

**Основные компетенции  
специалистов  
паллиативной помощи.  
Коммуникация. Безопасная  
больничная среда.  
Принципы сестринского  
ухода за неизлечимыми  
больными**

## **Вопросы темы:**

- 1) Основные компетенции специалистов паллиативной помощи.**
- 2) Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением.**
- 3) Проблемы качества жизни в паллиативной медицине.**
- 4) Преодоление стресса и совладение с проблемной ситуацией.**
- 5) Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной больничной среды при осуществлении паллиативной помощи.**
- 6) Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Десять основных компетенций, необходимых для оказания паллиативной помощи:**

*1. Реализовывать основные составляющие/компоненты паллиативной помощи там, где находится пациент и его семья*

**Паллиативная помощь должна быть оказана пациенту в любом месте, которое семья и сам пациент выбрали для пребывания пациента; ее следует максимально адаптировать к окружающей обстановке, если же это невозможно, то дать совет в отношении возможных альтернативных вариантов.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**В большинстве случаев паллиативная помощь должна предоставляться в учреждениях общего (неспециализированных учреждениях) профиля.**

**Адаптация** — ключевой фактор успеха интеграции принципов паллиативной помощи, однако следует помнить, что адаптироваться к условиям пребывания пациента должны те, кто оказывает ему помощь, ни в коей мере не ожидая, что пациент и семья пациента должны существенно изменить свою жизнь.

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**1а. Понимать смысл слов «ограничивающее продолжительность жизни заболевание» и «угрожающее жизни заболевание».**

**1б. Применять принципы паллиативной помощи: утверждение жизни; система поддержки пациента для того, чтобы он продолжал оставаться максимально активным вплоть до наступления смерти; в центре внимания — качество жизни и помощь родным и близким во время болезни пациента.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**1в. Понимать важность физических, психологических, социальных и духовных проблем, которые влияют на семьи пациентов и самих пациентов с ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями на протяжении всего периода оказания помощи и в период переживания семьей тяжелой утраты.**

**1г. Уважать ценности, убеждения и культурные традиции пациента и его семьи.**

**1д. Уметь интегрировать паллиативный подход при оказании медицинской помощи насколько возможно раньше.**

**1е. Признавать и оказывать надлежащую комплексную помощь умирающему пациенту и его родным и близким.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**2. Обеспечивать максимальный физический комфорт пациенту на всех этапах болезни.**

*Обеспечение максимально возможного физического комфорта является существенно важной составляющей качества жизни человека с ограничивающим продолжительность жизни заболеванием и для его семьи.*

**Составление индивидуального плана оказания помощи включает в себя прогнозирование, оценку и терапию с постоянной переоценкой тяжести физических симптомов по всей траектории развития заболевания.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**2а. Сделать все возможное в клинической практике для предотвращения страдания, насколько позволяет опыт специалистов.**

**2б. Наглядно демонстрировать, как можно активно поддерживать гармоничное состояние, качество жизни и человеческое достоинство пациента.**

**2в. Регулярно оценивать степень выраженности физических симптомов и самочувствия пациента, сделав это неотъемлемой частью обычной клинической практики.**

**2г. Предвидеть возникновение возможных осложнений, которые могут усугубить страдание; подготовить план оказания помощи при таком развитии событий.**

**2д. Вне зависимости от места пребывания умирающего пациента в конце жизни ему должна быть оказана помощь самого высокого качества.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

## **3. Удовлетворять психологические потребности.**

*Все специалисты должны понимать психологические потребности пациентов и уметь оказать поддержку в соответствии со своей специальностью и умениями. Для оказания качественной психологической помощи необходимы прочные навыки, умение задавать деликатные вопросы и различать особенности клинического состояния.*

**Понятно, что не все пациенты и члены их семей нуждаются в профессиональном вмешательстве психолога. Но хорошие навыки общения абсолютно необходимы для того, чтобы удовлетворить психологические нужды пациентов, так же, как и способность понять, когда и к кому направить пациента для получения необходимой помощи.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**За. Проявлять понимание эмоционального состояния пациента и оказывать ненавязчивую поддержку.**

**Зб. Поощрять формирование у пациента механизмов психологической адаптации.**

**Зв. Проводить диагностику, составлять план оказания помощи, при необходимости осуществлять вмешательство на основании систематической и грамотной оценки его психических симптомов, учитывать прогноз, личные пожелания и внешние воздействия среды, в которой живет пациент и его родные и близкие.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

## **4. Удовлетворять социальные потребности.**

*Ограничивающее продолжительность жизни заболевание влияет на межличностные отношения в семье пациента и требует дополнительных ресурсов (как внутренних, так и внешних) для поддержания достойного качества жизни.*

**Тревожное состояние в связи с изменением отношений, финансовыми трудностями, условиями жилья и личными делами, которое может испытывать пациент, требует от оказывающего помощь специалиста предложить решение наиболее эффективной помощи в медицинском учреждении.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

*И здесь опять же необходимо вовремя понять, когда и к кому необходимо направить пациента для получения необходимой поддержки.*

**4а. Принимать во внимание социальное положение пациента и его семьи, а также роль и влияние этого положения на содержание оказываемой паллиативной помощи.**

**4б. Информировать пациента о существующих и доступных ему льготах и правах в рамках национальных программ социального страхования и медицинского обслуживания.**

**4в. Создавать условия и возможности для того, чтобы пациент мог привести в порядок личные дела по мере необходимости.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**5. Удовлетворять духовные и экзистенциальные потребности.**

*Экзистенциальные потребности:*

- *Потребность в установлении связей*
- *Потребность в преодолении себя*
- *Потребность в корнях*
- *Потребность в самоидентификации*
- *Потребность в системе ценностей*

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**Духовные потребности:**

***К первой группе духовных потребностей относятся:***

- ✓ **стремление общаться с интересными людьми в реальной и виртуальной жизни (например, в книгах, спектаклях, кинофильмах);**
- ✓ **приобщение к прекрасному посредством созерцания красивых пейзажей, художественных достижений великих мастеров, прослушивания выдающихся музыкальных произведений;**
- ✓ **научно-познавательная работа, расширяющая горизонты мировоззрения;**
- ✓ **забота о здоровье как единственном фундаменте остальных жизненных начинаний.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Духовные потребности:**

*Во вторую группу, означающую потребности социального плана, входят:*

- **потребность в трудовой деятельности, разрешающая человеку реализовывать материальные и духовные запросы;**
- **создание нравственных ориентиров, дающих возможность соотнести собственные взгляды на вещи с соответствующим общественным идеалом;**
- **патриотическая направленность поступков и взглядов, ориентирующая личность на защиту и возвеличивание отечества.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Ограничивающее продолжительность жизни состояние (заболевание) может заставить пациента задуматься о глубинных вопросах бытия, смысле жизни.**

***Духовная помощь* должна быть интегрирована в паллиативную помощь и может быть основанной на религиозных верованиях или общей духовности. Возможность задуматься об этих вопросах в обстановке понимания и поддержки может помочь пациенту, и медицинские работники должны всячески поддерживать создание такой обстановки.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

*Медицинские работники должны уметь участвовать в обсуждении духовных вопросов с пациентами и семьями, если они этого пожелают, и направлять к соответствующему представителю духовенства, который может помочь пациенту и его родным и близким.*

**5а. Проявлять способность к рефлексии и пониманию важности духовного и экзистенциального компонентов собственной жизни.**

**5б. Интегрировать удовлетворение духовных, экзистенциальных и религиозных потребностей в план оказания помощи, при этом уважая выбор пациента и его семьи, если они не заостряют внимание на этом аспекте.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**5в. Создавать такие условия для пациента и его семьи, чтобы они могли выражать духовные и (или) экзистенциальные компоненты своей жизни в обстановке поддержки и уважения их личности.**

- 5г. Быть аккуратными и не нарушать границ, которые могут быть обусловлены принятыми культурой табу, ценностями и выбором пациента.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**6. Удовлетворять потребности, осуществляющих уход за пациентом членов семьи, в рамках краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных целей оказания помощи пациенту.**

*Оказание помощи пациенту включает в себя и поддержку членов его семьи, при этом принимаются во внимание условия их жизни, система здравоохранения, которая обеспечивает предоставление им услуг, и, конечно же, новые взаимоотношения с медработниками и специалистами, которые стали частью их жизни.*

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Осуществляющие уход за пациентом члены семьи являются как бы катализатором отношений между пациентом и персоналом.**

**Очень важно, насколько возможно, поддерживать их в этой новой роли, помогать им так, чтобы облегчить трудности в осуществлении ухода и предотвратить потенциальный конфликт между разными обязанностями; им тоже может потребоваться помощь специалиста, и им нужно помочь обратиться за такой помощью.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

*Участие в жизни членов семьи продолжается во время болезни и после смерти пациента на ранней стадии переживания утраты, опыт лучших специалистов в области паллиативной медицины говорит о том, что очень важно направить родных к представителям разных смежных специальностей.*

**ба. Признать и поддержать членов семьи в их роли человека, осуществляющего уход, вовремя выявлять риск истощения и чрезмерной усталости, которым они себя подвергают.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**бб. Понимать важность принятого членами семьи решения бросить оплачиваемую работу и последствия такого решения.**

**бв. Осознавать, что члены семьи пациента имеют другие обязанности и роли (например, выполняют родительские обязанности или должны заботиться о других людях в их жизни).**

**бг. Предлагать, по мере необходимости, отдельную психологическую помощь и эмоциональную поддержку осуществляющим уход членам семьи, независимо от предоставляемой пациенту помощи. Важно понимание, когда и к кому при необходимости направить пациента для оказания помощи**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**бд. Развивать способность членов семьи общаться с представителями разных медицинских профессий на разных этапах траектории прогрессирования болезни пациента.**

**бе. Вырабатывать у членов оказывающей помощи бригады (команды) стратегии урегулирования внутрисемейных конфликтов.**

**бж. При необходимости обеспечить проведение кратковременного консультирования в период тяжелой утраты.**

**бз. Уметь выявить возможные трудности периода переживания утраты близкого человека и посоветовать, куда обратиться за помощью.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**7. Осознавать сложность принятия решений по клиническим и этическим вопросам паллиативной помощи.**

*Медицинские работники сталкиваются со сложнейшими этическими и моральными дилеммами, оказывая паллиативную помощь. В их числе, например, вопросы, связанные с питанием и регидратацией, седацией, просьбами об эвтаназии и помощи для совершения самоубийства.*

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Большинство необходимых для решения этих вопросов знаний и умений приобретаются специалистами в процессе обучения и профессиональной подготовки, важно научиться применять их в контексте оказания паллиативной помощи. Однако определенные области практики (например, применение «паллиативной седации» в соответствии с базовыми документами ЕАПП) могут потребовать дополнительных знаний и подготовки. Каждый специалист несет личную ответственность за наличие у него определенных компетенций для решения этических проблем в практике современной паллиативной медицины.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Кроме того, все специалисты должны обладать глубокими знаниями и пониманием своего профессионального кодекса в аспекте оказания паллиативной помощи.**

**В настоящее время ЕАПП обеспечила целый ряд аналитических записок (официальных документов) и справочных документов по этим сложнейшим вопросам, и они могут служить в качестве руководства и рекомендаций для практиков при оценке этических проблем. Необходимо найти пути повышения устойчивости и профилактики синдрома профессионального выгорания.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**7а. Действовать в соответствии с принципами биоэтики, национальными и международными нормативно-правовыми документами, пожеланиями и ценностями пациента.**

**7б. Содействовать автономии пациента наряду с применением таких принципов, как «не навреди», будь доброжелателен и справедлив.**

**7в. Поддерживать пациента в выражении его предпочтений и пожеланий в отношении ухода и лечения в ходе течения заболевания.**

**7г. Создавать условия для того, чтобы пациент, родственники и осуществляющие за ним уход люди участвовали в процессе принятия решений.**

**7д. Осознавать, что самая приемлемая с точки зрения этики помощь не всегда отвечает предпочтениям и пожеланиям пациента.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**8. Координировать процесс оказания комплексной помощи силами междисциплинарной бригады везде, где оказывается паллиативная помощь.**

*Чтобы обеспечить непрерывность процесса оказания медицинской помощи во время перемещения пациента в разные медицинские учреждения и учреждения предоставления ухода, необходимо составить четкое описание распределения конкретных ролей и функций между членами команды, а также основных обязанностей для координации помощи. При этом следует признавать фактический и потенциальный вклад других лиц в оказание помощи пациенту и его семье.*

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**8а. Оказывать всестороннюю помощь и поддержку в процессе перевода пациентов из учреждения в учреждение или в домашние условия.**

**8б. Укреплять связи внутри межпрофессиональной команды (бригады) для достижения положительных результатов в коллективной работе с пациентом и членами семьи, осуществляющими уход за пациентом.**

**8в. Уметь определять обязанности разных членов команды (бригады) в оказании помощи пациенту и его семье в соответствии с составленным ранее планом.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**8г. Усиливать, где это возможно, роль волонтеров в оказании поддерживающей помощи пациентам и их семьям.**

**8д. Предлагать пациенту и осуществляющему за ним уход члену семьи самую подходящую и отвечающую потребностям пациентам модель оказания паллиативной помощи.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**9. Развивать навыки межличностного общения, необходимые для оказания паллиативной помощи.**  
*Эффективное общение необходимо для применения принципов паллиативной помощи и ее оказания на практике. Навыки общения приобретают особую важность, когда нужно сообщить и обсудить плохие новости, принять трудные решения в отношении продолжения лечения или отказа от него, когда обстоятельства могут быть по-разному истолкованы или в них нет определенности и когда потрясение вызывает сильные эмоции.*

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**9а. Уметь налаживать и поддерживать позитивные отношения с пациентом и его родственниками.**

**9б. Всячески содействовать укреплению взаимоотношений как внутри команды (бригады), так и с коллегами за ее пределами.**

**9в. Выбирать такие способы общения и отношений с пациентом, которые наиболее приемлемы для лиц его возрастной группы, отвечают его пожеланиям, интеллектуальным способностям; подтверждать полное понимание пациентом принимаемых решений.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**9г. Уметь соответствующим образом интерпретировать все способы общения с пациентом и осуществляющим уход членом семьи (например, вербальный, невербальный, официальный, непринужденный без соблюдения формальностей).**

**9д. Использовать рекомендованные способы, если таковые имеются, сообщения плохих новостей.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**9е. Следить за своей речью, адаптировать ее к разным стадиям течения болезни, учитывать культурные особенности и избегать в речи медицинских жаргонных выражений.**

**9ж. Уважать информированные решения пациентов в отношении объема информации, которую они хотели бы получать и передать членам своей семьи.**

**9з. Определяя объем информации, предоставляемый пациенту, учитывать предпочтения и когнитивные способности пациента и осуществляющего уход члена семьи.**

# Основные компетенции специалистов паллиативной помощи

**10. Проводить самоанализ и постоянно повышать свою профессиональную квалификацию.**

*Непрерывное повышение профессионального мастерства — составная часть клинической практики, и, как правило, требования к повышению мастерства и усовершенствованию определены в рамках каждой дисциплины. Специалисты должны постоянно изыскивать возможности улучшить свои знания и умения в области паллиативной помощи.*

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Самоанализ необходим для самосовершенствования, приобретения новых знаний и умений, в частности, в вопросах безопасности пациента, понимания границ своей компетенции и обстоятельств, когда направление пациента к специалисту за получением специализированной помощи является самой лучшей альтернативой для пациента и его семьи.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**Специалисты, работающие в области паллиативной помощи, должны:**

**10а. В течение всей жизни повышать и поддерживать свой профессиональный уровень посредством обучения, а также развивать самостоятельно свои профессиональные компетенции.**

**10б. Проводить самоанализ, осознавать собственные сильные и слабые стороны, этические и духовные убеждения и принципы.**

**10в. Уметь вовремя заметить ранние признаки синдрома эмоционального выгорания и обратиться за необходимой помощью.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

**10г. Быть человеком, к которому могут обратиться за помощью и советом другие члены команды (бригады).**

**10д. Быть внимательным к коллегам, которые могут нуждаться в поддержке и помощи, не осознающим появление признаков профессионального выгорания и то, какое воздействие это может оказать и на них самих, и на тех, кому они оказывают помощь.**

# **Основные компетенции специалистов паллиативной помощи**

## *Желаемые результаты и тактика поведения специалистов*

**Очевидно, что общий результат работы людей, обладающих данными компетенциями, — это улучшение качества оказываемой паллиативной помощи пациентам и членам их семей. С точки зрения поведения, следует стремиться к тому, чтобы медицинские работники чувствовали себя более уверенно и могли предвидеть потребности пациентов в паллиативной помощи, эффективно реагировать на их появление, понимать границы своих возможностей и вовремя обращаться за помощью.**

## *Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением*

**Коммуникация** в широком смысле представляет собой обмен информацией между индивидами через посредство общей системы символов.

*Общие правила коммуникации медицинских работников с инкурабельными больными:*

- Проведение собеседования лично, а не по телефону, с гарантированной конфиденциальностью
- Проведение собеседования сидя, а не «стоя над душой» при наличии достаточного количества времени и предусмотренными перерывами во время его проведения
- Присутствие на консультации хотя бы одного из членов семьи или других лиц, сопровождающих клиента

# *Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением*

## *Общие правила информирования*

- ✓ **Сообщение информации бережным и отзывчивым способом, не внезапно и не в резкой форме.**
- ✓ **Сообщение информации позитивным способом доступным для понимания, правдиво, верно и ясно (избегая грубости и непристойности).**

# *Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением*

## *Общие правила информирования*

- ✓ **Предоставление информации о состоянии здоровья и характеристиках заболевания, о том, какое лечение может быть предложено, о возможной стоимости лечения и дополнительных расходах, необходимых для получения определенных видов помощи.**
- ✓ **Необходимо избегать точного прогноза.**
- ✓ **Предоставление ограниченного или расширенного объема информации в зависимости от запросов клиента.**

# *Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением*

## **Основные принципы коммуникации с пациентами с тяжелыми хроническими заболеваниями**

**Принцип 1. Устанавливать партнерские взаимоотношения со своими пациентами.**

**Принцип 2. При коммуникации с пациентами фокусироваться на приоритетах, потребностях и точке зрения пациента.**

**Принцип 3. Использовать модель 5 «А»:**

- 1) Asses –оценивать ситуацию и состояние пациента**
- 2) Advise –использовать совет**
- 3) Agree –соглашаться**
- 4) Assist –помогать**
- 5) Arrange –договариваться, приходить к соглашению.**

## *Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением*

### **Основные принципы коммуникации с пациентами с тяжелыми хроническими заболеваниями**

**Принцип 4. Поддерживать пациента в попытках самостоятельно управлять своим состоянием (в саморегуляции пациента).**

**Принцип 5. Организовать систему активного наблюдения за пациентом.**

**Принцип 6. Включать в процесс паллиативной помощи пациентов – «экспертов» - опытных пациентов, способных осуществить человеческую поддержку.**

**Принцип 7. Использовать ресурсы среды (родственников, близких) для поддержки пациента.**

## *Коммуникация с пациентами, родственниками и ближайшим окружением*

### **Основные принципы коммуникации с пациентами с тяжелыми хроническими заболеваниями**

**Принцип 8.** Активно использовать письменную информацию, структурируя процесс лечения и помощи (регистрационные данные, план лечения, терапевтические карты). Записывать информацию для пациента – документировать, мониторировать назначения, советы и их выполнение.

**Принцип 9.** Работать в составе команды, используя командный стиль работы.

**Принцип 10.** Обеспечивать уверенность пациента в том, что о нем заботятся и будут заботиться впредь.

## *Проблемы качества жизни в паллиативной медицине*

*Качество жизни больного, имеющего терминальное заболевание, зависит напрямую и целиком от совладания с болезнью.*

**В целом, совладания с болезнью можно представить, как сложный процесс, определяемый сочетанным действием субъективных и ситуативных факторов; что же касается выбора конкретных форм совладания, то здесь главное значение имеют индивидуальное отношение и оценка внутреннего и внешнего стресса.**

## *Проблемы качества жизни в паллиативной медицине*

**Анализ существующих методик оценки качества жизни показывает, что большинство из них охватывает пять основных аспектов этого понятия:**

**1) *Физическое состояние* (физические ограничения, физические способности, необходимость пребывания на постельном режиме, физическое благополучие).**

**2) *Психическое состояние* (уровни тревоги и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные функции).**

## *Проблемы качества жизни в паллиативной медицине*

- 3) *Социальное функционирование* (межличностные контакты, социальные связи).**
- 4) *Ролевое функционирование* (ролевое функционирование на работе, дома).**
- 5) *Общее субъективное восприятие состояния своего здоровья* (оценка настоящего состояния и его перспективы, оценка болевых ощущений).**

## *Проблемы качества жизни в паллиативной медицине*

**Частые психические реакции на неизлечимое заболевание - это депрессии, сильное чувство страха и потеря уверенности.**

**Доля суицидов среди раковых больных не выше, чем в нормальном населении. Особое значение в онкологии имеет согласие пациента на лечение - по причине очень частых инвазивных методов.**

**Адаптивными механизмами совладания являются решимость бороться, «повернуться лицом», воспротивиться или эмоционально разгрузиться.**

**А такие приемы, как фатальное принятие неизбежного, пассивная кооперация, смирение и самообвинение, скорее считаются неадаптивными.**

# *Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, комплексу упражнений для профилактики стресса*

## **Комплекс упражнений для профилактики стресса:**

### *Утренний комплекс*

- 1. Потягивание, скручивание, перекатывание с бока на бок.**
- 2. Прислушаться к себе, к своему настроению.**
- 3. Разминание и растягивание стоп и кистей.**
- 4. Массаж ушей.**
- 5. Массаж «третье глаза»: держите образ молодости перед собой.**
- 6. Расслабление жевательных мышц (зевание).**
- 7. Растягивание шеи.**

*Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход  
за пациентом, комплексу упражнений  
для профилактики стресса*

**Комплекс упражнений для профилактики стресса:**

*Дневной комплекс*

1. Растяжка икроножных мышц.
2. Растягивание ног и спины.
3. Расслабление плечевых суставов и лопаток.
4. Приседания.
5. Отжимания.
6. Планка.
7. Суставная гимнастика.

# *Обучение пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, комплексу упражнений для профилактики стресса*

## **Комплекс упражнений для профилактики стресса:**

### *Вечерний комплекс*

- 1. Раскачивание тазом.**
- 2. Покачивания ног лежа.**
- 3. Массаж стоп и ладоней с помощью деревянных шариков или грецких орехов.**
- 4. Прикосновение к «позитивным» точкам ( на лбу, над глазами, между бровями, на затылке.**
- 5. Поза эмбриона и покачивания.**

# *Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

**Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает условия комфорта и безопасности, позволяющие пациенту эффективно удовлетворять все свои жизненно-важные потребности, а медработнику выполнять профессиональные обязанности на должном уровне без вреда для своего здоровья.**

*Такая среда создаётся организацией и проведением определённых мероприятий, в которые входят:*

- 1) режим инфекционной безопасности;**
- 2) мероприятия, обеспечивающие личную гигиену пациента и медицинского персонала;**
- 3) лечебно-охранительный режим.**

*Участие медицинской сестры в обеспечении  
безопасной больничной среды  
при осуществлении паллиативной помощи*

**1) Режим инфекционной безопасности:**

- дезинфекция
- стерилизация
- дезинсекция
- дератизация

**2) Мероприятия, обеспечивающие личную гигиену  
пациента и медперсонала:**

**а) Личная гигиена пациента:**

- уход за кожей и естественными складками
- уход за слизистыми
- своевременная смена нательного и постельного белья,
- профилактика пролежней
- обеспечение судном и мочеприемником

*Участие медицинской сестры в обеспечении  
безопасной больничной среды  
при осуществлении паллиативной помощи*

**б) Личная гигиена медперсонала:**

- использование соответствующей спецодежды
- сменная обувь
- чистота тела, рук

*Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной  
больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

**ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ** - это комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на обеспечение максимального физического и психического комфорта пациентов и медперсонала.

**Он включает следующие элементы:**

- 1. Обеспечение режима эмоциональной безопасности для пациента;**
- 2. Строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций;**
- 3. Обеспечение режима рациональной двигательной активности:**
  - **обеспечение режима двигательной активности пациента по назначению врача;**
  - **соблюдение правил биомеханики для безопасного передвижения пациента и медперсонала.**

*Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной  
больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

**РЕЖИМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ**

**Цель мероприятий по обеспечению этого режима:**

- ◆ **Устранить отрицательное влияние больничной среды на эмоциональную сферу, психику человека.**
- ◆ **Дать больше положительных эмоций, что поможет в лучшей и скорейшей адаптации к условиям стационара.**

## *Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

### **Методы снижения риска падений у пациентов:**

- ✓ **Размещать пациентов с высоким риском падений в палатах, находящихся недалеко от сестринского поста.**
- ✓ **Обеспечить пациентов средствами связи с сестринским постом и научить ими пользоваться. Быстро отвечать на каждый вызов.**
- ✓ **Как можно чаще навещать таких пациентов, помогать их передвижениям в соответствии с назначенным режимом двигательной активности.**
- ✓ **Обеспечить своевременное кормление, осуществление физиологических отправления, выполнение гигиенических процедур.**

## *Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

### **Методы снижения риска падений у пациентов:**

- ✓ **Все необходимые пациенту предметы расположить в местах, легко ему доступных.**
- ✓ **В палатах и всех помещениях, которыми пользуются такие пациенты, должно быть включено ночное освещение.**
- ✓ **Рационально оборудовать и поддерживать порядок в помещениях и коридорах (пациент может упасть, споткнувшись о мебель, оборудование, шнур электропровода и т.д.).**
- ✓ **Исключить передвижение пациентов по мокрому скользкому полу.**

## *Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

### **Методы снижения риска падений у пациентов:**

- ✓ **Использовать мебель, оснащенную специальными поручнями и защитными ограждениями, приспособления, облегчающие передвижения: ходунки, трости, костыли, каталки).**
- ✓ **Снижение риска возможных травм у пациентов обеспечивается путем особой конструкции лестниц, расположением кабинетов, использованием специальных покрытий для пола, перил вдоль стен палат и коридоров, современного санитарно-технического оборудования и даже особой окраски помещений, лестниц и коридоров в современных ЛПУ.**

## *Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

### **Эргономическое оборудование**

*К эргономическому оборудованию и приспособлениям для подъема и перемещения пациентов относятся:*

- 1. Скользящая двухсторонняя простыня (макси-слайд);**
- 2. Скользящая двухсторонняя простыня малых размеров (мини-слайд);**
- 3. Скользящая двойная пеленка различных размеров (роллер);**
- 4. Скользящий мягкий рукав больших размеров (макси-трансфер);**
- 5. Скользящий мягкий рукав небольших размеров; «салазки» (макси-тьюб);**
- 6. Удерживающий пояс;**

*Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной  
больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

**Эргономическое оборудование**

- 7. Мягкие эргономические носилки;**
- 8. Флекси-диск (мягкий и жесткий);**
- 9. Эргономическая пластина;**
- 10. Скользящая доска;**
- 11. Упоры для передвижения;**
- 12. Эргономическая лестенка;**
- 13. Костыли и трости;**
- 14. Ходунки;**
- 15. Кресло-каталка для перемещения пациента в позе «сидя»;**
- 16. Каталки для перемещения пациента в позе «лёжа».**
- 17. Подъемники с гамаками для подъема и перемещения пациента.**

*Участие медицинской сестры в обеспечении безопасной  
больничной среды при осуществлении паллиативной помощи*

**Эргономическое оборудование**

- 7. Мягкие эргономические носилки;**
- 8. Флекси-диск (мягкий и жесткий);**
- 9. Эргономическая пластина;**
- 10. Скользящая доска;**
- 11. Упоры для передвижения;**
- 12. Эргономическая лестенка;**
- 13. Костыли и трости;**
- 14. Ходунки;**
- 15. Кресло-каталка для перемещения пациента в позе «сидя»;**
- 16. Каталки для перемещения пациента в позе «лёжа».**
- 17. Подъемники с гамаками для подъема и перемещения пациента.**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

## **Сестринское сопровождение умирающего пациента**

### **Проблемы умирающих пациентов:**

#### **1. Проблема тотальной боли:**

- **физическая боль;**
- **эмоциональная боль;**
- **социальная боль;**
- **финансовая боль;**
- **интерперсональная боль;**
- **духовная боль.**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

**Сестринское сопровождение умирающего пациента**

**Проблемы умирающих пациентов:**

**2. Проблема тревоги:**

**А) Симптомы тревоги:**

- **ажитация - двигательное беспокойство, нередко протекающее с сильным эмоциональным возбуждением, сопровождаемым чувством тревоги и страха;**
- **диспепсия - тошнота, рвота;**
- **диарея;**
- **истерическая одышка;**
- **приступы паники;**
- **бессонница;**
- **истерические, конверсионные симптомы - «все болит»;**
- **параноидальные симптомы**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

**Сестринское сопровождение умирающего пациента**

## **Проблемы умирающих пациентов:**

### **Б) Возможные причины тревоги:**

- Проблемы взаимоотношений:**
  - с врачом, медсестрой;
  - с семьей;
  - неудовлетворенность лечением;
  - унижение.
- Страх умирания:**
  - боли;
  - потеря функций;
  - зависимость от окружающих;
  - угроза смерти;
  - предшествующие личные тревоги.

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

**Сестринское сопровождение умирающего пациента**

## **Проблемы умирающих пациентов:**

### **3. Депрессия:**

#### **А) Симптомы:**

- **тоска;**
- **суточные колебания интенсивности тоски;**
- **чувство «камня на сердце»;**
- **заторможенность мышления и моторики;**
- **потеря аппетита;**
- **запоры;**
- **сухость во рту;**
- **нарушения сна;**
- **чувство вины, малоценности, предшествующие депрессии.**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

**Сестринское сопровождение умирающего пациента**

## **Проблемы умирающих пациентов:**

### **Б) Причины депрессии:**

- **беспомощность;**
- **пролонгированная тревога;**
- **непреходящая боль;**
- **изоляция (может вести к суициду).**

### **4. Другие проблемы:**

- **анорексия, кахексия**
- **тошнота, рвота**
- **диарея**
- **бессонница**
- **пролежни**
- **гиподинамия**
- **дефицит самоухода и др.**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

## **Сестринское сопровождение умирающего пациента**

### **Страхи умирающего пациента:**

- 1. страх смерти;**
- 2. страх тяжелого лечения;**
- 3. страх ухудшения состояния;**
- 4. страх боли;**
- 5. страх хосписа;**
- 6. страх жизни в состоянии инвалида;**
- 7. страх потери своей личности среди других больных.**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

## **Сестринское сопровождение умирающего пациента**

### **Основные задачи медицинской сестры при оказании помощи incurable patient:**

- 1. Динамический контроль болевого синдрома.**
- 2. Общий уход.**
- 3. Контроль над симптомами.**
- 4. Профилактика пролежней.**
- 5. Психологическая поддержка.**
- 6. Обучение методом само-и взаимопомощи.**
- 7. Поддержка семьи после смерти близкого человека.**

# *Особенности сестринского ухода за неизлечимыми больными*

## **Сестринское сопровождение умирающего пациента**

### **Основные задачи медицинской сестры при оказании помощи incurable patient:**

- 1. Динамический контроль болевого синдрома.**
- 2. Общий уход.**
- 3. Контроль над симптомами.**
- 4. Профилактика пролежней.**
- 5. Психологическая поддержка.**
- 6. Обучение методам само-и взаимопомощи.**
- 7. Поддержка семьи после смерти близкого человека.**