
7. Обеспечить адекватную физическую нагрузку пациенту, добавить пассивные физические упражнения: сгибание и разгибание нижних конечностей в суставах, разведение ног в тазобедренном суставе, повороты на бок (три раза в день по 5-7 минут).
8. Обучить пациента осуществлять самомассаж боковых стенок живота в направлении по часовой стенке. Массаж живота рукой по часовой стрелке, ритмичное втягивание заднего прохода, надавливание на область между копчиком и задним проходом помогают акту дефекации. Эти упражнения необходимо выполнять регулярно в течение 5-10 минут.
9. Организовать периоды уединения пациента при попытках акта дефекации.
10. Примером зависимых вмешательств может стать: масляная клизма, применение препаратов, оказывающих слабительный эффект (дюфалак, регулакс, бисакодил, свечи с глицерином, препараты, содержащие сенну).

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Диарея»**

1. Определить степень тяжести диареи. Если стул до семи раз в сутки, не обильный, без патологических примесей, температура тела нормальная - это легкая степень тяжести диареи. При значительной потере жидкости и ухудшении состояния пациента необходима срочная консультация врача.
2. Обеспечить пациенту постоянный доступ в туалет или наличие чистого сухого судна, наличие туалетной бумаги.
3. Если диарея легкой степени тяжести, то следует обеспечить прием рисового отвара или раствора крахмала (одна ложка на стакан воды), отвара шиповника, айвы, черемухи, киселя из черники. Рекомендовать каши из риса, пшена, овсяных хлопьев, яблочное пюре, отварные овощи, картофельное пюре на воде, вареную протертую тыкву, крепкий чай.
4. Рекомендовать прием пищи с большим количеством калия - бананы, абрикосы или персиковый нектар, рыбу, картофель
5. Исключить употребление молока, молочных продуктов, бобовых, свежих фруктов с семенами и кожурой, пряностей, кофе, шоколада, пирожных, конфет, орехов, сухофруктов, зелени, алкоголя, жирные сорта мяса и рыбы, копчености, маринады, консервы, острые специи и раздражающие кишечный тракт овощи (редька, лук, редис, чеснок).
6. Обеспечить прием теплой не кислой жидкости маленькими глотками (минеральную воду без газа, сладкие морсы, соки, чай, соленую воду, «Регидрон»). Жидкость употреблять в перерывах между едой, но не во время еды.
7. Обеспечить уход за органами промежности для предупреждения возникновения внутрибольничной инфекции.
8. Принять меры по нормализации микрофлоры кишечника.

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Икота»**

1. Рекомендовать пациенту задержку дыхания, заложив руки за спину, в положении стоя или сидя.
2. Рекомендовать питье воды маленькими глотками, выдохнув перед этим воздух.
3. Рекомендовать питье с «неправильной» стороны стакана, массаж наружного слухового прохода, стимуляцию чихания.
4. Рекомендовать питье «мятной» воды (одна капля масла мяты перечной на полстакана воды.
5. Примером зависимого вмешательства может стать назначение лекарственных препаратов: метоклопрамида (церукал), хлорпромазина.

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Стоматит»**

1. Провести беседу с пациентом о правилах гигиены рта, основных правилах чистки зубов, порекомендовать для ухода мягкую зубную щетку, зубную нить при переносимости процедуры. уход за зубными протезами (очищение после каждого приема пищи, погружение на ночь в раствор слабого антисептика). Рекомендовать отказаться от курения и употребления алкоголя.
2. Организовать чистку зубов после каждого приема пищи и перед отходом ко сну.
3. Полоскать ротовую полость физиологическим раствором каждые 1,5-2 часа. Если в ротовой полости образуются корочки, применять другие полоскания (содо-солевой раствор; раствор перекиси водорода). Не применять растворы содержащие спирт.
4. Строго соблюдать инфекционный режим (индивидуальная посуда, стерильный инструментарий и растворы при обработке полости рта и т.д.)
5. Обеспечить уход за губами пациента (возможно использование вазелина либо другие бальзамы и мази для губ).
6. Стимулировать выделение слюны: рекомендовать сосание кусочков замороженного тоника, лимонада, цитрусовых напитков, ананаса, раствора лимонной кислоты, таблеток аскорбиновой кислоты, жевательная резинка без сахара, лимонная карамель, медленно рассасываемые конфеты.
7. Исключить из питания пациента горячее, соленое, кислое, острое.
8. Обеспечить достаточное потребление жидкости, если нет противопоказаний.
9. Контролировать температуру тела пациента.
10. Примеров зависимого вмешательства может стать назначение антисептиков и анальгетиков: ксилокаин в виде 2% гелевого раствора по 15 мл 4 раза в неделю (полоскать и сплевывать) или в виде 10% спрея; бензокаин - 20% раствор, по 10-15 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать), в виде геля применять с мягким массажем через каждые 4-6 часов; диклонин - 0,5 или 1% раствор, по 15 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать), в виде геля применять с мягким массажем через каждые 4-6 часов; 0,5% раствор кокаина, по 10 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать). Из нестероидных противовоспалительных препаратов: 0,15% раствор бензидамина (Диффлам) по 15 мл каждые 4 часа (полоскать и сплевывать), а также в виде мази; салицилаты; дифенгидрамин (эликсир дифенгидрамина и каопектат в равных частях) по 15-30 мл раствора каждые 2-4 часа (полоскать и сплевывать); или эликсир дифенгидрамина с антацидом (гидроксид аллюминия) и гелем лигнокаина в равных частях - по 15-30 мл раствора каждые 2-4 часа (полоскать и сплевывать).

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «Дисфагия»**

1. При беседе с пациентом выяснить уровень (в каком месте затруднено глотание - во рту, на уровне грудины) и степень обструкции.
2. Провести визуальный осмотр ротоглотки, диагностический тест на глотание воды (переносимость жидкой пищи).
3. Обеспечить прием адекватного питания пациенту: частое дробное питание мягкой сочной пищей, правильное положение тела при приеме пищи для облегчения глотания и профилактики аспирации, во время приема пищи придерживать голову пациента. Принимать пищу нужно сидя на стуле, при глотании опускать подбородок в направлении грудной клетки.
4. Ограничить курение, прием обильной еды, кофеина, алкоголя, шоколада, жирной пищи, цитрусовых соков.
5. Обеспечить определенную позу во время сна с приподнятым изголовьем и с валиком в области шеи для предупреждения аспирации.
6. Примером зависимого вмешательства может стать проведение лечебных мероприятий: введение назогастрального зонда, проведение радиотерапии и др. При проведении еюностомии, гастростомии - обеспечить уход за стомами.

**Примерные сестринские вмешательства при наличии у пациента стом**

**Рекомендации медицинской сестре при уходе за пациентом с гастростомой**

1. Обеспечить соблюдение инфекционного режима при уходе за стомой и осуществлении кормления пациента с гастростомой.
2. Перед каждым кормлением осматривать наружную часть гастростомической трубки и окружающей гастростому кожи. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму гастростому на предмет выявления отёка вокруг трубки или появления свища и других изменений.
3. После каждого кормления необходимо проводить туалет кожи в области стомы, чтобы предотвратить мацерацию в результате возможного контакта с пищеварительными секретами (желудочный сок): наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача, наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки, аккуратно закрепить пластырем к коже пациента поверх повязки наружную часть гастростомической трубки.
4. Вводить пациенту высококалорийную, легко усваиваемую пищу полужидкой консистенции. Частота кормлений - 4 - 6 раз в день. Следует учитывать вкусы пациента, его предпочтение тем или иным блюдам. В течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой и выглядеть аппетитно.
5. Обучить пациента и его родственников проводить кормление и обеспечивать уход за стомой.
6. Предлагать пациенту пережевывать пищу для смачивания пищи слюной и возбуждения секреции пищеварительных желез. Пациенту предлагать пережевывать пищу и после этого выкладывать ее изо рта (выплевывать) в воронку, откуда вместе с жидкой смесью по трубке пища вводится в желудок.
7. После кормления промыть гастростомическую трубку 30-50 мл кипяченой воды.
8. Проводить мероприятия для повышения аппетита пациента.

**Рекомендации медицинской сестре при уходе за пациентом со стомами толстого кишечника**

1. Обеспечить соблюдение инфекционного режима при уходе за стомой толстого кишечника.
2. Обучить пациента и его родственников методам ухода за стомой, предоставить необходимую информацию при наличии стом толстого кишечника.
3. Оценить частоту и консистенцию выделяемого из стомы. При оформленном стуле и опорожнении кишечника 2 - 3 раза в день можно применять однокомпонентные и двухкомпонентные недренируемые калоприемники. Однокомпонентные недренируемые (закрытые) калоприемники следует менять 2 - 3 раза в день (по мере необходимости). Если возникает необходимость менять их чаще или если существует риск механического повреждения кожи вокруг стомы, следует переходить на однокомпонентные дренируемые или двухкомпонентные калоприемники. Пластину двухкомпонентного недренируемого (закрытого) калоприемника обычно меняют 1 - 2 раза в неделю, мешки по мере необходимости. Для пациентов с колостомой при жидком стуле или при склонности к поносам рекомендуются дренируемые (открытые) калоприемники.
4. При уходе за пациентом со стомой обеспечить конфиденциальность процедуры. При необходимости использовать зеркало, чтобы создать видимость для пациента.
5. При каждой смене калоприемника или пластины проводить измерение стомы при помощи трафарета. Окружность вырезанного отверстия в клеевом слое пластины должна быть диаметром на 3-4 мм шире, чем стома. Снятие калоприемника производить, начиная с верхнего края. Новый калоприемник приклеивать, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1-2 минут, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.
6. При каждой процедуре оценивать состояние кожи вокруг стомы. Проверять состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на наличие отёка или других изменений (*мацерации*). Аккуратно очищать область стомы и кожи вокруг неё водой с мягким (жидким) мылом, высушивать её марлевой салфеткой. Обрабатывать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).
7. Провести беседу с пациентом о необходимой диете.

**Основные правила при составлении диеты для пациента с колостомой**

1. Не следует резко ограничивать пациента в приеме пищи и жидкости. Блюда, которые пациентом хорошо переваривались до наложения ему колостомы, хорошо перевариваются также после него. Значительное ограничение приема пищи из-за страха перед дефекацией, приводит к нежелательному снижению веса и, более того, к вызванному небольшим приемом пищи, запору.

2. Пищу необходимо принимать регулярно. Дело в том, что кишечник даже не получая пищу, продолжает функционировать, и в нем, несмотря на голодание, образуются газы.

3. Принимать достаточное количество жидкости, чтобы объем мочи составлял минимально 1 л в сутки, т. Е. в сутки необходимо выпивать не меньше 1,5 литра жидкости. Прием жидкости не следует постоянно жестко ограничивать, так как при наложенной на нижний участок толстого кишечника колостоме, объем принятой жидкости обычно не влияет на плотность стула. Жидкость желательно принимать, прежде всего, в промежутке между приемом пищи и небольшими дозами.

. Пациент должен употреблять определенный ассортимент продуктов. Во время лечения больного в больнице, диету предписывает врач. После выписки из больницы, желательно начинать с диеты, вызывающей скорее запор. К ней относятся, например, не очень жирные сорта мяса (говядина, нежирная свинина, телятина, отварные куры и цыплята, нежирная ветчина, отварная рыба), яйца, картофельное пюре, продукты из теста (лапша, макароны и т. Д.), творожные вареники, печенье, сухари, сладкие блюда из бисквитного или нежирного песочного теста, кексы, кремы-пудинги, сдобные булки и другие булочные изделия, кипяченое молоко, творог, плавленые сыры, сливочное масло, варенья, джемы, чай, какао. Из первых блюд - суп молочный, бульон мясной (в чистом виде или с лапшой, вермишелью и др., с блинчиками, с рисом или с протертыми сквозь сито отварными овощами). Отварные овощи, пропущенные через мясорубку (морковь); фрукты (бананы, абрикосы, тертые яблоки). Все эти продукты вызывают запор или, по крайней мере, не дают позывов на понос. Несколько позднее надо попробовать и в принципе вернуться к пище, принимаемой до операции. Следует, только, избегать блюд со слабительным действием. Т. Е. жирных блюд, ржаного хлеба, бобовых, белокочанной капусты, кудрявой (цветной) капусты, стручковой фасоли, шпината, огурцов, грибов, свежих фруктов, ароматических овощей (перца, редиски, лука, чеснока), острых приправ и специй, чернослива, инжира, свежего молока, пива и слишком холодных напитков, спиртных напитков, шипучих и игристых напитков. При наложении колостомы на поперечную ободочную кишку, содержимое кишечника обычно довольно жидкое и с помощью диеты не удается его сколько-нибудь сгустить.

. Очень важно правильно распределить прием пищи в течение суток: обильную пищу следует принимать утром и, главным образом, в обед. Ужин должен быть намного менее обильным, причем ужинать надо задолго до сна. Перед продолжительным путешествием или пребыванием в общественных местах, по разным случаям, необходимо на время, примерно одних суток, ограничиться только приемом жидкости и принимать подавляющий перистальтику активированный уголь. Это относится, главным образом, к колостомическим поясам. При применении современных, хорошо уплотненных герметичных пакетов, такой необходимости нет, при условии, однако, что имеется возможность производить смену этих пакетов в пути или опорожнять их содержимое в унитаз.

. С целью профилактики вздутия живота следует исключить из пищи, в частности, бобовые, свежий хлеб, белокочанную капусту, цветную капусту, лук, пиво и все, содержащие углекислый газ напитки. Надо также помнить, что источником газообразования является и поглощенный воздух. Поэтому не следует говорить во время приема пищи, а также не рекомендуется курить. Причиной вздутия живота могут быть, конечно, наряду с пищей, также воспаление пищеварительного канала, заболевание печени и желчного пузыря, заболевания сердца, а также нервное напряжение, страх. По этой причине необходимо обратиться к врачу. Громкое отхождение газов можно, по крайней мере, частично, предупредить вставлением смоченной ваты в устье колостомы. Иногда, также, помогает следующий прием: в момент, когда больной чувствует, что газы вот-вот будут отходить, он слегка рукой нажимает на стому.

. Неприятный запах, исходящий от стомы, можно ограничить исключением из меню следующих блюд: помимо уже упоминавшегося лука, бобовых и капусты, еще яйца, рыба, грибы, чеснок, острые приправы и специи, а зачастую также некоторые витамины (в частности В). От зловония рекомендуется также кефир или брусничный сок - один стакан после каждого приема пищи. Из лекарств подходит активированный уголь (1-2 таблетки три раза в сутки). Пригодным и удобным приспособлением являются вмонтированные в пакет фильтры с активированным углем.

. Рекомендовать пациенту вести дневник, где необходимо фиксировать режим и качественные составляющие питания, реакции на определенные продукты.

**Рекомендации медицинской сестре при уходе за пациентом с илеостомой**

1. Обеспечить соблюдение инфекционного режима при уходе за илеостомой.
2. Обучить пациента и его родственников методам ухода за стомой, предоставить необходимую информацию при наличии стом тонкого кишечника.
3. Обеспечить потребление достаточного количества жидкости(1500-2000 мл в сутки) и ограничивать количество соли до 6-9г в сутки. Жидкость следует принимать отдельно от плотной пищи
4. Обеспечить прием пищи 6-8 раз в день, регулярно, небольшими порциями, в частности, ужин должен быть до 20.00 или за 3 часа до сна.
5. Обеспечить адекватную физическую нагрузку, прогулки, спокойный психо-эмоциональный фон.
6. Использовать одно- или двукомпонентные (открытые) дренируемы калоприемники.
7. При смене калоприемников оценивать выделяемое из стомы, предотвращать попадание жидкого содержимого на кожу вокруг стомы.
8. Проверять состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изьязвления. Обрабатывать кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушивать марлевой салфеткой. Использовать окклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обрабатывать кожу защитным препаратом (паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин).

**Основные правила при составлении диеты для пациента с илеостомой**

1. С точки зрения калорийности и качества, диета должна быть питательной и вкусной. Прием белков должен быть достаточным, углеводы не ограничены, жиры принимаются в нормальном количестве или немного меньше. Необходимо исключить жирные, жареные, слишком сладкие блюда.

. Необходимо помнить о больших потерях воды и электролитов, поэтому положено принимать много жидкости

3. Очень важно поступление витаминов (сок цитрусовых) и прочих минеральных веществ.

. В диете рекомендуется:

1) для сгущения содержимого кишечника ввести рис, чернику, тертые яблоки без кожуры, желе-кисели;

2) при диарее исключить, в первую очередь, сливы, черешню, груши, инжир;

) для профилактики вздутия живота исключить из рациона белокочанную капусту, кудрявую (цветную) капусту, бобовые;

) избегать блюд, в которых содержатся компоненты, вызывающие колики, такие, как кожура помидоров, мякоть апельсинов, лимонов, грейпфрутов, а также кукурузы, орехов, огурцов.

**Рекомендации медицинской сестре при уходе за пациентом с трахеостомой**

1. Соблюдать правила инфекционной безопасности при уходе за трахеостомой.

2. Обучить пациента и членов его семьи правильно ухаживать за трахеостомой и трахеостомической трубкой.

3. Рассказать о правилах безопасности при использовании трахеостомической трубки: запор-флажок на наружной трахеостомической трубке должен быть всегда закрыт (кроме, случаев гигиенического ухода за трубкой), извлекать самостоятельно наружную трубку нельзя - это приведет к асфиксии.

4. Ежедневно менять внутреннюю трахеостомическую трубку на стерильную. Использованную трубку подвергать дезинфекции по режиму вирусной инфекции и дальнейшей обработке.

5. Осматривать кожу вокруг стомы при каждой замене внутренней трубки, на предмет мацерации, признаков раздражения и инфекции.

. Оценивать выделяемое из трахеостомы

. Защищать кожу шеи под ушками трахеостомической трубки стерильной Y-образной салфеткой, сверху трахеостому также прикрывать салфеткой.

. При прогулке в жаркую, сухую погоду смачивать верхнюю салфетку для дополнительного увлажнения. В зимний период использовать двойную марлевую повязку.

. Для эффективного общения с пациентом с трахеостомой, обеспечить его бумагой и ручкой.

. После привыкания пациента к трахеостоме, рекомендовать прикрывать ее платком, шарфом и др., использовать трубку с клапаном для удовлетворения потребности к общению для психологического комфорта пациента.

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «лимфатический отек верхней конечности после мастэктомии»**

1. Консультировать пациента о причинах возникновения отека и методах лечения.

2. Организовать психологическую помощь пациенту: спокойный психо-эмоциональный фон, консультация психотерапевта, регулярные беседы, с элементами обучения методам лечения и профилактики возникшей проблемы.

. Обеспечить уход за кожей пораженной конечности: ежедневное мытье, осушивание промокательными движениями (в том числе, область между пальцами), обработка кремами и мазями на водной основе, обработка антисептиками при наличии трещин, ссадин.

. Исключить возможность использования пораженной конечности для инъекций, измерения АД и др.

. Оценивать состояние кожи, при наличии покраснений, болезненности, жжения и других признаков воспаления обеспечить консультацию специалиста.

. Обучить пациента и регулярно проводить физические упражнения. Упражнения должны быть не слишком энергичны, адекватны состоянию пациента, руки не рекомендуется поднимать под углом более 900:

1. Руки за голову, перед собой, за спину. Повторить 10 раз.
2. Лечь на спину на кровати, сцепив ладони. Поднять руки вверх. Повторить 10 раз.
3. Медленно, но твердо отвести ладони назад, как можно дальше вверх, затем вниз. Повторить 10 раз.
4. Повернуть кисти ладонями вверх, затем вниз. Повторить 10 раз.

7. Обучить родственников пациента и регулярно проводить в стационаре массаж для дренирования лимфы. Приемы массажа: поглаживание прямолинейное, обхватывающие поглаживания в направлении от кисти рук к подмышечной впадине или от стопы к паховой области. Массаж в подмышечной впадине проводить медленными круговыми движениями в течение одной минуты.

**Примерные сестринские вмешательства при проблеме пациента «непереносимость физической нагрузки», «общая слабость, связанная с быстрой утомляемостью»**

1. Обеспечить спокойную психо-эмоциональную обстановку.
2. Провести тест на переносимость физической нагрузки: при выполнении упражнений оценивать функциональное состояние пациента. Признаки непереносимости физической нагрузки - снижение АД больше чем на 20 мм.рт.ст., увеличение ЧСС более чем на 120 уд\мин.
3. Организовать перемещение пациента, в зависимости от состояния, под наблюдением, при сопровождении или на специальных средствах перемещения.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха в палату, способствовать ежедневным прогулкам пациента.
5. Проводить мероприятия по личной гигиене в полном объеме.
6. Проводить физические упражнения (пассивные, активные, для поддержания мышечной силы).
7. Проводить массаж пациенту для профилактики осложнений гиподинамии.
8. Организовать досуг пациенту: чтение, просмотр телевизора, настольные игры с другими пациентами и др.
9. Обеспечить полноценное питание и достаточное потребление жидкости.
10. Проводить систематические беседы с пациентом для своевременного выявления психологических проблем пациента.
11. Примером зависимого вмешательства могут стать: применение противоопухолевых препаратов, лекарственные препараты, направленные на лечение анемии.

**Рекомендации медицинской сестре по организации физической активности в зависимости от режима активности**

1. При строгом постельном режиме (пациент не может присаживаться) необходимо:
2. Сгибание и разгибание суставов пальцев рук и ног 4 раза в день.
3. Сгибание и разгибание конечностей (активно, с помощью, пассивно) 4 раза в день по 5-7 минут каждая конечность.
4. Глубокое дыхание 4 раза в день по 15 вдохов.
5. Изменение положения тела каждые 2 часа.
6. При полупостельном режиме (постельный режим при возможности присаживаться) необходимо:
7. Усаживать лучше на стул 3 раза в день на 20-30 мин.
8. Упражнения на объем движений в суставах 2 раза в день, лучше при сидении на стуле.
9. Дыхательные упражнения: глубокие вдохи, выдох через сомкнутые трубочкой губы, два коротких сильных вдоха через нос и медленный выдох через рот и др. 3 раза в день по 5-7 минут.
10. При палатном режиме (пациент может вставать и ходить по палате):
11. Вставание 3 раза в день по 3-5 минут.
12. Ходьба вдоль кровати с помощью.
13. Упражнения на объем движений в суставах, дыхательные упражнения.
14. При общем режиме:
15. Хождение по коридору.
16. Подъем и спуск по лестнице.
17. Прогулка с помощью или самостоятельно.

**4.3 Примерные сестринские вмешательства при психологических проблемах пациента и его родственников**

При планировании и реализации психологической поддержки пациента и его семьи в рамках сестринской компетенции необходимо вовлекать в процесс лечения не только пациента, но и членов его семьи. Психологические проблемы значительно снижают качество жизни пациента и его родственников, а категория «качество жизни» исключительно субъективная, соответственно, эффективно выявить проблему и запланировать приемлемую схему оказания помощи без их участия не представляется возможным.

При приеме пациента в стационар медицинская сестра должна задать уточняющие вопросы родственникам пациента, ответы на которые помогут в дальнейшей планировании сестринских вмешательств:

1. Кто является основным лицом, заботящимся о пациенте?
2. Знают ли родные о диагнозе и прогнозе?
3. Ожидания родственников (излечение, смерть, поддержание основных жизненных функций, контроль над симптомами).
4. Помогут ли они пациенту, потребность в обучении каким-либо навыкам по уходу?
5. Не вызовет ли необходимость оказания помощи:

* лишних расходов;
* тревоги;
* появления ложных надежд.

1. Что может вызвать беспокойство пациента и родственников:

* маленькие дети пациента;
* отрицание собственного заболевания;
* страх заразности болезни;
* проблема наследства.

1. Скрывают ли родственники информацию о болезни от пациента?

Медицинская сестра ГУЗ «Кемеровский областной хоспис» имеет возможность организовать консультацию психотерапевта пациенту или его родственникам, а также, запланировать вмешательства для решения психосоциальных проблем пациента совместно с врачом-психотерапевтом. Организовать беседу с батюшкой местной церкви.

Тревожные состояния пациента и его родственников чаще вызваны дефицитом знаний, дефицитом общения. Медицинская сестра должна строить беседу, направленную на восполнение недостающих знаний и удовлетворение потребности к общению.

**Рекомендации медицинским сестрам при осуществлении психотерапевтического общения с пациентами, нуждающимися в паллиативном лечении**

1. Ежедневно уделяйте каждому пациенту свое внимание, обязательно поговорите с пациентом, проявите участие, спросите о состоянии его здоровья. Пользуйтесь открытыми вопросами («Как Вам спалось?», «Что Вам хочется сегодня поесть?» и т.д.). Будьте терпеливым слушателем, используйте технику «активное слушание». Не скупитесь на добрые слова.
2. Убеждайте пациента в необходимости выражать свои чувства, скорбь, страхи, обозначать и обговаривать свои психологические проблемы. Такие беседы ведите один на один в защищенной комнате, пациент сам определяет интенсивность беседы (что сказать, сколько информации, как сказать). Некоторые пациенты могут выражать свои чувства только с медицинским работником, т.к. человек не может позволить себе проявлять слабость или излишнюю откровенность в общении с родственниками, боясь напугать их.
3. При общении с пациентами боритесь со страхами, ощущением беспомощности, отчужденностью. Болезнь - это не чисто физическая проблема, это проблема всей личности человека. Необходимо работать на формирование положительной мотивации, проводить систематические беседы с пациентом. В то же время медицинские сестры должны быть понимающими, деликатными, они не должны любой ценой вызывать у пациента улыбку, в некоторых случаях лучше предлагать ему не сдерживать слезы, если хочется плакать, если нужно грустить, спорить, злиться и т.д. Сдерживание отрицательных эмоций усиливают стресс, необходимо работать на примирении с прошлыми отношениями, преодоление старых обид.
4. По возможности избегайте при общении с пациентом слово «рак». Рак - это, априори, в сознании людей отрицательная установка. Ассоциативный ряд понятий у слова «рак», как правило, - смерть, боль, неизбежность, никчемность. Во-первых, это напоминает пациенту о возможной скорой смерти, о боли. Во-вторых, снижает эмоциональный настрой и оскорбляет пациента.
5. Будьте готовы рассуждать с пациентом о смысле жизни. Для этого узнайте о подробностях его жизни, т.к. если Вы вдруг скажете, что смысл жизни, например, в рождении детей бездетному человеку, то Вы введете его еще в большее психологически угнетенное состояние.
6. Способствуйте формированию у пациента «воли к жизни». Определите вместе с ним в беседах, что ценно в жизни, например, дети, внуки, работа, творчество и т.д. Поставьте цели, они должны быть конкретны и достижимы, разработайте конкретный план. Например, пациент хочет научиться вязать, рисовать или самостоятельно передвигаться до туалета, для этого необходимо ежедневно выполнять какие-то действия для достижения цели и оценивать результат.
7. Выявляйте пациентов, которые нашли «преимущества» в своей болезни. Когда у человека обнаруживают заболевание с неблагоприятным исходом, общество начинает воспринимать его с другой стороны - стороны жалости. Человек начинает позволять себя жалеть, болезнь для него хороший предлог, чтобы:
8. уйти от неприятной ситуации, проблемы. Болезнь «дает разрешение» не решать проблем;
9. получить любовь, заботу через жалость от близких и не близких людей;
10. не соответствовать высоким требованиям, которые предъявляет общество.

Если Вы заметили такое настроение у пациента, то необходимо получить консультацию психотерапевта, в дискуссиях с таким пациентом обращать внимание на силу человеческой личности, организовать трудотерапию (рисование, вязание, разведение цветов, шитье мягких игрушек и т.д.), активную физическую нагрузку.

1. Помните, что у онкологических пациентов часто возникает потребность в общении с «наставником», «мудрецом». Чаще всего это общение происходит подсознательно, пациент рисует в своем воображении мудреца, который может ответить на все вопросы пациента. Очень благоприятно, если в результате систематических бесед образ «мудреца» будет проектироваться на образ опытного медицинского работника. Такое олицетворение очень ответственно для медицинской сестры, но при правильном построении бесед можно управлять эмоциональным настроем пациента, преодолевать с пациентом страхи и депрессивные состояния, и даже профилактировать физические симптомы заболевания. Для формирования образа наставника можно проводить сказкотерапию, метод психотерапии, предложенный А.В. Гнездиловым, для работы с онкологическими пациентами. С пациентом читают книги, с помощью которых можно сформировать новый взгляд, новое отношение пациента к болезни (сказки А.В. Гнездилова, Г.-Х. Андерсена, русская классика и т.д.).
2. Способствуйте коллективному просмотру телепередач, фильмов, чтению и последующему обсуждению книг и фильмов.
3. Способствуйте занятию рисованием у пациентов. Рисование дает возможность выразить свои чувства, обозначить страхи, определить сформировавшиеся образы. Кроме того, способствует развитию фантазии, отвлекает от действительности. В свою очередь, Вы можете наблюдать посредством рисунков динамику состояния человека.
4. Способствуйте адекватной физической нагрузке. Физическая нагрузка обязательна, даже если это просто ходьба, передвижение от объекта к объекту. Очень хорошо, если это ходьба на свежем воздухе и активные физические упражнения (гимнастика). Если пациент не в состоянии выполнять активные движения, необходимо помогать ему совершать физическую нагрузку (пассивные упражнения, дыхательная гимнастика, дренажное положение, гидротерапия, массаж и т.д.).
5. Проводите вместе с пациентами мероприятия, праздники, Дни рождения и т.д. Важно, чтобы пациенты принимали участие в организации мероприятий.

**Сестринские вмешательства при проблеме пациента «Желание изоляции от общения, в связи с тяжелым заболеванием»**

1. Ежедневно разговаривать с пациентом, интересоваться состоянием здоровья, семьей, обсуждать фильм, книгу и т.д.
2. При общении с пациенткой очень важно правильно подбирать слова, избегать резких категоричных фраз, цинизма. Следить за своей мимикой, движениями рук. Нельзя утомлять пациента своей беседой, помните, что интенсивность беседы задает сам пациент.
3. Убеждать пациента выражать свои чувства. Задавать открытые и обратные вопросы («Что вы чувствуете?», «Почему вам нравиться/не нравиться?», «Как вы думаете, почему?»).
4. Создать для каждой беседы определенную обстановку, беседы необходимо проводить в закрытой комнате, лучше один на один с пациентом.
5. Выявлять страхи пациента, связанные с диагнозом, обращая внимание на поведение и слова пациента во время беседы.
6. Провести беседу с родственниками. Рассказать об особенностях состояния близкого человека, обсудить возможные обстоятельства дискомфорта, а также ситуации, которые могут доставить радость.
7. Проводить уроки трудотерапии (шитье, вышивание, вязание и т.д.)
8. Способствовать формированию «воли к жизни». Определить приоритет в жизни человека, обозначить как много еще можно и нужно сделать.
9. Способствовать общению с другими пациентами, которые находятся в адекватном психологическом состоянии.
10. Предложить участвовать в организации коллективного мероприятия.

**Сестринские вмешательства при проблеме пациента «Тревожные состояния, связанные с заболеванием»**

1. Организовать беседу с пациентом или его родственниками в удобное для них время. Разговор нужно вести наедине, в небольшой, защищенной комнате.
2. При беседе активную роль должен играть пациент, а медицинская сестра должна быть пассивным собеседником, в то же время контролируя беседу (метод активного слушания).
3. Не давать всю истину сразу. Не спешить с ответом. Необходимо понять не провоцирует ли пациент вас, желая получить ожидаемый ответ, а вовсе не истину. Для этого существует метод контрвопроса («А почему вы задаете это вопрос? Что вы думаете об этом?»).
4. При беседе необходимо следить не только за своими словами, но и за невербальным общением (мимикой, жестами, позой).
5. Необходимо давать правдивую информацию пациенту.
6. При беседе избегать специализированных медицинских терминов, объяснять так, чтобы было понятно конкретному пациенту или его семье.
7. Предоставить пациенту и его родственникам проверенную литературу, которую можно прочитать с целью устранения дефицита знаний по поводу заболевания.
8. После беседы удостовериться, что информация правильно понята.
9. Организовать консультацию с врачом-психотерапевтом.
10. Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом до снижения уровня тревоги.

**Сестринские вмешательства при проблеме пациента «Дефицит досуговой активности»**

1. Оценить переносимость физической активности пациента.
2. Расспросить пациента и его родственников об интересах пациента и наметить план реализации, приемлемых в условиях стационара, видах деятельности, с учетом физической активности.
3. Персонализировать среду пациента с помощью его любимых предметов, фотографий близких людей.
4. Организовать мероприятия низкого уровня активности: чтение журналов или чтение вслух, просмотр телепередач, рисование, прослушивание музыки, радио, решение головоломок, наборов для рукоделия и моделирования.
5. Регулярно беседовать с пациентом, поощрять воспоминания о прошлой деятельности, если это не травмирует пациента.
6. Формировать хороший психо-эмоциональный фон в палате для бесед и совместных игр с другими пациентами.
7. Способствовать физической активности.

**4.4 Рекомендации по уходу за тяжелобольным и профилактике осложнений для родственников. Рекомендации для пациентов**

**Уход за полостью рта, чистка зубов**

У тяжелобольных людей на слизистой оболочке рта, на зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия.

При беспомощности человека уход за полостью рта заключается:

* в полоскании рта после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты;
* в чистке зубов (зубных протезов) утром и вечером;
* в очищении промежутков между зубами 1 раз в день (лучше вечером).

Для чистки зубов лучше использовать мягкую зубную щетку, не травмирующую десны. Завершая уход за полостью рта, обязательно очистить щеткой язык, снимая с него налет.

Если человек находится в бессознательном состоянии, он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких пациентов уход за полостью рта необходимо осуществлять каждые 2 часа днем и ночью.

**Чистка зубов тяжелобольного (в сознании)**

*Вам будет необходимо:* стакан с водой, зубная паста, мягкая зубная щетка (soft), вазелин (гигиеническая помада), зубная нить, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора.

*Выполнение процедуры:*

1. Объясните близкому человеку назначение предстоящей процедуры и ваши действия
2. Помогите пациенту повернуть голову набок.
3. Положите полотенце на грудь пациента.
4. Вымойте руки.
5. Поставьте на полотенце, под подбородком больного, емкость для сбора промывных вод. Попросите придерживать емкость рукой, набрать в рот воды и прополоскать рот.
6. Смочите зубную щетку водой и нанесите на нее зубную пасту.
7. Вычистите верхние зубы пациента, условно разделив все зубы на верхней и нижней челюстях на 4 сегмента (лучше начинать чистить зубы с верхней челюсти):

* расположите зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов, приблизительно под углом в 45°;
* «выметающим» движением сверху вниз проведите по каждому сегменту не менее 10 раз;
* почистите жевательные поверхности верхних зубов;
* расположите щетку перпендикулярно верхним зубам, почистите их небную поверхность осторожными, «выметающими» движениями, сверху вниз (все 4 сегмента);

1. Почистите аналогично нижние зубы (щечную мышцу и жевательную поверхность), а затем - язык тяжелобольного.
2. Помогите близкому человеку прополоскать рот водой. Протрите аккуратно подбородок и шею при необходимости.
3. Приготовьте зубную нить: оторвите 45 см нити, обмотайте большую часть нити вокруг среднего пальца одной руки, оставшуюся часть нити - вокруг среднего пальца другой руки так, чтобы был промежуток между пальцами в 2,5 см.
4. Осторожно проденьте нить между соседними зубами, не задевая десну, плавными пилящими движениями проведите нить между зубами снизу-вверх.
5. Почистите один зуб, отмотайте чистый участок нити длиной 2,5 см с одного пальца, а загрязненный намотайте на другой палец (эту процедуру можно выполнять в перчатках).
6. Смажьте губы вазелином или гигиенической помадой.
7. Уберите емкость, полотенце. Вымойте руки.

**Уход за вставными зубными протезами**

*Вам будет необходимо*: полотенце, резиновые перчатки, емкость для сбора промывных вод, чашка для протезов, зубная паста, зубная щетка, крем для губ, марлевые салфетки, стакан с водой.

*Выполнение процедуры:*

1. Объясните близкому человеку назначение предстоящей процедуры и ваши действия
2. Помогите пациенту повернуть голову набок.
3. Положите полотенце на грудь пациента.
4. Вымойте руки.
5. Поставьте на полотенце, под подбородком больного, емкость для сбора промывных вод. Попросите придерживать емкость рукой, набрать в рот воды и прополоскать рот.
6. Попросите пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку. Если пациент не может самостоятельно снять протезы, то:

* захватите большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки зубной протез;
* снимите протез колебательными движениями;
* положите их в чашку для зубных протезов;
* попросите пациента прополоскать рот водой;
* поместите чашку с зубными протезами в раковину.

1. Обработайте ротовую полость больного человека с помощью смоченных водой марлевых салфеток (небо, язык, внутренние поверхности щек, десны, область под языком), при наличие своих зубов, почистите их как указывалось выше.
2. Попросите прополоскать рот водой.
3. Откройте кран раковины, отрегулируйте температуру воды (она должна быть прохладной).
4. Почистите щеткой и зубной пастой все поверхности зубного протеза.
5. Прополоскайте зубные протезы и чашку под прохладной проточной водой.
6. Положите зубные протезы в чашку для хранения в ночное время и долить в нее воды, чтобы вода покрывала протезы или помочь пациенту вновь надеть их.
7. Вымойте руки.

**Уход за полостью рта тяжелобольного, находящегося в бессознательном состоянии**

*Вам будет необходимо*: резиновые перчатки, стакан с раствором для полоскания марлевых салфеток, мягкая зубная щетка, вазелин, 2 полотенца, емкость для сбора промывных вод, полиэтиленовый пакет, лейкопластырь, ножницы, деревянный шпатель, чашка, мешок для белья, антисептический раствор для полоскания рта - 0,02% раствором фурацилина, 0,05-0,1% раствор перманганата калия ("марганцовки") или 2% раствор питьевой соды.

*Выполнение процедуры:*

1. Вымойте руки
2. Намотайте на деревянный шпатель салфетку и закрепите ее лейкопластырем у основания.
3. Налейте в чашку антисептический раствор для обработки полости рта;
4. Разместите тяжелобольного на боку так, чтобы его лицо находилось на краю подушки;
5. Разверните полотенце, подняв голову, расстелите полотенце под головой.
6. Разверните второе полотенце и покройте им грудь пациента.
7. Откройте рот пациента, бережно, не применяясилы, введите между верхними и нижними зубами 1 и 3 пальцы одной руки и осторожно нажмите этими пальцами на верхние и нижние зубы.
8. Поставьте между зубами подготовленный деревянный шпатель, чтобы рот оставался открытым
9. Намотайте на указательный палец салфетку и, придерживая большим пальцем, смочить в приготовленном растворе.
10. Обработайте: небо, внутреннюю поверхность щек, зубы, десны, язык, губы. Меняйте салфетки по мере загрязнения
11. Почистите зубы без зубной пасты, используя мягкую щетку
12. Смажьте губы вазелином или гигиенической помадой.
13. Уберите полотенце, рабочее место, вымойте руки.
14. Тяжелобольного поверните на спину в удобное положение.

**Уход за глазами**

При наличии выделений из глаз, склеивающих ресницы и веки, во время утреннего туалета стерильным тампоном, смоченным антисептическим раствором (0,02-процентный раствор фурацилина или 2-процентный раствор натрия гидрокарбоната), протирают ресницы и веки.

*Вам потребуется:* пакет со стерильными марлевыми тампонами (стерильный бинт) полиэтиленовый пакет для сбрасывания отработанного материала, раствор для обработки глаз.

*Выполнение процедуры:*

1. Вымойте руки
2. Налейте антисептический раствор в емкость, возьмите стерильную салфетку.
3. Смочите и отожмите салфетку.
4. Протрите ресницы и веки по направлению от наружного угла к внутреннему.
5. Выбросьте салфетку, возьмите другую и сделайте те же манипуляции 4-5 раз.
6. Обработайте другой глаз тем же способом.
7. Промокните остатки раствора сухой салфеткой
8. Уберите рабочее место, вымойте руки.

**Уход за полостью носа**

У тяжелобольного на слизистой оболочке носа скапливаются слизь и пыль, что затрудняет дыхание и отягчает состояние пациента. Тяжелобольные не могут самостоятельно освобождать носовые ходы. Во время утреннего туалета при наличии выделений из носа или при образовании корочки их следует удалять ватными турундами:

**Уход за ушами**

В наружном слуховом проходе выделяется желтовато-коричневая масса - сера, скопление которой может образовывать серные пробки и послужить причиной шума в ушах, снижения слуха. Эти дополнительные симптомы могут беспокоить тяжелобольного.

Уход за здоровыми ушами требует регулярного мытья ушной раковины и наружного слухового прохода теплой водой с мылом. Ни в коем случае не следует чистить наружный слуховой проход острыми предметами, которые могу повредить барабанную перепонку или стенку слухового прохода. Если образовалась серная пробка, ее удаляют под наблюдением врача.

**Стрижка ногтей**

Ногти пациента требуют тщательного еженедельного ухода. Так как ногти становятся с возрастом жестче, то необходимо перед стрижкой их опустить в емкость с теплой водой и жидким мылом. Остригать необходимо по прямой, оставляя 1-2мм ногтя выступающим. После этого пилочкой необходимо обработать каждый ноготь в одном направлении. Обязательно применение питательного крема для рук и ног.

**Смена одноразового подгузника пациенту**

Пациентам с недержанием мочи лучше пользоваться одноразовыми подгузниками. Их подбираются по размеру с учетом веса, объема бедер и необходимой впитываемости пациента. Менять их необходимо каждые 4 часа и немедленно после дефекации для профилактики развития пролежней

*Вам потребуется:* чистый подгузник, впитывающая пеленка (по желанию), средства гигиены для обработки промежности.

*Выполнение процедуры:*

1. Расстегните многоразовые застежки на использованном подгузнике.
2. Слегка раздвиньте ноги тяжелобольного и согните их в коленях. Аккуратно сверните подгузник внутрь и проведите его между ног к спине.
3. Положите больного на бок (спиной к себе).
4. Подстелите под спину и ягодицы впитывающую пеленку (для защиты постельного белья во время смены подгузника)
5. Снимите заднюю часть подгузника со спины пациента и положите в мешок для мусора.
6. Положите больного на спину. Проведите гигиеническую обработку промежности.
7. Поверните больного на бок (спиной к себе), уберите впитывающую пеленку.
8. Разверните подгузник
9. Определите, где находится область ягодиц, живота.
10. Подложите подгузник под ягодицы от поясничной области.
11. Поверните пациента на спину, затем - на себя, расправляя подгузник.
12. Верните пациента в исходное положение - на спину.
13. Попросите пациента согнуть ноги в коленях и слегка их развести или сделайте это сами.
14. Уложите подгузник в области промежности и живота, распрямив и расправив в области бедер.
15. Закрепите подгузник застежкой-липучкой (слева и справа).

**Уход за кожей**

Кожа должна быть чистой, чтобы нормально функционировать. Для этого необходимо проводить ее утренний и вечерний туалет. Кожа человека загрязняется выделениями сальных и потовых желез, роговыми чешуйками, пылью, особенно в подмышечных впадинах и в складках кожи под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника.

Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже одного раза в неделю. Если пациент ослаблен, его рекомендуется мыть под душем и в ванной, усадив на стульчик. Ежедневно пациенту необходимо умывание, подмывание, мытье рук перед приемом пищи.

Если ванна или душ противопоказаны, необходимо проводить обтирание тяжелобольного в постели.

**Уход за промежностью**

Очень важен для тяжелобольного человека, особенно для женщин. При осуществлении интимной гигиены все движения следует выполнять по направлению от уретры к анальному отверстию, для профилактики инфекции мочевыводящих путей. Важно обработать область между половыми губами. У мужчин важно обработать головку полового члена, для это необходимо отодвинуть крайнюю плоть.

**Смена постельного белья тяжелобольному**

Сменить постельное белье тяжелобольному можно двумя способами. Лучше это сделать вдвоем. Первый способ применяется в том случае, если пациент может повернуться в постели:

1. Скатайте чистую простыню по длине до половины.
2. Поднимите голову пациента и уберите подушку.
3. Смените наволочку на подушке.
4. Переместите пациента к краю кровати, повернув его набок лицом к себе (желательно, чтобы помощник придерживал пациента).
5. Скатайте грязную простыню по всей длине по направлению к больному.
6. Расстелите чистую простыню на освободившейся части постели.
7. Поверните пациента на спину, затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.
8. Уберите грязную простыню и расправьте чистую, подверните края простыни под матрац.
9. Поднимите голову и плечи пациента и положите подушку.

Второй способ смены постельного белья применяется при полной неподвижности пациента:

1. Скатайте чистую простыню в поперечном направлении.
2. Приподнимите осторожно верхнюю часть туловища пациента, уберите подушку (желательно, чтобы помощник придерживал пациента).
3. Скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясницы пациента, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню.
4. Положите подушку на чистую простыню и опустите на нее голову пациента.
5. Попросите пациента согнуть ноги в коленях, опереться стопами о кровать и приподнять таз (если пациенту сделать это трудно, помощник подложит левую руку под крестец пациента и поможет ему приподнять таз).
6. Сдвиньте грязную простыню, продолжая следом расправлять чистую.
7. Попросите пациента опустить таз.
8. Приподнимите и придержите ноги пациента в области голени, продолжая сдвигать грязную простыню и расправлять чистую.
9. Опустите ноги пациента.
10. Заправьте края простыни под матрац.

**Пролежни**

Пролежень - повреждение и деформация, вплоть до некроза тканей кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей под действием прямого давления или смещающей силы.

Место образования пролежней зависит от положения, в котором находится тяжелобольной человек. Если он лежит на спине - это крестец, пятки, лопатки, затылок и локти. Если сидит - седалищные бугры, стопы ног, лопатки. Если лежит на животе, страдают от пролежней ребра, коленки, пальцы ног с тыльной стороны, гребни подвздошных костей. Необходимо обращать внимание на эти места при уходе за человеком, перемещении.

Признаком начинающихся пролежней является покраснение, непроходящее в течение продолжительного времени. С этого момента необходимо исключить давление на этот участок кожи вообще. Благоприятнее же пролежни профилактировать.

**Профилактика пролежней**

1. Меняйте положение пациента каждые два часа. Для контроля систематичности этой процедуры рекомендуется на листе бумаги нарисовать часовой циферблат, где выделить каждый второй час. Прикрепите этот рисунок на стенку напротив тяжелобольного, и при каждом переворачивании отмечайте на рисунке очередной час смены положения (на левый бок, на спину, на правый бок, на живот - если позволяет состояние пациента).
2. Найдите наиболее удобное положение для пациента - такое, чтобы вес тела был равномерно распределен (воспользуйтесь обычными подушками), на каждую часть тела оказывалось минимальное давление, особенно на участки риска.
3. Не подвергайте уязвимые участки тела пациента трению.
4. Обмываете уязвимые участки тела, соблюдая правила личной гигиены.
5. Пользуйтесь жидким мылом при мытье.
6. Тщательно просушивайте участки тела после мытья, смазывайте их кремом (если кожа сухая).
7. Побуждайте пациента вставать с кровати или кресла и немного прогуливаться (если он может ходить).
8. Сократите периоды сидения на стуле, если пролежни развиваются в области таза.
9. Побуждайте тяжелобольного по возможности принимать положение полулежа.
10. Если пациент прикован болезнью к креслу или инвалидной коляске, посоветуйте ему ослаблять давление на ягодицы каждые 15 минут: наклоняться вперед, приподниматься, опираясь на ручки кресла, слегка наклоняться в сторону, приподнимая противоположную половину ягодицы.
11. При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния пациента осматривайте регулярно кожу в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, затылка, большого вертела бедренной кости, в области подмышечных впадин, промежности и молочных желез;
12. Проверяйте состояние постели, стряхивайте крошки, распрямляйте складки на постели.
13. Исключите контакт кожи пациента с жесткой частью кровати.
14. Не пользуйтесь резиновыми кругами и подкладками - они приводят к большему сдавливанию вокруг области давления и способствуют распространению пролежней.
15. Проверяйте при каждой смене положения состояние кожи в областях давления.
16. Следите за соблюдением личной гигиены пациента. Утром и вечером обмывайте теплой водой, сушите насухо и протирайте ватным тампоном, смоченным 10% раствором камфорного спирта или 40-градусным раствором этилового спирта, или однопроцентным раствором салицилового спирта места, где чаще всего образуются пролежни. Также допустимо обрабатывать мазями и кремами с д-пантенолом.
17. Постельное белье должно быть чистым и сухим.
18. Следите за регулярным опорожнением кишечника.
19. Предупреждайте и лечите недержание мочи и кала.
20. Не допускайте несбалансированного питания пациента.
21. Витамины группы В и витамин С необходимы для питания тканей, а белковая недостаточность, дисбаланс азота, серы, фосфора и кальция влияют на кровообращение и повышают предрасположенность пациента к пролежням.
22. Низкий уровень гемоглобина способствует ишемии тканей, следовательно, пациенту необходима регулярная профилактика и лечение анемии.

При появлении стойкого покраснения, отслойка эпидермиса (сильное шелушение) появлении трещин и других признаков нарушения целостности кожи необходимо обратиться за консультацией к медицинским работникам: участковой медсестре, врачу, специалистам выездной бригады хосписа и другим.

**Рекомендации по рациональному питанию онкологического пациента**

Основные принципы питания, если нет особых назначений, онкологических пациентов таковы:

1. Суточное потребление энергии и белка для онкологического больного в возрасте от 40 до 60 лет составляет приблизительно 2100 ккал для мужчин и 1800 ккал для женщин; необходимое количество белка 65 г и 58 г соответственно.
2. Режим питания должен быть дробным (пять и более приемов пищи). Ужин должен быть за 2-3 часа до сна.
3. Необходимо обязательно включать в ежедневный пищевой рацион разнообразные овощи и фрукты, источники витамина С, Р, бета-каротина и витамина К:
4. Белокочанная, цветная, брюссельская капуста, кресс-салат, редька, репа, редис, лук.
5. Морковь, петрушка сельдерей, укроп, кориандр, пастернак, свекла, шпинат.
6. Томаты, красный перец, баклажаны, картофель.
7. Соя, горох.
8. Тыква, дыня.
9. Цитрусовые (апельсин, мандарин, грейпфрут, лимон,).
10. Абрикосы, персики, яблоки, вишня, темный виноград, слива.
11. Ягоды (черника, черная и красная смородины, шиповник, облепиха, черноплодная рябина, малина, ежевика, брусника, клюква, земляника).
12. Сухофрукты (финики, инжир)
13. Включать в рацион неочищенные злаки - ограничить прием очищенных (рафинированных) углеводов, злаков.
14. Ограничить потребление мяса, особенно жирного и подвергшегося переработке (колбасные изделия и т.п.). Но постную говядину, телятину, нежирные сорта свинины и баранины, мясо кролика, кур, индеек обязательно необходимо включить в рацион питания.
15. Для достаточного потребления белка необходимо включать: бобовые культуры, крупные рыбы из отряда лососевых (лосось, семга, радужная форель, сиг), осетровые (белуга, севрюга). В малобелковых рыбах (макрорус, мойва и др.) около 10-13% белка, в высокобелковых (горбуша, кета, семга, лосось, тунец и ДР-) - 21-22%. Икра осетровых и лососевых рыб, куриные яйца (2-3 в неделю), орехи - грецкие, фундук, миндаль, кешью, кедровые, а также арахис.
16. В диете не должно быть однообразия, способствующего угнетению аппетита.
17. Отдавать предпочтение сырым растительным продуктам, свежим фруктам и овощам (морковь, свекла, помидоры). Фрукты, и особенно арбузы и дыни лучше есть не менее, чем за полчаса до основных блюд.
18. Употреблять мед - высококалорийный продукт, содержащий аминокислоты, углеводы, витамины, микроэлементы и ферменты. Мед обладает свойством уменьшать явления интоксикации, повышает сопротивляемость организма. Суточное количество меда не должно превышать 80 г.
19. Следует отдавать предпочтение растительным маслам. Можно рекомендовать орехи (грецкие, арахис, фундук, кедровые, миндаль), в которых, помимо жира, составляющего 45 - 65%, содержатся белки (16 - 27%), витамины Е и группы В, калий и другие элементы.
20. Из молочных продуктов должны быть все виды молока, сливочное масло, сыр, сгущенное молоко, простокваша, кефир, йогурт, творог неострые, малосоленые и предпочтительно нежирные сыры.
21. Хлебные изделия также необходимо употреблять: хлеба и крупяные продукты, таких, как каши, печенье, «соломки», макаронные изделия
22. Выбирать пищу, которая помогает поддерживать оптимальную массу тела.
23. Продукты нужно сочетать так, чтобы в суточном рационе присутствовали белковые, фруктово-овощные, молочные и злаковые компоненты.

**Методики немедикаментозной терапии боли**

1. Вместе с человеком, страдающим болевым синдромом, выбирается место для массажа (возможен массаж спины, воротниковой зоны, кистей рук, ступней). Приемы: поглаживание, растирание, вибрирующие движения. Движения ровные, ритмичные. По завершении массажа желательно задержать руки на месте, где он производился. Этот прием должен вызвать у пациента ощущение сопричастности.
2. Человек в положении лежа или сидя должен сосредоточить свое внимание на каком-либо предмете. Он делает глубокий вдох, а затем дышит спокойно, приговаривая вместе с проводящим эту процедуру слова: «медленный вдох - медленный выдох». Продолжительность процедуры до 30 минут. В конце занятия пациенту предлагают сделать медленный вдох через нос и выдохнуть через рот (3-4 раза). Выдох должен быть длиннее вдоха.
3. Ежедневно, три раза в день в течение 5-15 минут делать следующие упражнение. Человек, страдающий болевым синдромом, садится в удобную для него позу и сосредотачивается на мышцах своего тела. Затем постепенно с головы до самых стоп мысленно отдает приказ каждой группе мышц расслабиться. Затем уже в расслабленном состоянии, пациент представляет себя сидящим у ручья или на пляже, в любой подходящей приятной обстановке. Оставаясь в этом месте, пациент представляет во всех подробностях образ Боли или своего заболевания. После этого пациент должен представить как на Боль (опухоль) воздействует лечебная энергия (радиотерапия, химиотерапия, или даже собственные лейкоциты) и этот образ постепенно уменьшается в размерах и исчезает.

4.5 **Система контроля качества сестринской паллиативной помощи**

Контроль качества сестринской помощи в паллиативной медицине должен реализовываться по нескольким направлениям.

Прежде всего, для осуществления контроля качества помощи необходимо проанализировать в целом кадровый состав учреждения: соответствие уровня образования медицинской сестры занимаемой должности, своевременность обучения, повышения квалификации, получения сертификата специалиста. Кроме того, современная медицинская сестра должна стремиться участвовать в конференциях, семинарах, заниматься научной деятельностью.

Текущая оценка качества сестринской помощи осуществляется ежедневно при передаче и приеме дежурных смен.

Кроме того, периодически должна производиться оценка качества сестринской помощи с подробным анализом деятельности медицинской сестры. Для реализации такого контроля качества необходимо разработать экспертные карты выполнения медицинской сестрой своих обязанностей, соответствия деятельности необходимым технологиям выполнения манипуляций, утвержденным стандартам сестринской деятельности. Для оптимизации контроля качества сестринской помощи необходимо разработать:

1. Экспертную карту палатной медицинской сестры.
2. Экспертную карту перевязочной медицинской сестры.
3. Экспертную карту процедурной медицинской сестры.

Принимая во внимание специфичность паллиативной помощи, целью которой является достижение максимально высокого качества жизни пациента, нельзя пренебрегать таким критерием как удовлетворенность пациента и его родственников качеством сестринской помощи в хосписе. Хотя большинство авторов считают этот показатель слишком субъективным и не показательным при контроле качества медицинской помощи.

Для анализа этого критерия необходимо разработать анкету-вопросник удовлетворенности качеством сестринской помощи, которую предлагать заполнять родственникам и пациенту после пребывания в отделении.

**Заключение**

Организация сестринской паллиативной помощи требует развития, которое должно выразиться в подготовке квалифицированных медицинских кадров, определении штатных нормативов среднего медицинского персонала для системы паллиативной помощи, разработке и утверждении стандартов деятельности специалистов при ведении инкурабельных пациентов, разработке и внедрению в работу системы контроля качества сестринской паллиативной помощи.

Автор выделил основные проблемы организации паллиативной помощи в РФ и, в частности, организации сестринской помощи, предложил структуру сестринской паллиативной программы для оптимизации оказания помощи инкурабельному пациенту. В рамках сестринской программы автор разработал и систематизировал имеющуюся сестринскую документацию по ведению паллиативных пациентов, выделил основные проблемы пациентов при определенных онкологических патологиях и систематизировал возможные сестринские вмешательства при планировании помощи пациенту и его семье, включая психологические проблемы.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. В структуре пациентов, находящихся на стационарном лечении в хосписе, лидирующие позиции занимают онкологические пациенты с поражением органов желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и раком молочной железы. Преобладающие проблемы пациентов связаны с локализацией злокачественного новообразования, противоопухолевым лечением, наличием болевого синдрома, нарастающей эндогенной интоксикацией и гиподинамией. У пациентов отделения хоспис, как правило, повышен уровень депрессивного состояния, значительно снижающий качество жизни пациента и членов его семьи.

2. Структура организации сестринской помощи хосписа характеризуется хорошей укомплектованностью сестринскими кадрами. Основной проблемой является отсутствие стандартов деятельности специалистов для ведения пациентов с определенными проблемами, а также отсутствие система контроля качества, оказываемой сестринской помощи.

. При разработке сестринской программы необходимо определить ее структуру, определить основные направления деятельности медицинской сестры при оказании паллиативной помощи, определить основные лечебные мероприятия в рамках сестринской компетенции, учитывая структуру пациентов хосписа, а также разработать систему контроля качества сестринской помощи. Для оптимизации сестринской паллиативной помощи необходимо уделять внимание не только решению физиологических проблем пациента, но и выявлению и решению психологических проблем пациента и членов его семьи, а также обучению пациента и его родственников и устранению дефицита знаний для повышения качества жизни пациента в болезни.

Практические рекомендации в рамках данного исследования:

1. Для оптимизации сестринской паллиативной помощи необходимо провести обучающие семинары для сестринского персонала, включающие основные направления деятельности медицинской сестры хосписа, наиболее часто встречающиеся проблемы пациентов хосписа с определенной онкопатологией, пути решения возникающих проблем.
2. Внедрить в практическую деятельность сестринскую документацию для эффективного планирования сестринского ухода и динамического наблюдения за пациентом хосписа.
3. Оформить информационные папки примерных сестринских вмешательств для решения проблем пациента, в зависимости от пораженной системы органов или имеющегося хронического заболевания, возможных осложнений. Это обеспечит квалифицированную и своевременную помощь пациенту в рамках сестринских вмешательств. Информационные папки необходимо постоянно дополнять и обновлять.
4. Разработать систему контроля качества сестринской паллиативной помощи.
5. Обеспечить пациентов и членов их семей необходимой методической литературой и рекомендациями при уходе за пациентом, для повышения качества жизни пациента и снижения уровня депрессивных и тревожных состояний пациента и его родственников.

**Библиографический список:**

1. Министерство Здравоохранения РСФСР. Приказы. Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц [электронный ресурс]: Приказ №19 от 01.02.1991.
2. Березикова, О. Информационный бюллетень [Текст] / О.А. Березикова, Т.А. Кузнецова, В.А. Березиков, Н.А. Еремина. - Кемерово: Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, 2009. - 33с.
3. Бейер, П. Теория и практика сестринского дела в двух томах [Текст]: учебное пособие. Т. I. [Пер. с англ./ Под ред. С.В. Лапик, В.А. Ступина, В.А. Саркисовой.] / П. Бейер, Ю. Майерс, П. Сверинген, Д. Росс, С. Смельтцер и др. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. - 800 с.
4. Бейер, П. Теория и практика сестринского дела в двух томах [Текст]: учебное пособие. Т. II. [Пер. с англ./ Под ред. С.В. Лапик, В.А. Ступина, В.А. Саркисовой.] / П. Бейер, Ю. Майерс, П. Сверинген, Д. Росс, С. Смельтцер и др. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. - 889 с.
5. Гнездилов, А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе [Текст] / Гнездилов А.В. - СПб.: АОЗТ фирма "КЛИНТ", 1995. - 136 с.
6. Гнездилов, А. Психические изменения у онкологических больных [Текст] / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. - 2001. - №1(5). С. 5-13.
7. Дементьева, Н.Ф. Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников [Текст] / Дементьева Н.Ф., Золоев Р.В. // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2005. - №1. - с. 13-15.
8. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании [электронный ресурс] / Элизабет Кюблер-Росс// http:// - www. rak.by
9. Новиков, Г.А. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации [Текст] / Новиков Г.А., Рудой С.В., Самойленко В.В., Вайсман М.А., Ефимов М.А. // Медицина в Кузбассе. - 2009. - Спецвыпуск №1. - С. 59-60.
10. Паллиативная помощь онкологическим больным [Текст] / Под ред. Проф. Г.А. Новикова, академика РАМН, проф. В.И. Чиссова. - М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. - 192с.
11. Платинский, Л.В. Современные взгляды на питание онкологических больных [электронный ресурс] / Л.В. Платинский, В.В. Брюзгин // http:// - www. rak.by
12. Проблемы паллиативной помощи в России. Всемирный день хосписной и паллиативной помощи в России [электронный ресурс] // 2009-2011, www. hospiceday.ru
13. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы Государствам - участникам по организации паллиативной помощи [Текст]. - 2003. - 93с.
14. Саймонтон, К. Психотерапия рака. [Текст] / Саймонтон К., Саймонтон С. - Ростов н/Д.: Феникс, 2005. - 129с.
15. Сестринское дело [Текст]: учебник для студентов факультетов высшего сестринского образования мед.вузов: в 2т. Т. 2. / Под ред. Г.П. Котельникова. - Самара: Издательство ГУП «Перспектива», 2004. - 504с.
16. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям [Текст]: сопроводительный буклет / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson. - ВОЗ Европа, 2005. - 44с.
17. Туркина, Н.В. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами, перенесшими инсульт [Текст] / Туркина Н.В., Петрова А.И., Аверин А.В. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. - 172с.
18. Убедительные факты. Паллиативная помощь [Текст]: сопроводительный буклет / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson. - ВОЗ Европа, 2005. - 36с.
19. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными [Текст] / И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1988. - 338с.
20. Хетагурова, А. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы [Текст] / А.К. Хетагурова. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 160с.
21. Чарли, Б. Пособие по паллиативной медицине [Текст]: [пер. О.К. Очкур ред. Е.Ю. Петрова] / Чарли Бонд, Вики Лэви, Рут Вулдридж. - Help the Hospices, 2008. - 87с.
22. Чернова, О.В. Уход за онкологическими больными. Серия «Медицина для вас» [Текст] / О.В. Чернова. - Ростов н/Д: «Феникс», 2002. - 224с.
23. Эккерт, Н.В. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи [электронный ресурс] / Н.В. Эккерт, Г.А. Новиков, А.К. Хетагурова, М.Г. Шарафутдинов. // http:// - www. rak.by, 2008.

**Приложения**

**Приложение 1**

**Шкала Гамильтона для оценки депрессии**

По каждому пункту шкалы устанавливается оценка по следующему критерию:

1. - отсутствие
2. - в слабой степени
3. - в умеренной степени
4. - в тяжелой степени
5. - в очень тяжелой степени

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пункт шкалы | Показатели (обвести соответствующее состояние) | | | | |
| Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Страхи (темноты, незнакомцев, одиночества, животных, толпы, транспорта). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, чувство разбитости, суточные колебания настроения) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Интеллектуальные нарушения (ухудшение памяти, затрудненная концентрация внимания) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Соматические мышечные симптомы (боли, подергивания, напряжение, судороги клонические, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Соматические сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, частые вздохи) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Респираторные симптомы (удушье, частые вздохи) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Гастроинтестинальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, утрата либидо, импотенция) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснения или бледность кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Поведение при осмотре (ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Сумма баллов: |  | | | | |

Обработка результатов шкалы Гамильтона:

- 7 баллов: отсутсвие депрессивного состояния

-13 баллов: легкое депрессивное состояние

-18 баллов: депрессивное состояние средней степени тяжести

-22 баллов: депрессивное состояние тяжелой степени

и выше баллов: депрессивное состояние очень тяжелой степени тяжести

**Приложение 2**

Карта оценки боли

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Боль со слов пациента | Дата | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Продолжительность боли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Характер боли (жгучая, режущая, колющая, тянущая.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Локализация боли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Иррадиация боли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Интенсивность (шкала от 0 до 10 по оценке пациента) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Что предшествует появлению болей (физическая нагрузка, изменение позы, нарушение сна, чувство тревоги и волнения) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Развитие боли на фоне медикаментозного лечения(через какое время после введения препарата) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отношение пациента к боли (описание со слов больного) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Описание боли со слов родственников |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Самочувствие ночью |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Продолжительность сна |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ( днем, ночью) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Приложение 3**

Примерная сестринская карта

Стационарного пациента, нуждающегося в паллиативной помощи

# ***Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Возраст:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Палата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид транспортировки: на каталке, на кресле-каталке, может идти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врачебный диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Источник информации: пациент, семья, медицинские документы, персонал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сознание: ясное, спутанное, отсутствует.

Условия труда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вероисповедание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состав семьи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жилищные условия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы пациента при поступлении:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Дыхание и кровообращение:**

Характеристики дыхания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ритм, ЧДД, глубина, тип дыхания)

Кашель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Одышка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие трахеостомы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Требуется ли специальное положение в постели НЕТ. ДА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ритмичность, ЧСС, наполнение, напряжение)

# ***Артериальное давление: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

1. **Питание:**

Аппетит: хороший, снижен, отсутствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИМТ (масса, кг/рост2 , м):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диетический стол:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нутритивное питание:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребление жидкости:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гастростома: Нет. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нарушение глотания: Нет. Да, твердой пищей, жидкой, любой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Помощь при кормлении: Не нужна. Нужна, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рвота: Нет. Да,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тошнота: Нет. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие зубов. Съемные протезы. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Физиологические отправления:**

*Функционирование мочевого пузыря.*

Частота:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ночное время:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Недержание:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Эпицистостома: Нет. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Боль при мочеиспускании: Нет. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Функционирование кишечника.*

Частота: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Метеоризм:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Слабительные средства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Колостома: Нет. Да,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Илеостома: Нет. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Недержание кала: Нет. Да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нуждается ли в подаче судна: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Двигательная активность:**

Передвижение: самостоятельно, с помощью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, полная зависимость \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Передвигается: по палате, пределы постели, свободно по отделению.

Риск получения травмы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Сон, отдых:**

Ночной сон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(продолжительность, глубина, возможные нарушения)

# ***Дневной сон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(продолжительность, глубина, возможные нарушения)

Предпочтительный вид отдыха: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Личная гигиена:**

Способность одеваться и раздеваться самостоятельно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гигиена рта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способность принимать ванну, душ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кожные покровы:

* цвет: цианоз, гиперемия, бледность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* эластичность кожи, тургор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* наличие отеков: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* влажность: сухая, влажная, нормальная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ***Пролежни: Нет. Есть, (стадия, локализация):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Раны, повреждения (характер, локализация):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Поддержание безопасности:**

Нарушение зрения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нарушение слуха: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Риск падения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Болевой синдром (характер, локализация): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Психотерапевтическая и консультативная помощь пациенту и** родственникам (возможные проблемы, дефицит знаний и др.):\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Проблемы пациента:**

**Приоритетные:**

**Второстепенные:**

1. **Цель госпитализации:**
2. **Облегчение боли**
3. **Уход**
4. **Симптоматическое лечение**

**Приложение 4**

**Карта предпочтений пациента**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обычно я предпочитаю… | Уточнения: время, продолжительность, частота и т.п. | Необходимость помощи (её характер). Н- помощь не нужна |
| Просыпаться утром в … |  |  |
| Чистить зубы Умываться |  |  |
| Принимать душ, ванну |  |  |
| Причесываться |  |  |
| Бриться |  |  |
| Одеваться |  |  |
| Ухаживать за кожей |  |  |
| Ухаживать за стомой |  |  |
| Ухаживать за катетером |  |  |
| Курить |  |  |
| Мой любимый напиток |  |  |
| Мое любимое блюдо |  |  |
| Я не люблю пить/есть |  |  |
| Мое любимое время дня |  |  |
| Дневной отдых |  |  |
| Время прогулки, её продолжительность |  |  |
| Смотреть ТВ, слушать радио, читать книгу |  |  |
| Другие предпочтения |  |  |
| Перед сном я люблю |  |  |

Дополнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение 5**

**Лист динамического наблюдения за пациентом хосписа**

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| День госпитализации (дата) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Параметры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Температура тела(у/в) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Артериальное давление (у/в) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наличие пролежней |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аппетит |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сознание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Физиологические проблемы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Психологические проблемы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Социальные проблемы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |