ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Паллиативная помощь»
Код дисциплины: PP 4305
Название ОП: 6B10104– «Сестринское дело» (Ускоренный 10-месячный)
Объем учебных часов (кредитов): 120 часов (4 кредита)
Курс и семестр изучения: 1-курс, 1-семестр
Объем лекций: 8 часов

Шымкент, 2025 г.

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Паллиативная помощь» и обсужден на заседании кафедры

Заведующий кафедрой к.м.н., доцент Сейдахметова А.А.

Протокол № 13 от «26» 06 2025г.

Лекция №1

1. Тема: Паллиативная помощь и сестринский уход.

2. Цель: Основной целью дисциплины является обучение студентов мерам по уходу за больными старшего и младшего возраста, требующим паллиативной помощи.

3. Тезисы лекций:

Раньше паллиативная помощь считалась симптоматическим лечением больных раком, сейчас это понятие распространяется на хронические заболевания, при которых никакое лечение на последней стадии развития не приживется, в том числе большинство онкологических больных. Термин» паллиативный "происходит от латинского "pallium": "лицевая вуаль" или происходит от слова » вуаль". Паллиативная помощь означает: сглаживание-обеспечение внешнего слоя покрытия, чтобы скрыть видимость неизлечимой болезни и/или защитить тех, кто остается «беззащитным». В настоящее время паллиативная помощь является важным направлением медицинской и социальной деятельности. Его цель – улучшить качество жизни пациентов и их семей, которые не получают лечения, путем купирования других симптомов и боли, тщательной оценки, профилактики и облегчения страданий благодаря раннему выявлению. Паллиативная помощь по определению:

- утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный юридический процесс;
- нет намерения продлевать или сокращать продолжительность жизни;
- стремится обеспечить максимально активное долголетие пациента;
- оказывает помощь семье пациента в период его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период переживаний после тяжелого горя;
- использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи;
- улучшает качество жизни пациента, а также положительно влияет на течение болезни;
- сочетание достаточно своевременных мер с другими методами лечения может продлить жизнь пациента.

Основные задачи паллиативной помощи:

1.адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов.
2.оказание психологической поддержки больным и родственникам, ухаживающим за ними.
3.формирование отношения человека к смерти как нормальной стадии жизненного пути.
4.удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
5.решение социальных и юридических вопросов.
6.решение проблем медицинской биоэтики.

В конце жизни можно выделить три основные группы пациентов, которым требуется специальная паллиативная помощь:

1. Пациенты с раком 4 стадии;
2. Пациенты со СПИДом на терминальной стадии;
3.Пациенты с онкологически обостренным заболеванием на терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия от нарушения мозгового кровообращения и др.).

По мнению специалистов по паллиативной помощи, критериями отбора являются:

* ожидаемая продолжительность жизни не менее 3-6 месяцев;
* достоверность нецелесообразности конечных возможностей лечения (в том числе достоверность достоверности поставленного диагноза);
* жалобы, требующие специальных знаний и навыков для симптоматической терапии и ухода.

Развитие паллиативной помощи в Республике Казахстан.

В государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы стоят задачи: «дамыту развитие службы реабилитации и паллиативной помощи (хосписы, больницы сестринского ухода и др.), которые подтверждают заинтересованность государства в развитии паллиативной помощи в нашей стране». В государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011-2015 годы определены основные индикаторы улучшения состояния общественного здоровья населения путем снижения смертности, повышения

активного долголетия. В настоящее время в Казахстане большое внимание уделяется определению путей совершенствования паллиативной деятельности, вопросам организации работы специальных медицинских организаций – хосписов. Поэтому,
В "программе развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012 - 2016 годы": – создание отделений реабилитации и проведения восстановительного лечения онкологических больных на базе онкологических диспансеров и многопрофильных больниц, – внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения на стационарном и амбулаторном уровнях, – развитие технологий стационарозамещения, – создание полностью медикаментозных на амбулаторном уровне - создание отделений (центров) паллиативного лечения. Также на сегодняшний день существует ряд вопросов, связанных с организацией и управлением паллиативной помощью.
Паллиативная помощь обычно довольно доступна онкологическим больным. Помощь, оказываемая пациентам, умирающим от доброкачественного заболевания, незначительна. Кроме того, на сегодняшний день отсутствует четкая статистическая база о потребностях в медико - социальной и психологической помощи больным с различными патологиями, не получающим лечения. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего развития паллиативной помощи и организации специализированной медицинской организации в республике.
Правила оказания паллиативной помощи и сестринского ухода
Утверждены Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 ноября 2011 года № 1343
1. Общие положения
1.настоящие Правила оказания паллиативной помощи и сестринского ухода (далее - правила) разработаны в соответствии с пунктом 3 статьи 53 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «о здоровье народа и системе здравоохранения» и определяют порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода медицинскими организациями независимо от форм собственности.
2. в настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) паллиативная помощь-направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни и общего состояния бесспорных пациентов терминальной (конечной) стадии, подтвержденное медицинским заключением, выданным организацией здравоохранения;
2) сестринский уход-направление медицинской и социальной деятельности по оказанию психологической и социальной помощи и бытового ухода лицам с тяжелыми заболеваниями, подтвержденное медицинским заключением, выданным организацией здравоохранения;
3) портал Бюро госпитализации (далее - Портал) – единая система электронной регистрации, учета, доработки и хранения направлений плановой госпитализации пациентов в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
4) стационарная помощь-форма предоставления квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением;
5) стационарозамещающая помощь – форма оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение одного дня.
3. паллиативная помощь оказывается бесспорным больным терминальной (конечной) стадии заболевания под руководством врача в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому.
4.Сестринский уход осуществляется в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (организациях сестринского ухода) или в

форме стационара на дому в случаях, не требующих врачебного контроля.
5.услуги по оказанию паллиативной помощи и сестринского ухода, не входящие в перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП), оказываются на платной основе в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан.
2. Порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода
6. показаниями для госпитализации больных для оказания паллиативной помощи и сестринского ухода являются:
1) заболевания или состояние в соответствии с перечнем категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан;
2) необходимость выбора поддерживающей, безболезненной терапии для последующего перевода больного на лечение в амбулаторных условиях;
3) наличие следующих социально-психологических показаний: состояние депрессии, реактивная ситуация или конфликтная ситуация в семье, отсутствие условий жизни для ухода за больным.
7.паллиативная помощь и сестринский уход больным оказываются в форме стационарной помощи и стационарозамещающей помощи.
8. госпитализация пациента в стационар в рамках ГОБМП:
1) первичной медико-санитарной помощи через Портал с уведомлением пациента или его законного представителя о дате госпитализации в стационар (далее
- ПМСП) по направлению специалистов или профильного специалиста медицинской организации в плановом порядке;
2) по срочным показаниям, независимо от наличия направления.
9.стационарозамещающая помощь в форме оказания паллиативной помощи и сестринского ухода осуществляется в течение одного дня в виде квалифицированной медицинской помощи и сестринского ухода продолжительностью от четырех до восьми часов.
10. при лечении пациента:
1) в дневном стационаре заполняется карта пациента дневного стационара по форме, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган) ;
2) в стационаре на дому заполняется карта пациента стационара на дому по форме, утвержденной уполномоченным органом.
11. сведения о пациенте отражаются в следующей первичной медицинской учетной документации:
1) в журнале учета больных дневного стационара (поликлиники) по форме, утвержденной уполномоченным органом;
2) в журнале учета больных стационара на дому по форме, утвержденной уполномоченным органом.
12.при оказании паллиативной помощи пациенту врач дневного стационара (поликлиники) и стационара на дому ежедневно осматривает пациента и проводит коррекцию лечения.
13.при оказании сестринского ухода за пациентом средний медицинский работник дневного стационара (поликлиники) и стационара на дому осуществляет ежедневный уход.

4. Иллюстративный материал: Презентация
5. Литература:О:1,2,3,4,5; Д:1,3; ЭП:1,5,6,8,9.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
- Что такое паллиативная помощь?
- Развитие паллиативной помощи в Республике Казахстан.
-Правила оказания паллиативной помощи и сестринского ухода?

Лекция №2

1. Тема: Содержание, цель сестринского ухода и паллиативной помощи при терминальных состояниях.
2. Цель: Оценка состояния больного в терминальных условиях, выявление основных симптомов острой сердечной недостаточности, автоматическое
научиться овладевать навыками ВРР на довсходовом уровне. Ознакомление с причинами и проявлениями коматозных состояний, выявление больного или
научиться правильно организовать транспортировку пострадавшего в лечебное учреждение.
3. Тезисы лекций:
Терминальные состояния относятся к нарушению работы важных органов - сердца, органов дыхания и др. Это промежуточная ситуация между жизнью и смертью.
Стадия 1-Преагония-состояние, предшествующее созерцанию. Для центральной нервной системы характерны нарушения функции и немедленное ухудшение гемодинамики. У пациента все еще сохранена память, но он растерян, кожа бледная или синюшная, пульс нитевидный, учащенное сердцебиение (тахикардия). Артериальное давление падает до 80 мм рт. Дыхание учащается, становится поверхностным. Глазные рефлексы сохраняются, зрачки сужены, реакция на свет слабая. Продолжительность этой фазы длится от нескольких минут до нескольких дней.
Стадия 2 - терминальная пауза-дыхание и сердцебиение прекращаются на несколько секунд.
3-я ступень-Агония-оживание. Во время агонии может отсутствовать слух, но пациент может слышать. Кожные покровы бледнеют, наблюдается акроцианоз, мраморный цвет головы или цианоз. Пульс выявляется только в крупных (сонных) артериях, брадикардии. Дыхание редкое, без ритма, «глотает дыхание» (агональное дыхание); зрачки расширены, реакция на свет слабая; возможны судороги, непроизвольное выделение мочи, кала. Этот период длится от нескольких минут до нескольких часов.
Стадия 4 - клиническая смерть-это состояние, которое организм испытывает в течение нескольких периодов времени. В это время прекращается кровообращение и дыхание, полностью исчезают внешние проявления жизнедеятельности, выживаемости, но необратимые изменения в тканях, чувствительных к гипоксии, еще не развиваются. Это короткий период времени между жизнью и смертью.
Симптомы:
- сознание теряется;
- кожные покровы бледные, холодные, появляются синяки, пятна на корнях;
- пульс не определяется;
- остановка дыхания (апноэ);
- зрачки расширены, не реагируют на свет; варианты остановки сердца:
1.асистолия - полная остановка сердца - на ЭКГ образуется прямая линия.
2.фибрилляция желудочков - на ЭКГ появляются нечеткие бороздки.
3.пароксизмальная желудочковая тахикардия без пульса - на ЭКГ появляются широкие зубы одинаковой частоты с одинаковым амлитудом.
Когда сердце бьется 140-150 раз в минуту, это пульс, а если оно бьется 170-180 раз, это называется «безударной» желудочковой тахикардией.
Пульс - лечат медикаментозно.

Без пульса - лечит дефибрилляцией.

4.электромеханическая диссоциация - электрическая активность сердца сохраняется, но сердце не сокращается «электрическая активность без пульса» - на ЭКГ есть зубы, близкие к норме, но без пульса.

Признаки биологической смерти:

- снижение температуры тела до температуры окружающей среды;
- появление трупных пятен;

Когда труп лежит на спине, пятна появляются в области лопаток, талии, бедер, а когда лежит на животе - в области лица, шеи, груди, живота.

- трупный столбняк. Это несомненный признак биологической смерти, которая развивается через 2-4 часа после смерти. Он начинается с лицевых мышц и постепенно распространяется на мышцы тела, а затем на ноги.
- наличие симптома "кошачий глаз" - при нажатии на глаз форма глаз меняется, напоминая кошачий глаз;
- прозрачные оболочки глаз становятся жирными и высыхают, глазные яблоки расслабляются.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: О:,3,4,5; Д:1,2; ЭП:1,5,6,7,9.

6. контрольные вопросы :

- Назовите стадии терминального состояния
- Техника выполнения тройной техники Сафара;
- Оценка эффективности мер ВРР

Лекция № 3

1. Тема: содержание, цель сестринского ухода и паллиативной помощи при нарушениях дыхательной системы.

2. Цель: изучение правил сестринского ухода и паллиативной помощи при нарушениях дыхания.

3. Тезисы лекций:

Оказание паллиативной помощи больным с нарушением функции дыхательной системы, хронической, двойной и неизлечимой стадией заболевания, при скоплении жидкости в плевральной оболочке.

Объяснение синдромов:

Плеврит-это скопление патологической жидкости в плевральной оболочке. Показания к госпитализации при оказании паллиативной помощи:

Нарушение накопления жидкости в плевральной оболочке, сопровождающееся нарушением дыхательной функции, в неизлечимой стадии онкологических или соматических заболеваний у больного.

Социально-бытовые условия при недостаточности всех условий для ухода на дому, онкологических и соматических заболеваниях инкурабельной стадии, обусловленных психологическим состоянием.

Условия госпитализации для оказания паллиативной помощи:

Данные патронажа, гистологические или цистологические исследования, внешние исследования, подтверждающие заключительный диагноз пациента с хроническими заболеваниями и инкурабельной стадией, прошедшие осмотр врачами организации здравоохранения .

Диагностические критерии (характеристика возможных признаков синдрома). Жалобы и анамнез

Жалобы на затрудненное дыхание, ощущение нехватки воздуха, боль в грудной клетке, кашель, боли в теле в тяжелых случаях, снижение АД тахикардия.

Анамнез: внезапное затрудненное дыхание, физические нагрузки приводят к ускорению.

Физикальное обследование.

Вынужденное состояние (лежание на больной стороне,ортопноз), цианоз, акроцианоз, отек яремной вены.
При осмотре грудной клетки: сдавление грудной клетки во время дыхания (полное дыхание, частичное дыхание).
При перкуссии-перкуссионный звук с переменным замыканием в нижних отделах подвздошной кости.
При аускультации-на нисходящей стороне дыхания, дыхания.
Лабораторное исследование, при котором для оказания паллиативной помощи проводится госпитализация с целью выявления признаков синдрома:
Тактика оказания паллиативной помощи.
Медикаментозное лечение (дисциплина, лечебный вкус и)
Упражнения на отдых, положение бронхиального дренажа, правильное питание, употребление продуктов, богатых белками и витаминами.
Медикаментозное лечение (назначается фармакологическая группа, только медикаментозное лечение, фиксированные, курсовые или суточные дозы РК, с дозой выпавшей формы. Другие способы подачи при необходимости: внутривенное введение, инсулиновая помпа и др.)
4. Иллюстративный материал: Презентация
5. Литература: О:,3,4,5; Д:1,2; ЭП:1,5,6,7,9.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
- Правила сестринского ухода при нарушениях дыхания?
- Принципы паллиативной помощи при нарушениях дыхания?

Лекция № 4

1. Тема: Основные модели паллиативной помощи и сестринского ухода.
2. Цель: ознакомление с основными моделями оказания паллиативной помощи и сестринского ухода.
3. Тезисы лекций:
Стандарт организации паллиативной помощи населению Республики Казахстан
1. стандарт организации паллиативной помощи населению Республики Казахстан (далее - Стандарт) «здоровье народа и система здравоохранения в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "и подпунктом 16) пункта 16 Положения о вопросах Министерства здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2004 года № 1117".
2.организация, осуществляющая паллиативную помощь, создается в целях своевременного проведения мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и общего состояния пациентов, страдающих тяжелыми, обостренными заболеваниями.
3.Настоящий Стандарт устанавливает требования к организации паллиативной помощи больным в организациях здравоохранения на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях.
4.перечень категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, утвержден Постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 1938.
5.паллиативная помощь для категории населения, утвержденная Правительством Республики Казахстан, входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), предоставляется за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги с максимальной доказанной эффективностью в соответствии с перечнем ГОБМП, утвержденным

постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136.
6.в предоставлении паллиативной помощи участвуют организации здравоохранения государственных и частных форм собственности, а также неправительственные организации, имеющие соответствующую лицензию.
7. термины и понятия, используемые в настоящем стандарте:
1) квалифицированная медицинская помощь-медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками с высшим медицинским образованием при заболеваниях, не требующих специализированной диагностики, лечения и медицинской реабилитации;
2) доврачебная медицинская помощь-медицинская помощь, оказываемая медицинским работником со средним медицинским образованием в целях профилактики заболеваний, а также при заболеваниях, не требующих использования диагностики, лечения и медицинской реабилитации с участием врача;
3) поддержка при потере близких (смерть пациента) – поддержка семьи в момент переживания тяжелой утраты после смерти пациента;
4) многопрофильная группа специалистов – далее-КБМТ) - группа по оказанию паллиативной помощи, включающая в себя медицинских и социальных работников, а при необходимости и других специалистов, имеющих специальную подготовку по оказанию паллиативной помощи;
5) паллиативная помощь-направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является омоложение качества жизни и общего состояния пациентов с неизлечимым заболеванием терминальной стадии (последней), подтвержденное медицинским заключением, выданным организацией здравоохранения;
6) отделение (палата) паллиативной помощи-отделение в составе многопрофильных или специализированных больниц, оказывающее квалифицированную медицинскую и психологическую помощь неизлечимому больному терминальной стадии заболевания;
7) биологическая смерть пациента (смерть пациента) означает, что действие организма на выживание прекратилось, и в этом случае все важные функции, необходимые для выживания, были необратимо отключены;
8) стационарозамещающая помощь-форма оказания доврачебной и квалифицированной, специализированной медицинской помощи с продолжительностью медицинского наблюдения от четырех часов до восьми часов в течение дня;
9) стационарная помощь-форма оказания квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной помощи с круглосуточным медицинским наблюдением;
10) мобильные бригады – далее-НБ) - бригада по оказанию паллиативной помощи и сестринского ухода на дому;
11) хоспис – медицинская (медико-социальная) организация, оказывающая паллиативную помощь (медицинскую, психологическую социальную и духовную) на уровне стационара неизлечимым больным пациентам и их родственникам.
12) паллиативная помощь в фтизиатрии – это комплекс мер, принимаемых в отношении больных неизлечимой формой туберкулеза и больных ТБ/ВИЧ/СПИДом, а также членов их семей с целью смягчения физических, психических, телесных и социальных последствий у больных туберкулезом.
2. основные направления деятельности и структура организации оказания паллиативной помощи
8. основные задачи организаций, оказывающих паллиативную помощь:
1) улучшение качества жизни больных, страдающих неизлечимыми, тяжелыми обостренными заболеваниями;
2) Предоставление паллиативной помощи пациентам;
3) обучение родственников основам медицинского ухода за больными, которые не выздоравливают в домашних условиях.
9. паллиативная помощь оказывается в специализированных медицинских организациях либо специализированных подразделениях в составе многопрофильных медицинских

организаций государственной и частной форм собственности.
10. организациям, оказывающим паллиативную помощь, предоставляются: хосписы; многопрофильные или специализированные больницы (взрослые, дети) в составе отделения паллиативной помощи (палаты); стационары на дому.
11.организации паллиативной помощи создаются в районных и областных центрах, городе республиканского значения и столице.
12. паллиативная помощь оказывается неизлечимо больным хронически прогрессирующими заболеваниями в стадии декомпенсации, больным онкологическими заболеваниями, больным с синдромом приобретенного иммунодефицита терминальной (конечной) стадии заболевания (далее – СПИД) и больным туберкулезом под руководством врача в специализированных структурных подразделениях медицинских организаций, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или стационаре на дому.
13. паллиативная помощь для вышеуказанной категории больных:
1) доврачебную помощь;
2) квалифицированную медицинскую помощь.
14.обеспечение койками для оказания паллиативной помощи предусматривается из расчета 30 коек на 400 000 человек.
15.штат организации, оказывающей паллиативную помощь, устанавливается в соответствии с типовыми Штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения, утвержденными приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых Штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» (зарегистрирован в государственном реестре нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6173).
16.оказание паллиативной помощи в медицинских организациях в рамках ГОБМП осуществляется в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения.
17.паллиативная помощь в виде квалифицированной медицинской помощи предоставляется врачом, ответственным за координацию процесса оказания медицинской помощи в хосписе или отделении паллиативной помощи (палате) при специализированных или многопрофильных больницах.
18. показания для госпитализации больных, нуждающихся в паллиативной помощи Определяется в соответствии с пунктами постановления Правительства Республики Казахстан от 15 ноября 2011 года № 1343» Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода".
19.госпитализация больных в стационар для оказания паллиативной помощи осуществляется через портал Бюро госпитализации в соответствии с инструкцией по организации плановой госпитализации в стационар в рамках ГОБМП, утвержденной приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6380).
20.В обязанности врача входит: прием, осмотр, составление плана лечения, Лечение и наблюдение за пациентом в динамике, выписка, не прерывание дальнейшей связи с пациентом, обучение законного представителя/лица, осуществляющего уход за пациентом и (или) уход, подготовка и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» 2010 утверждены приказом № 907 от 23 ноября года (зарегистрирован в государственном реестре нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6697) (далее – приказ министра здравоохранения № 907) ведение первичной медицинской документации.
21.паллиативная помощь в виде доврачебной помощи предоставляется медицинскими сестрами в хосписе или отделении паллиативной помощи (палате) при специализированных или многопрофильных больницах.
22. в обязанности медицинской сестры входит: оценка состояния пациента, выполнение плана лечения, постоянная оценка и профилирование плана лечения, общение с пациентом

и (или) законным представителем/лицом, наблюдение за младшим медицинским персоналом/волонтерами, обучение семьи/лица, осуществляющего уход за пациентом/пациентом, предоставление пациенту и семье (до далее) оказание помощи, ведение первичной медицинской документации, утвержденной приказом министра здравоохранения № 907.

23.пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, обеспечиваются обезболивающими и обезболивающими лекарственными средствами в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2012 года № 396 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан» (далее – постановление Правительства от 30 марта 2012 года № 396).

24.обеспечение, хранение и назначение обезболивающих наркотических средств в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2012 года № 396 производится лицами, имеющими медицинское образование и разрешение.

25.для правильного лечения пациентов при наличии медицинских показаний используются как медикаментозные, так и медикаментозные методы купирования боли и других патологических симптомов.

26. медицинские работники определяют пациента/его законных представителей по наименованию лекарства, показаниям для назначения, дозировке, условиям хранения, выявленным побочным эффектам

информирует о проводимой терапии, включая действия в ситуации, условия продолжения лечения этим препаратом, позволяя им участвовать в процессе принятия решения.

27. работники медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь, консультируют пациентов и (или) законных представителей по соблюдению порядка и режима приема препаратов.

28. определение случаев прекращения биологической смерти, а также искусственных мер по поддержке жизни пациентов осуществляется в соответствии со статьей 140 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

29. медицинские работники своевременно регистрируют и документируют переход пациента в состояние биологической смерти.

30. организация работы НБ и КБМТ по оказанию паллиативной помощи пациентам осуществляется согласно Приложению 1 к настоящему стандарту.

31. оказание паллиативной помощи больным с хроническими обостренными заболеваниями в стадии декомпенсации (далее - ССА) организуется согласно приложению 2 к настоящему стандарту.

32. оказание паллиативной помощи детям организуется согласно приложению 3 к настоящему стандарту.

33. оказание паллиативной помощи больным онкологическими заболеваниями организуется в соответствии с приложением 4 к настоящему стандарту.

34. оказание паллиативной помощи больным туберкулезом организуется в соответствии с приложением 5 к настоящему стандарту.

35. оказание паллиативной помощи больным СПИД организуется согласно Приложению 6 к настоящему стандарту.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: О:,3,4,5; Д:1,2,3; ЭП:1,5,6,7,10.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Каковы основные модели паллиативной помощи и сестринского ухода?
- Стандарт организации паллиативной помощи населению Республики Казахстан?

Лекция № 5

1. Тема: Основные симптомы, проблемы и потребности пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и сестринском уходе.

2. Цель: выявить основные симптомы, проблемы и потребности пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и сестринском уходе

3. Тезисы лекций:

Паллиативная помощь устанавливает партнерские отношения между пациентом, врачами и его семьей. В нормальных условиях группа экспертов в том числе группа специалистов, оказывающих паллиативную помощь: врачи, медсестры, и социальные работники, выступает в качестве единого партнера с вашим личным врачом. Членами группы специалистов, оказывающих паллиативную помощь, могут быть массажисты, диетологи и другие лица.

Специалисты, оказывающие паллиативную помощь, оказывают хорошую поддержку пациенту и его семье, раскрывая основную цель лечения.

Работая вместе с врачом, паллиативная помощь обеспечивает дополнительную поддержку:

- Время для плотного общения
- Искусственно управлять болезнью и другими симптомами
- Помощь направляющей системе в здравоохранении
- Руководство трудным и болезненным выбором при выборе лечения
- Оказание эмоциональной и духовной поддержки пациенту и семье

Основная цель медицинской сестры в паллиативном уходе-облегчить соматическое, психическое и духовное состояние пациентов, не испытывать мучений, характерных для Пенде, страдающих от боли, помочь им с хорошим отношением, чтобы помочь им встретить смерть осознанно.

По развитию помощи, предоставляющей временное облегчение болезни, более 40 государств начинают движения, в том числе из стран-новичков в Швейцарию, США, Великобританию, Канаду, Голландию, Бельгию, Францию и Австралию.

В соответствии с этим в справку о помощи, дающей временное облегчение болезни, входит: «если болезнь не лечится дальнейшим лечением, проводится активная всесторонняя помощь больному, в первую очередь исключение чувства болезни и других патологических симптомов и решение социальных, психологических и духовных проблем у больных. Целью помощи, которая дает временное облегчение болезни, является достижение хорошего качества жизни пациента и его семьи». ВОЗ (1982) рассматривала первую справку о помощи, предоставляющей временное облегчение болезни, как помощь, оказываемую больным, когда не указаны показания к лечению. Это определение ограничивает определение помощи, которое дает временное облегчение болезни, и оно может звучать как помощь на последней стадии болезни. В конце жизни могут быть разделены на три группы основных пациентов, претендующих на временную льготную помощь при специализированном заболевании:

- больные раком 4 стадии;
- Больные на стадии реанимации ИЖПС;
- больные в развитии стадии патологии при хронических обострениях нераковых заболеваний (на стадии необратимых состояний сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянного склероза, тяжелых последствий нарушений мозгового кровообращения и др.).

Таким образом, создание системы оказания временной помощи неизлечимым пациентам, является направлением ни одной приоритетной клинической медицины во многих странах мира. Республика Казахстан также не остается в стороне, несмотря на диагностические достижения и совершенствование методов лечения больных злокачественными новообразованиями, вопросы оказания временной льготной помощи больным с распространенными видами рака требуют принятия бескомпромиссных решений. Помощь, которая дает временное облегчение болезни, - это здравоохранение самая важная часть общества. Он направлен на то, чтобы облегчить страдания пациента, сохранить его моральные качества, определить его потребности на последнем этапе и поддержать качество жизни. В обязанности помощи, дающей временное облегчение заболеванию, также входит поддержка близких с семьей пациента.ВОЗ доказывает, что паллиативная помощь-это:

помощь, способная активно охватывать прогрессирующие заболевания. Главная цель паллиативной помощи: подавление боли и других симптомов пациента, улучшение жизненных качеств.

Согласно определению ВОЗ, предоставленному в 2002 году, помощь, которая дает временное облегчение боли, заключается в « улучшении качества жизни пациента и членов его семьи,которые сталкиваются с проблемами смертельного заболевания, отстранении и облегчении страданий путем раннего выявления и точной оценки возникающих проблем и проведения вмешательств по парапарному лечению (при болевом синдроме и других нарушениях жизнедеятельности), а также подход с психосоциальной и духовной поддержкой».

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: О:1,3,4,5; Д:1,2,3; ЭП:1,2,5,6,7,9.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

классификация ожогов;

- Каковы основные симптомы пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и сестринском уходе?
- Основные проблемы пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и сестринском уходе.

Лекция № 6

1. Тема: Хосписная деятельность и структура

2. Цель: Знакомство с хосписной деятельностью и структурой

3. Тезисы лекций: Организация паллиативной помощи в хосписе

Хоспис является самостоятельной медико-социальной организацией с индивидуальным балансом и финансово-хозяйственной деятельностью. Структура и штатное расписание утверждаются руководителем по согласованию с местными органами государственного управления здравоохранения.

Структура хосписа:

1) стационарное отделение;

2) выездные подразделения, состоящие из мобильных бригад по оказанию паллиативной помощи на дому;

3) дневной стационар.

39. задачи и функции хосписа:

1) реализация новых видов медико-социального обеспечения неизлечимых больных как на государственной, так и на частной или благотворительной основе;

2) Повышение доступности стационарной медицинской помощи неизлечимым пациентам терминальной стадии и улучшение медицинской помощи на дому;

3) оказание социально-психологической помощи больным и его родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными;

4) Выбор правильной обезболивающей терапии и обеспечение ее проведения;

5) организация необходимой консультативной помощи по рекомендациям врачей стационара;

6) взаимодействие со специализированными организациями;

7) создание службы обучения волонтеров, обеспечивающей бесплатный уход за больными на дому и в стационаре;

8) взаимодействие с религиозными организациями всех религиозных позиций, зарегистрированных на территории Республики Казахстан;

9) работа с неправительственными и благотворительными организациями и организациями социальной защиты населения.

40. Хоспис:

1) симптоматической терапии;

2) Выбор и проведение необходимой обезболивающей терапии;

3) оказание медико-социальной помощи больным;
4) психотерапевтическую помощь больным и его родственникам;
5) транспортировка больного;
6) санитарно-гигиенические знания пациентов;;
7) юридическое консультирование и защита прав интересов пациентов;
8) внедрение в практику и освоение новых методов паллиативного лечения больных;

9) предоставление возможности направления верующих больных в религиозные места во время пребывания в хосписе при условии официальной регистрации данного религиозного объединения на территории Республики Казахстан;
10) обеспечивает проведение анализа эффективности деятельности хосписа.
4. Иллюстративный материал: Презентация
5. Литература: О:1,3,4,6; Д:1,2,3; ЭП:1,2,5,6,7,9.
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
- Каковы задачи и функции хосписа?
- Структура хосписа?
- Дайте справку в хоспис.

Лекция № 7

1. Тема: Основные принципы хосписной деятельности
2. Цель: Определить основные принципы хосписной деятельности
3. Тезисы лекций: Хоспис-неизлечимо больных пациентов и их
медицинская (медико-социальная) организация, оказывающая паллиативную помощь (медицинскую, психологическую социальную и духовную) родственникам на уровне стационара.
В Казахстане хосписы были организованы в 1999 году в городах Алматы, Павлодар, Караганда, Костанай, в 2000 году в Усть-Каменогорске, Семей, в 2011 году в городе Темиртау « хоспис на дому», в 2013 году в Уральске, в 2016 году в Кызылорде. В 2014 году в Алматы была создана передвижная бригада.
За эти годы были приняты законодательно-правовые документы.
22 октября 2015 года в Астане состоялась международная конференция по « Паллиатавной помощи» с участием специалистов из России, США, Европы и других стран.
Приоритетом государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы является первичная медико - санитарная помощь. А хосписы как целостное направление развития медицины остаются в стороне.
При больницах организуются дома сестринского ухода, хосписы (отделения сестринского ухода). В основном предназначен для проведения курсов по лечению заболеваний пожилого и пожилого возраста. Основными направлениями работы являются квалифицированное медицинское обслуживание, социальное обслуживание, медицинское обследование больных и престарелых, своевременная диагностика осложненных и обостренных заболеваний, организация консультативной и психологической помощи.
Кроме того, хосписы рассчитаны на обслуживание и лечение пожилых и очень старых людей с тяжелыми заболеваниями, связанными с возрастом, в которых помощь оказывается людям с тяжелыми и смертельными состояниями.
бригада медиков работала в домах пациентов, патронажные сестры находили и обслуживали пожилых людей в доме, у которых заболевание очень тяжелое с медицинской точки зрения – например, с самой низкой стадией рака. Здесь учат, как ухаживать за родными при болезни, как помогать им в процессе реабилитации, в различных жизненных ситуациях.
Финансирование деятельности многих хосписов осуществляется из городского бюджета, однако чаще всего благотворительную помощь оказывают государственные, общественные и региональные организации.

В городе Караганде функционирует хоспис, который оказывает медицинские и социальные услуги больным онклогическим аууруу. Финансирование хосписа осуществляется как за счет средств общественной организации "Красный полумесяц", так и частично за счет средств областного бюджета. Выделенные деньги направляются строго по целевому назначению: на приобретение продуктов питания, оплату коммунальных услуг, на заработную плату медработников. Однако этого недостаточно. Так, Карагандинский хоспис был перенесен из благоустроенного здания в поселок Федоровка на строительство баракового типа, требующее ремонта. Тот факт, что в хосписе после тяжелой операции лежат люди, находящиеся в тяжелом состоянии с открытыми ранами, требует особого ухода, свидетельствует о специфике его функционирования. Болезни нуждаются в усиленной пище, сильнодействующих медпрепаратах, простынях. Простыни заменяются на солнечные дойки и быстро изнашиваются из-за кипячения и стирки. Карагандинский хоспис нуждается в необходимых вещах, продуктах питания, простынях, а также строительных материалах. Не хватает средств на ремонт здания и обеспечение комфортных условий жизни.

В Государственном казенном коммунальном предприятии «Хоспис " города Алматы работает гериатрическое отделение на 100 мест, которое занимается проблемами пожилых людей. Хоспис очень популярен среди пожилых людей. Очередь на посещение хосписа за 1,5-2 месяца. Ведь многие хотят вылечиться, набраться сил, получить квалифицированный медицинский уход. Это свидетельствует о необходимости пожилых людей в специализированной амбулаторно-поликлинической помощи. Для Алматы, по мнению врачей, на сегодняшний день необходимо не менее четырех хосписов. В действующих хосписах увеличилось до 40 коек паллиативное отделение, к которому относятся самые «плохие» заболевания. Поэтому врачам и сестрам стало очень трудно работать. Такие заболевания требуют ежечасного, круглосуточного ухода и наблюдения (переворачивание для удобства лежания, чаще всего кормление через трубку, смена простыней).

Выездная служба Семипалатинского хосписа оказывает постоянную медицинскую помощь 120 онкологическим больным и их семьям, единовременную поддержку получают около 50 человек. В стационаре на 25 коек медработники принимают 350-400 больных в год.

Помощь, оказываемая медицинскими работниками хосписа и волонтерами:

прием заказов от болезней, первичный осмотр, определение вида необходимой помощи;

от симптоматического лечения;

состоит из подбора безболезненной патологоанатомической терапии.

Помимо медицинской помощи, сотрудники хосписа и волонтеры оказывают психологическую помощь больным и их родственникам.

Проблемы в оказании хосписной паллиативной помощи:

Нормативы организации мест оказания хосписной паллиативной помощи:

- По требованиям ВОЗ на 300 - 400 тыс. населения 25 – 30 коек на 100 тыс. человек по требованиям Международного банка 27 коек на 100 тыс. человек по европейскому нормативу – 80-100 коек на 1 млн. человек.

В нашей стране не хватает хосписных коек.

-Проблем с лекарственным обеспечением тоже много.

Казахстан занимает последнее место в мире по использованию опиоидов в медицинских и научных целях. Например (эквивалент 1 1664 мг морфина на человека). В Канаде в 812 раз больше, в Европе - в 540 раз, в Беларуси – в 15 раз больше.

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература:

О:2,3,4,5; Д:1,2,3; ЭП:1,2,5,6,7,9.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Структура хосписа?
2. Нормативы организации мест оказания хосписной паллиативной помощи.

Лекция № 8

1. Тема: Право пациента в Лиссабонской декларации

2. Цель: Овладение понятием лиссабонской декларации

3. Тезисы лекций: Лиссабонская декларацияпациент имеет указанные права:

1) в процессе диагностики, лечения и ухода за собой должно быть оказано достойное внимание и проявлено уважение к своим культурным и личностным ценностям;

2) на получение медицинской помощи в очередности, определяемой исключительно на основе медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов;

3) на выбор, замену врача или медицинской организации, в том числе иностранного врача, осуществляющего деятельность в организациях здравоохранения Республики Казахстан, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

3-1) уведомление о проведении аудио - и (или) видеонаблюдения и записи в медицинской организации;

4) поддержку со стороны семьи, родственников и друзей, а также служащих религиозных объединений;

5) смягчение последствий болезни в той мере, в какой позволяет современный уровень медицинских технологий;

6) услышать независимое мнение о своем состоянии здоровья и провести консилиум;

7) иные права, предусмотренные законами Республики Казахстан.

2. о правах и обязанностях пациента с учетом доступности для лиц с нарушениями зрения и (или) слуха, предоставляемые услуги, имеет право на получение информации о стоимости оказываемых платных услуг, порядке их предоставления. Информация о правах пациента должна размещаться в местах размещения наглядной агитации медицинских организаций. При поступлении в медицинскую организацию пациенту должны быть предоставлены сведения о ФИО и профессиональном статусе лиц, оказывающих ему медицинские услуги, а также о правилах внутреннего распорядка медицинской организации.

3.медицинская помощь должна быть оказана после получения добровольного устного или письменного согласия информированного пациента. При инвазивных вмешательствах письменное согласие пациента в добровольном порядке составляется по форме, утвержденной уполномоченным органом.

4. Пациент может получить полную информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможных рисках и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения при получении медицинской помощи, сведения о возможных последствиях отказа в лечении, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в форме, понятной пациенту, а также передать ее на дом имеет право на получение разъяснений о причинах увольнения или перевода в другую медицинскую организацию.

5. Пациент может назначить человека, которому необходимо сообщить информацию о состоянии своего здоровья. Отказ пациента от получения информации оформляется письменно и вносится в медицинскую документацию.

6.информация может быть скрыта от пациента только в том случае, если есть веские основания полагать, что предоставление медицинского апарата не принесет пользы пациенту, а нанесет существенный вред. В таком случае данная информация сообщается супругу (супруге) пациента, его близким родственникам или законным представителям.

7.пациенты, получающие медицинскую помощь в условиях клинических баз организаций образования в области здравоохранения, имеют право отказаться от участия в учебном процессе, а также участия третьих лиц при проведении лечебно-диагностических процедур.

8.Защита прав пациентов осуществляется органами, организациями здравоохранения, а также общественными объединениями в пределах своей компетенции.

9. пациент имеет право на получение полной информации о лекарственном средстве, назначенном при получении медицинской помощи.

10.граждане, вступающие в брак, имеют право на медицинское и медико-генетическое

обследование.

Обязанности пациентов

1. Пациент, кроме обязанностей, указанных в статье 90 настоящего Кодекса:

1) принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;

2) проявлять уважение и спокойствие в общении с медицинскими работниками;

3) сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания, неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача после дачи согласия на медицинское вмешательство;

4) соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации и бережно относиться к имуществу, быть в солидарности с медицинским персоналом при получении медицинской помощи;

5) своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случаях возникновения заболеваний либо подозрений на них, представляющих опасность для окружающих;

6) не совершать действий, нарушающих права других пациентов;

7) выполнять иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан;

8) выполнять все предписания, назначенные при получении медицинской и лекарственной помощи на амбулаторном уровне в соответствии с договором с медицинской организацией.

2. обязанности пациентов, указанные в подпунктах 2)-4) пункта 1 настоящей статьи, распространяются на родителей или иных лиц, непосредственно осуществляющих уход за больным ребенком в стационаре

4. Иллюстративный материал: Презентация

5. Литература: О:2,3,4,5,7; Д:3; ЭП:1,3,5,6,7,9.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Определение и классификация ГК;
- Основные симптомы ГК;
- Оказание первой помощи в условиях ГК;

Литературы:

Оснавной:

1. Мухамбетжанова А.С. Паллиативная помощь и уход за больными онкологического профиля : учебник / А. С. Мухамбетжанова, Г. Е. Жумина . - Караганда : ТОО "Medet Group", 2021. - 428
2. Сестринский уход на дому : учебное пособие / А.Т. Умбетжанова [и др.]. - Караганда : АҚНҰР, 2020. - 78 с.
3. Паллиативтік көмек: оқу - әдістемелік құрал / А. А. Сейдахметова [т/б.]. - Шымкент : ОҚМФА, 2016. - 101 бет.
4. Татарников, М. А. Управление качеством медицинской помощи / М. А. Татарников. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016
5. Мухамбетжанова А.С. Паллиативті көмек және онкологиялық науқастарға күтім жасау : оқулық / А. С. Мухамбетжанова, Г. Е. Жумина . - Караганда : ТОО "Medet Group", 2021. - 414 с
6. Паллиативтік көмек : оқу - әдістемелік құрал / А. А. Сейдахметова [т/б.]. - Шымкент : ОҚМФА, 2016. - 101 бет.
7. Внутренняя медицина основанная на доказательствах : руководство / ред. Петр Гаевски ; пер. Ирина Авраменко . - Краков : Изд-во "Практическая медицина", 2018. - 1680 с

Дополнительный:

1. Юсуфхонова , Г. К. Оценка качества оказания паллиативной помощи инкурабельным больным : дис. ... на соиск. акад. степени магистра мед. наук / Г. К. Юсуфхонова . - Шымкент : ЮКМА, 2019. - 79 с. +эл. опт. диск (CD-ROM)
2. Паллиативтік көмек : оқу - әдістемелік құрал / А. А. Сейдахметова [т/б.]. - Шымкент : ОҚМФА, 2016. - 101 бет.
3. Внутренняя медицина основанная на доказательствах : руководство / ред. Петр Гаевски ; пер. Ирина Авраменко . - Краков : Изд-во "Практическая медицина", 2018. - 1680 с

Электронные публикаций:

1. Сейдахметова, А. А.Паллиативтік көмек : [Электронный ресурс] : оқу құралы / А. А. Сейдахметова. - Шымкент : [б. и.], 2016. - эл. опт. диск (CD-ROM).
2. Мухамбетжанова А.С, Жумина Г.Е. Паллиативті көмек және
3. онкологиялық науқастарға күтім жасау. Оқулық. Қарағанды: «Medet Group» ЖШС, 2024. – 414 бет https://aknurpress.kz/reader/web/2986

4. Алпысова А.Р., Молодовская Н.В. / Ауруханаға дейінгі кезеңде
5. жедел көмек көрсету алгоритмі: оқу құралы // Қарағанды: ЖК «АҚНҰР баспасы», - 2015. https://aknurpress.kz/reader/web/1350

6. Мухамбетжанова А.С, Жумина Г.Е. Паллиативная помощь и уход забольными онкологического профиля. Учебник. Караганда: ТОО «Medet Group», 2024. – 428 стр. https://aknurpress.kz/reader/web/2985

7. Паллиативная помощь онкологическим больным : учебное пособие для студентов / В. Ю. Погребняков, Т. В. Каюкова, Р. Ю. Хлобыстин, Е. В. Каюкова. — Чита : Читинская государственная медицинская академия, 2010. — 102 с. -https://www.iprbookshop.ru/55324

8. Паллиативная медицинская помощь онкологическим пациентам : учебник / М. И. Вайсман, Е. С. Введенская, Б. Ю. Володин [и др.] ; под редакцией Г. А. Новикова, Е. П. Куликова, В. И. Соловьева. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2024. — 284 с. https://www.iprbookshop.ru/137077.html

9. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией : учебно-методическое пособие / И. А. Багрецова, И. М. Барсукова, Л. П. Пивоварова [и др.] ; под редакцией В. Е. Парфенова, И. М. Барсуковой. — Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе, 2019. — 50 с. https://www.iprbookshop.ru/120515