

**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

3а. Проявлять понимание эмоционального состояния пациента и оказывать ненавязчивую поддержку.

3б. Поощрять формирование у пациента механизмов психологической адаптации.

3в. 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;**
- **продолжительная тревога;**
- **непреодолимая 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 инкурабельному пациенту:

- 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.**