

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ПРОГРАММА

V традиционной областной духовно-исторической научно-практической конференции
«МИЛОСЕРДИЕ ЖИВЕТ В ВЕКАХ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВА»,
посвященная 155-летию общероссийской общественной организации
«Российский Красный Крест», 145-летию регионального отделения общероссийской
общественной организации «Российский Красный Крест»

28.05.2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

МАССАЖ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	14
Позднякова Ольга Николаевна, рук-ль Демиденко Владимир Алексеевич, ГБПОУ «СОМК»	
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ	15
Бураменская Марина Николаевна, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Балаковский медицинский колледж» г. Балаково	
РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	16
Печерина У.Г., Ершова М.В., Трифан А.А., Краснотурьинский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Краснотурьинск	
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОНК, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	17
Фроленко Елена Николаевна, Михайлова Галина Дмитриевна, Государственное автономное учреждение Амурской области профессиональная образовательная организация «Амурский медицинский колледж», г. Благовещенск	
ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛЫ ПО УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ» ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ	18
Мальцева Евгения Евгеньевна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Асбест	
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЛОНТЕРОВ КАМЕНСК-УРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК» ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	19
Третьякова Алена Сергеевна, Кадырова Янина Юрьевна, рук-ли: Бельмас М.В., Ерыкалова Е.С., Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Каменск-Уральский	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПАЛЛИАТИВЕ	20
Плешакова Ирина Алексеевна, рук. Удалова Елена Николаевна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	
ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г. ПЕРВОУРАЛЬСКЕ	21
Шайхуллин Тимур Ильмирович, рук. Удалова Елена Николаевна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ	22
Брянцева Ирина Васильевна, Ессентукский филиал Ставропольского государственного медицинского университета, г. Ессентуки	
ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	24
Щиголева Зоя Николаевна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Нижний Тагил	
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВНАЯ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА	25
Белослудцева Людмила, Старовойтова Кристина, рук. Белослудцева Елена Геннадьевна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Красноуфимск	
«ПУТЬ К МИРУ»: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХОСПИСА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ	27
Григорян Ева Суреновна, рук. Малова Аля Алексеевна, Ессентукский филиал Ставропольского государственного медицинского университета, г. Ессентуки	
ПАЛЛИАТИВНЫЙ СЕСТРИНСКИЙ УХОД	28
Власова Ирина Игоревна, рук. Попонина Ольга Васильевна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Красноуфимск	
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВОЛОНТЕРОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ К УХОДУ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ БОЛЬНЫМИ «ОСНОВЫ УХОДА»	31
Федорова Анна Николаевна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Сухой Лог	
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ	32
Потёмкина Лилия Викторовна, Ессентукский филиал Ставропольского государственного медицинского университета, г. Ессентуки	
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ИГРОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	34
Исмаилова Азиза Алияровна, рук. Елена Кузьминична Серегина, к.м.н., преподаватель ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ АСБЕСТОВСКО-СУХОЛОЖСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»	35
Дерябина Оксана Михайловна, Жигалова Ирина Вячеславовна, Асбестовско-Суходоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Сухой Лог	
ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ	36
Шестакова Н.В., Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Красноуфимск	
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ. 04 СПЕЦИАЛЬНОСТИ 34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО НА ТЕМУ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ» В ШАХТИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ ИМ. Г.В. КУЗНЕЦОВОЙ	38
Волкова Л.А., Романова И. С., Чеснакова О. Л, ГБПОУ РО «Шахтинский медицинский колледж им. Г. В. Кузнецовой»	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	39
Исаева Т.Н., Агибалова О.А., Арефьева Е.В., ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России Колледж г. Ростова-на-Дону	
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ	40
Шевченко, Гульнур Кынырбекова	
СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ПАЛЛИАТИВНОМ СОСТОЯНИИ НА ДОМУ ВОЛОНТЕРАМИ НОВОУРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»	44
Стародубова Евгения Викторовна, Шалавина Ольга Николаевна, Новоуральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Новоуральск	
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	45
Захаров Дмитрий Андреевич, Кузина Дарья Андреевна, рук-ль: Магомедова Патимат Патыховна, ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж №1», г. Москва	
ОБЩЕНИЕ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	52
Непомнящих Ирина Сергеевна, рук-ль Рогачева Ольга Петровна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» Нижнетагильский филиал Ирбитский центр медицинского образования	
ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ	53
Семенова Ксения Павловна, рук-ль: Елена Кузьминична Серегина, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «ВОЛОНТЁРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ» В Г. НИЖНИЙ ТАГИЛ	55
Хуснутдинова Ирина Викторовна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» г. Нижний Тагил	
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВА	
ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г. НИЖНИЙ ТАГИЛ	59
Хуснутдинова Ирина Викторовна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г. РЕВДА	62
Позднякова Ольга Николаевна, Солдатова Любовь Михайловна, рук-ль Удалова Елена Николаевна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАУЗ СО «АРАМИЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»	64
Ошивалов Артем Алексеевич, Орлова Олеся Владимировна, рук-ль Симонова Ирина Андреевна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ НА ДОМУ	67
Козина Софья Романовна, рук-ль Симанова Анастасия Сергеевна, Ирбитский центр медицинского образования Нижнетагильского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУР У ЛЕЖАЧИХ ПАЦИЕНТОВ	72
Калимуллина Вероника Маратовна, рук-ль Мальцева Светлана Павловна, Каменск- Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДОМА	73
Кузнецова Анна Владимировна, рук-ль Воронина Виктория Владиславовна, Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ	74
Осокина Софья Александровна, рук-ль Офицерова Наталья Александровна, Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ТРЕБУЮЩИМ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА И ИХ БЛИЗКИМ	75

Носова Ксения Викторовна, Казакова Анастасия Алексеевна, рук-ль Волкова Наталья Петровна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

ВОВЛЕЧЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ 77

Коряков Андрей Михайлович, рук-ль Ващенко Ирина Валерьевна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

МИЛОСЕРДИЕ ЖИВЕТ В ВЕКАХ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВА ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДЕТСКОМ ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ 81

Боярских Вероника Сергеевна, Зенкова Анна Николаевна, рук-ли: Алексеева Елена Антоновна, Клюкина Анастасия Сергеевна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД 83

Василенко Павел Анатольевич, рук-ль Мальцева Евгения Евгеньевна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАУЗ СО «АРАМИЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» 85

Ошивалов Артем Алексеевич, Орлова Олеся Владимировна, рук-ль Симонова Ирина Андреевна, ГБПОУ «СОМК», Екатеринбург

ОБЩЕНИЕ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ 87

Непомнящих Ирина Сергеевна, рук-ль Рогачева Ольга Петровна, ГБПОУ «СОМК» НФ ИЦМО, г. Ирбит

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ - РЕАЛЬНЫЕ ЛЮДИ 89

Осинцева Валерия Константиновна, рук-ль Рогачева Ольга Петровна, НФ ИЦМО, Ирбит

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 90

Коряков Андрей Михайлович, рук-ль Ефремова Татьяна Васильевна

КРАТКИЙ ОЧЕРК БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЯМИ В РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ 95

Бахарева Мария Михайловна, Грохотова Елизавета Викторовна, Романов Виктор Романович, рук-ль Решетникова Ирина Юрьевна, Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК», Каменск-Уральский городской округ

СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ СОСТОЯНИИ НА ДОМУ ВОЛОНТЕРАМИ НОВОУРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»	98
Аджигитова Алена Александровна, рук-ли: Стародубова Евгения Викторовна, Шалавина Ольга Николаевна, Новоуральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Новоуральск	
ПАМЯТЬ ХРАНЯТ ЖИВЫЕ	103
Куцык Яна, рук-ли: Гончарова Т.И., Логинова Е.А., Серовский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Серов	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	104
Юсупова Зайнап Сухрабовна, рук-ль Сутолкина Светлана Александровна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Сухой Лог	
ДАР ЧУДНЫЙ (СВЯТЫЕ ПРАВОСЛАВНЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ)	108
Поморцева Василиса Дмитриевна, рук-ли: Еселевич Ирина Игоревна, Супрунова Галина Васильевна, Фармацевтический филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	
НЕГРОМКИЙ ГЕРОИЗМ ТЫЛОВИКОВ	110
Крутикова Анастасия Александровна, Серебренникова Анна Сергеевна, рук-ль Главатских Татьяна Владимировна, Фармацевтический филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	
ГУМАНИЗМ В ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВЕ	112
ВИКЕНТИЯ ВИКЕНТЬЕВИЧА ВЕРЕСАЕВА	
Вараксина Мария Дмитриевна, Шинкарева Анастасия Ивановна, рук-ль Казымова Галина Федоровна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург	
СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ-ВАЖНЕЙШЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	113
Косарева Ксения Николаевна, рук-ль Юркова О.А., ГБПОУ Свердловский областной медицинский колледж, г. Екатеринбург	
ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	115

- Косарева Ксения Николаевна, Опалева Анна Николаевна, рук-ль Юркова О.А.,
ГБПОУ Свердловский областной медицинский колледж, г. Екатеринбург
- ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В ИРБИТЕ** 117
- Личкатая Карина Романовна, рук-ли: Бунькова Елена Евгеньевна, Гусарова
Маргарита Миннизиявна, Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ
«СОМК» г. Ирбит
- МАДОННА МЕДСАНБАТА** 119
- Сугоняева Екатерина Сергеевна, рук-ли: Бунькова Елена Евгеньевна, Гусарова
Маргарита Миннизиявна, Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ
«СОМК» г.Ирбит
- ДЕТСКИЙ ДОКТОР МИРА** 121
- Скоморохов Владимир Павлович, рук-ль Юрьева Ольга Валерьевна,
Ирбитский центр медицинского образования Нижнетагильского филиала ГБПОУ
«Свердловский областной медицинский колледж», г. Ирбит
- ОДНА ИЗ НЕМНОГИХ...** 122
- Сугоняева Екатерина Сергеевна, рук-ли: Бунькова Елена Евгеньевна, Гусарова
Маргарита Миннизиявна, Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ
«СОМК» г. Ирбит
- МЫ ПОМНИМ ИХ ПОИМЕННО...** 125
- Тищенко Мария Игоревна, рук-ли: Бунькова Елена Евгеньевна, Гусарова Маргарита
Миннизиявна, Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ «СОМК», г.
Ирбит
- ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ** 127
- Голикова Ксения Вячеславовна, рук-ль Соколова Светлана Васильевна,
Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский
колледж» г. Краснотурьинск
- СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ** 127
- Ершова Мария Владимировна, Печёрина Ульяна Георгиевна, Тунёва Анастасия
Алексеевна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,
г. Краснотурьинск
- ГЕРОИЗМ В XXI ВЕКЕ** 129
- Ферхатова Севиля Ринадовна и Казымова Нармин Алван кызы, рук-ль Соколова
Светлана Васильевна, Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной
медицинский колледж», г. Краснотурьинск

ИСТОРИЯ КРАСНОГО КРЕСТА	131
Эргешов Ислам Кушубакович, Вагнер Олеся Борисовна, рук-ль Соколова Светлана Васильевна, Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Краснотурьинск	
ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР У ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА	133
Осинцева Елизавета Сергеевна, рук-ли: Ерыкалова Елена Сергеевна, Мальцева Светлана Павловна, Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК», Каменск-Уральский городской округ	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	135
Юсупова Зайнап Сухрабовна, рук-ль Сутолкина Светлана Александровна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Сухой Лог	
ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД	137
Хуснутдинова Ирина Викторовна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Нижний Тагил	
ЖИЗНЬ НУЖДАЕТСЯ В МИЛОСЕРДИИ	
ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД	142
Василенко Павел Анатольевич, рук-ль Мальцева Евгения Евгеньевна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Асбест	
АПТЕКА – ЗОНА МИЛОСЕРДИЯ	144
Метелева Виктория Григорьевна, рук-ль Семенова Ольга Васильевна, Фармацевтический филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» г. Екатеринбург	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОЦЕНКЕ БОЛИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	148
Фандера Ирина Владимировна, рук-ль Киселева Наталья Георгиевна, ГБПОУ СОМК ИЦМО, г. Ирбит	
ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ	151
Осокина Софья Александровна, Бахарева Мария Михайловна, рук-ли: Офицера Наталья Александровна, Мальцева Светлана Павловна, Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК», Каменск-Уральский городской округ	
УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	152

Ощаткова Кристина Дмитриевна, Непеина Дарья Сергеевна, рук-ли: Афонина Татьяна Викторовна, Бичина Наталья Юрьевна, Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», Каменск-Уральский городской округ

РАЗВИТИЕ КРАСНОГО КРЕСТА В РОССИИ ВО ВРЕМЕНА ВОЙН 154

Аминова Дарья Денисовна, рук-ль Милованова Надежда Юрьевна, ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Краснотурьинск

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ 157

Коряков Андрей Михайлович, рук-ль Ефремова Татьяна Васильевна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» г. Красноуфимск

РУССКИЙ ВКЛАД ОТ КРЫМСКОЙ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. МИЛОСЕРДИЕ В ИСТОРИИ КРАСНОГО КРЕСТА 163

Лопатина Екатерина Павловна, рук-ль Волкова Наталья Петровна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Красноуфимск

У ИСТОКОВ МИЛОСЕРДИЯ: РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ 165

Комарова Оксана Владимировна, рук-ль Ершова Светлана Владимировна, Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Красноуфимск

ДОБРОВОЛЬЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ 167

Имамиева Елена Николаевна, ГАПОУ СО «Нижнетагильский техникум металлообрабатывающих производств и сервиса»

БЕЛЫЙ ХАЛАТ – СИМВОЛ МИЛОСЕРДИЯ 171

Братчун Ксения Анатольевна, рук-ль Чернухина Элеонора Михайловна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Нижний Тагил

РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ: ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РАНеным НА ПОЛЕ БОЯ СО ВРЕМЕН КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 173

Домбровский Роман Юрьевич, Казанцева Марина Юрьевна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Нижний Тагил

ПРАВОСЛАВНОЕ СЕСТРИЧЕСТВО МИЛОСЕРДИЯ ВО ИМЯ СВТ. ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО). КРАТКАЯ ИСТОРИЯ	176
Казакова Анастасия Геннадьевна, сестра милосердия, г. Нижний Тагил	
ЖИЗНЬ НУЖДАЕТСЯ В МИЛОСЕРДИИ. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ. НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ВОЛОНТЕРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»	178
Мирзоева Ширинмох, Щелокова Александра, рук-ль Хуснутдинова Ирина Викторовна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Нижний Тагил	
ИСТОРИЯ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА В НИЖНЕМ ТАГИЛЕ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МИЛОСЕРДНЫМ СЕСТРИЧЕСТВОМ	181
Шишкина Валентина Дмитриевна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Нижний Тагил	
МИЛОСЕРДИЕ В СЕРДЦЕ КАЖДОГО. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КРАСНОГО КРЕСТА НА ТЕРРИТОРИИ УРАЛА	185
Богатырева Дарья Сергеевна, рук-ль Высотина Анна Сергеевна, Ревдинский центр медицинского образования «ГБПОУ» «СОМК», г. Ревда	
ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ	188
Макеева Юлия Алексеевна, рук-ль Высотина Анна Сергеевна, Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК», городской округ Ревда	
КРАСНЫЙ КРЕСТ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	191
Файзрахманова Дарья, рук-ль Высотина Анна Сергеевна, Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК», городской округ Ревда	
ОБЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ	194
Виноградова Елена Евгеньевна, Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Серов	
ПАМЯТЬ ХРАНЯТ ЖИВЫЕ	195
Куцык Яна Игоревна, рук-ли: Гончарова Т.И., Логинова Е.А., Серовский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Серов	
ОБЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ	196

Каторгина Надежда Сергеевна, Каторгина Мария Сергеевна, Привалова Надежда Александровна, рук-ль Виноградова Елена Евгеньевна, Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Серов

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ** 198

Юсупова Зайнап Сухрабовна, рук-ль Сутолкина Светлана Александровна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Сухой Лог

ЭМБЛЕМА КАК СИМВОЛ ЗАЩИТЫ 200

Федорова Дарина Сергеевна, рук-ли: Толмачёва Галина Евгеньевна, Хрусталева Карина Сергеевна, Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК», г. Сухой Лог

СТАРЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА. ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ? 204

Поликарпова Анастасия Николаевна, рук-ль Чернухина Элеонора Михайловна, Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Научно-практическая конференция
(Екатеринбург, 27 декабря 2021 г.)



МАССАЖ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Позднякова Ольга Николаевна, студентка

Научный руководитель: Демиденко Владимир Алексеевич, преподаватель
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Екатеринбург

Паллиативная медицина направлена на оказание помощи неизлечимо больным людям для облегчения боли и других тяжелых проявлений заболевания, чтобы обеспечить им насколько возможно лучшее качество жизни. Паллиативная помощь в онкологии предполагает комплексный подход, который заключается как в оказании медицинской помощи при боли и различных осложнениях, так и психологическую и духовную поддержку самого больного и членов его семьи.

Массаж как средство укрепления здоровья и борьбы с различными заболеваниями нашел свое применение и в паллиативной медицине. Конечно, ни один вид массажа не помогает в лечении онкопатологий, но с помощью мануального воздействия на организм можно улучшить состояние больного, справиться с некоторыми симптомами и повысить качество жизни. Общеукрепляющий и лечебный массаж помогает привести в тонус или расслабить мышцы, усилить обменные процессы в тканях, нормализовать возбудимость нервной системы и психоэмоциональный фон, улучшить кровообращение и отток лимфы.

При онкологических заболеваниях массаж обычно применяют, чтобы справиться с такими проблемами как: повышенная раздражительность, хронический стресс, головные боли и боли в разных частях тела, плохой сон, депрессия, отеки и застойные явления, профилактика и лечение пролежней. При ряде онкопатологий, зачастую, во время хирургического вмешательства приходится удалять регионарные (близлежащие по отношению к злокачественной опухоли) лимфатические узлы, т. к. существует высокая вероятность того, что в них могут присутствовать опухолевые клетки. При этом, после операции может развиваться осложнение в виде лимфедемы – отека на руке или ноге. Для борьбы с лимфедемой у онкологических больных применяют, в том числе и лечебную гимнастику, тейпирование и лимфодренажный массаж, который помогает разблокировать лимфатические сосуды и улучшить отток лимфы от определенной области тела. Проводя массаж онкологическому больному, необходимо соблюдать два правила: избегать глубокого воздействия на ткани и не массировать место, в котором находится злокачественная опухоль.

Существующий зарубежный и небольшой отечественный (московский) опыт доказал, что в большинстве случаев у онкологических больных массаж способствует уменьшению болевого синдрома, нормализации сна, повышению настроения, ликвидации отеков. Помочь пациенту можно всегда, даже если его невозможно вылечить. Такие пациенты нуждаются в достойном качестве жизни, даже если она подходит к концу.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Бураменская Марина Николаевна, преподаватель психологии

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Балаковский медицинский колледж» г. Балаково

В психологии, рамках личностного подхода, изучается личность онкологического больного. Исследованием данной проблемы занимается наука психоонкология. Это наука, которая изучает характерные черты онкологических больных. Отношение человека к своей болезни начал изучать Р.А. Лурия, который ввел термин соматозогнозий. В настоящее время выделяют следующие типы соматозогнозий: гиперсоматозогнозия, гипосоматозогнозия, норматозогнозия.

В последние годы развиваются два направления, изучающие психологические факторы возникновения онкологических больных: специфическое (возникновение болезни связано с личностными особенностями человека) и неспецифические (возникновение зависит от внешних причин – стресс, нарушение гемостаза).

В процессе исследования личности паллиативного больного был введен термин АЛЕКСИМИЯ.

Алексимия – это невозможность описать свое состояние. Существуют различные теории объяснения феномена алексимии: это проявление защитных механизмов, низкий социальный статус, нейрофизиологический дефект блокировки связей в коре головного мозга.

Психологи выявили схему возникновения онкологического заболевания. Психологический стресс-Депрессия-Нарушение деятельности лимбической системы, гипоталамуса, гипофиза.

Для улучшения состояния больного человека используют арттерапевтическую технику, методику «психотерапии обид», «киндер-сюрприз» терапию, игровую терапию, терапию юмора в рамках теории Катлин Пассанизи.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Печерина У.Г., Ершова М.В., Трифан А.А. преподаватели

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «СОМК»

Целью паллиативной помощи является достижение, насколько возможно, наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Задачи:

1. Оказание психологической помощи больному и его близким родственникам.
2. Проведение небольшого курса медитаций для духовного очищения пациента.
3. Введение в повседневный обиход больного 10-15 минутное прослушивание музыки или аудиокниги.
4. Изучение положительного влияния ароматерапии и арт-терапии на паллиативного больного.

Психоэмоциональный стресс – общее для всех пациентов состояние на поздних стадиях неизлечимых болезней, которое значительно ухудшает качество жизни.

Основными факторами могут быть:

- прогрессирование и продолжительность болезни;
- настоящая или ожидаемая немощность;
- психическое и эмоциональное истощение.

Патологические симптомы – не купируемая боль.

Лечение психоэмоционального стресса.

1. Устранение причинных факторов, если это возможно.
2. Общие меры: заботливый и тактичный подход; доброе общение, внимательное выслушивание; уверения в постоянности ухода; уважение личности и индивидуальности.
3. Психологическая помощь по специальной программе: общая поддержка и консультирование; группы поддержки; релаксационная терапия, медитация; отвлекающие мероприятия; социализация.
4. Психотерапевтические методы лечения: обучение навыкам снятия стресса; обучение методам компенсации; когнитивная терапия; анксиолитики, антидепрессанты по необходимости; поддерживающая психотерапия.
5. Поддержка для семьи и ухаживающих лиц.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Фроленко Елена Николаевна, Михайлова Галина Дмитриевна, преподаватели

Государственное автономное учреждение

Амурской области профессиональная образовательная организация

«Амурский медицинский колледж»

г. Благовещенск

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Показатели заболеваемости в разных странах колеблются от 0,2 до 3 случаев на 1000 населения. При этом важно отметить такую негативную тенденцию, как постепенное «омоложение» пациентов.

Как в остром, так и в отдаленном периоде у пациентов, перенесших ОНМК, имеют место множественные нарушения в деятельности внутренних органов, ограничивающие их функции и снижающие качество жизни.

Так, к концу острого периода из 100 оставшихся в живых пациентов у 81% наблюдаются двигательные нарушения, в том числе у 22% – гемиплегия или гемипарез; нарушения речевых функций, существенно затрудняющие контакт с пациентами, встречаются более чем у трети; имеют место различные психоэмоциональные нарушения (отсутствие интереса к жизни, снижение волевых функций, интеллекта и критики); дисфагия, нарушение координации движения, сенсорные дефициты, а также нарушение контроля за актами мочеиспускания и дефекации, что, в свою очередь, порождает эмоциональные переживания. Кроме того, пациенты нуждаются в длительном уходе, который становится тяжелым бременем для семьи и втягивает в эту ситуацию до 12 человек близких, друзей и коллег.

Цель исследования. Выявление проблем пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в ходе осуществления сестринского процесса в условиях паллиативной помощи.

Для выявления проблем пациентов с ОНМК при осуществлении ими физиологических потребностей было проведено исследование на базе городской клинической больницы г. Благовещенска, в котором приняли участие 20 пациентов.

В ходе исследования выявлены следующие проблемы пациентов с ОНМК:

- дефицит самоухода и отсутствие возможности осуществлять личную гигиену из-за тяжести состояния;
- риск развития пролежней, контрактур из-за длительного постельного режима;
- ограничение в общении из-за дизартрии и афазии;
- риск развития осложнений из-за недержания мочи и кала;
- боль острая или хроническая;

– риск падений.

Учитывая частоту и тяжесть множественных нарушений в деятельности внутренних органов при ОНМК требуется современный подход к ведению пациентов и полноценная паллиативная помощь.

ОРГАНИЗАЦИЯ «ШКОЛЫ ПО УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ» ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Асбест

«Школа по уходу за тяжелобольными пациентами» организована в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» при поддержке Фонда президентских грантов.

Цель: сохранить качество жизни паллиативного больного, путем обучения необходимым навыкам ухода его ближайших родственников.

Задачи: Обучение родственников пациента:

1. Гигиеническому уходу (умывание, интимная гигиена, смена нательного и постельного белья, смена памперсов, профилактика пролежней)
2. Кормлению (особенности энтерального и парентерального питания)
3. Измерению артериального давления (ведение дневника наблюдения)
4. Безопасному перемещению тяжелобольного по квартире (профилактика падений)
5. Обустройство безопасного прикроватного пространства тяжелобольного (поручни, средства для реабилитации, самостоятельного приема пищи)

Реализация проекта проходит в тесном сотрудничестве с ГАУЗ СО «Городская больница г. Асбест» поликлиника №3, располагающаяся по адресу: г. Асбест ул. Ленинградская д.22.

Волонтеры паллиативной помощи, начали свою деятельность с работы в Регистре паллиативных больных, которых в Асбестовском городском округе, зарегистрировано 840 человек.

Все выходы волонтеры осуществляют, предварительно созвонившись с родственниками и согласовав дату и время прихода.

На обслуживании находится 10 маломобильных пациента, из них 2 человека обладают навыками самообслуживания, а 8 ограничены в передвижении (строгий постельный режим)

За период с октября по декабрь 2021 года было проведено 14 активных патронажей, с консультированием родственников по безопасному обустройству прикроватного пространства, использования специализированных средств по уходу, профилактике пролежней. Волонтеры

осуществляли гигиеническую обработку пациентов, смену нательного, постельного белья, памперсов, перемена положения в кровати. Кроме того, волонтеры выезжают по экстренному звонку, когда родственники не могут самостоятельно справиться сложившейся ситуацией (переместить на кровать с пола). При первичном посещении пациентов проводится анкетирование по вопросам возможности к самообслуживанию, выявляются потребности в средствах ухода и текущее состояние пациента. Данные передаются участковому терапевту и учитываются при последующих посещениях.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЛОНТЕРОВ КАМЕНСК-УРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК» ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Третьякова Алена Сергеевна, Кадырова Янина Юрьевна, обучающиеся

Руководители: Бельмас М.В., Ерыкалова Е.С. преподаватели

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Каменск-Уральский

Паллиативная помощь – (palliative care) – помощь пациентам, страдающим неизлечимым заболеванием, основными задачами которой являются решение проблем пациента: физиологических, психологических, социальных и духовных. Одним из заболеваний, при которых оказывается паллиативная помощь, является онкология. У многих больных рак диагностируется, когда полное излечение уже невозможно. Такие больные нуждаются в паллиативной помощи, и волонтеры могут оказать поддержку и обучить мероприятиям, улучшающим качество жизни больных и членов их семей.

Волонтеры свою работу начали с определения цели и задач. Были выделены основные этапы работы: анализ дефицита знаний и умений у родственников по уходу за онкологическими больными, выбор методик решения проблем и оказание помощи в рамках своих компетенций.

Работа проводилась с учетом полученной в результате анкетирования информации. Из 57 респондентов осуществляют уход за онкологическими больными 19 человек, из них 4 не нуждаются в волонтерской помощи. Хотят узнать, как оказать паллиативную помощь и не владеют навыками ухода 13 человек. Всех пациентов мы разделили на 4 группы: больные с нарушением двигательной функцией 7 человек; с риском развития пролежней 4 человека; больной с назогастральным зондом 1 человек; с сопутствующим заболеванием деменция 1 человек. Основные вопросы касались профилактики пролежней, кормления, проведению гигиенических мероприятий, определению и оценки функционального состояния больного.

Для решения проблемы дефицита знаний и умений волонтерами были проведены беседы, розданы памятки и рекомендации по уходу за больным. С целью овладения умениями проводить уход за больными волонтеры демонстрировали смену постельного и нательного белья, гигиенических мероприятий, кормления при помощи ложки и поильника, измерение АД, пульса и ЧДД с оценкой показателей. Особое внимание уделили профилактике пролежней: обучили приданию положения больного в постели с учетом их чередования через 2 часа; особенностям питьевого режима и рационального питания с указанием количества белка, витамина С; проведению обработки кожи противопролежневыми средствами с оценкой мест возможного образования пролежней. Семье больного с нарушением двигательной функции даны рекомендации по профилактике риска травматизации и пользованию ходунками. Родственника больного с назогастральным зондом обучили технике ухода. В процессе обучения и демонстрации манипуляций волонтеры получили обратную связь по правильному выполнению элементов ухода.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПАЛЛИАТИВЕ

Плешакова Ирина Алексеевна, студентка

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Свердловская область, г. Екатеринбург

В настоящее время медицина более персонализирована, направлена на пациента, а персонализация лечения состоит не только в современной диагностике заболевания, но и в ориентировании на особенности каждого пациента, на особенности его физической, психологической, социальной адаптации. Паллиативная помощь - это активная и всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем. Цель паллиативной помощи – улучшить, насколько это возможно, качество жизни пациентов и членов их семей. Задачей паллиативной помощи является сокращение физических и психических страданий, социальная адаптация больного к тем условиям, в которых он оказался. Поэтому именно для паллиативной помощи качество жизни имеет ключевое значение, и именно на него ориентированы все усилия команды специалистов, которые занимаются оказанием паллиативной помощи.

Существует порядок оказания паллиативной помощи, утвержденный Приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 187-н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». В этом порядке описано, кто имеет право получать такую помощь, в каких условиях её проводят, какие лекарственные препараты облегчают боль. Но, к сожалению,

нуждающихся в паллиативной помощи более сорока миллионов человек, только 14% из них получают её. Паллиативная помощь часто является малодоступной, не производится адекватное и равноправное финансирование, недостаточное количество служб и организаций, которые оказывают паллиативную помощь. Но, не смотря на сложности, любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить её для продления и улучшения качества жизни.

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип — от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Список использованных источников:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"[Электронный ресурс]

ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г. ПЕРВОУРАЛЬСКЕ

Шайхуллин Тимур Ильмирович, студент

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Свердловская область, г. Екатеринбург

Потребность в широкой сети служб паллиативной медицины в наши дни велика, как никогда. Во многих странах растет процент людей, нуждающихся в паллиативной помощи, вследствие чего увеличивается потребность в постоянной помощи людям с прогрессирующими и неизлечимыми заболеваниями. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни пациента — медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психосоциальная и духовная поддержка, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики.

В Детской городской больнице Первоуральска открылась очередная «бережливая» поликлиника и современное стационарное паллиативное отделение. Таким образом, более 35 тысяч детей Западного управленческого округа будут получать «бережливую» амбулаторную помощь и 117 детей с паллиативным состоянием смогут получать помощь в новом отделении.

В поликлиниках оптимизирована регистратура - она стала «открытой», организован отдельный колл-центр. Оптимизирована внутренняя логистика, распределен поток пациентов - разведены потоки больных и здоровых пациентов. В больнице дополнительно установлены информационные терминалы для записи на прием, установлено электронное табло расписания работы врачей. Для уменьшения времени ожидания в утренние часы увеличено количество лаборантов, осуществляющих забор крови. Во избежание «скученности» пациентов создана система «сквозной» направленности, разделены потоки входящих и выходящих из кабинета пациентов.

Основная цель паллиативной помощи - улучшение качества жизни неизлечимо больного и его родственников. Детям в отделении обеспечивается медицинский уход, симптоматическая коррекция тягостных симптомов, симптоматическое лечение трофических нарушений мягких тканей, респираторная терапия по показаниям, психологическая и социальная поддержка пациента и его родных. В палатах созданы комфортные условия пребывания. Всего отделение планирует принять 40 пациентов за год со средним сроком пребывания 30 дней.

Список использованных источников:

1. <http://pervo66.ru/news/block-20812/>
2. <https://mydgb.ru/page/palliativnaa-pomos>

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

Брянцева Ирина Васильевна,

преподаватель Ессентукского филиала

Ставропольского государственного медицинского университета,

г. Ессентуки

Увеличение количества онкологических больных, в т.ч. неоперабельных, и пожилых пациентов с дефицитом самоухода, требует от медицинской сестры навыков оказания как медицинской, так и психологической, социальной, культурной, духовной помощи и поддержки. Не менее важной компетенцией является обучение членов семей паллиативных пациентов основам ухода и особенностям оказания им помощи на дому.

Паллиативная помощь – это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни.

Организуя паллиативный уход за пациентом на дому, необходимо руководствоваться основными принципами: автономия и достоинство пациента, непрерывность оказания помощи,

общение, мультипрофессиональный и междисциплинарный подходы, поддержка членов семьи, купирование боли и симптоматическая терапия.

Роль медицинской сестры заключается в обучении родственников пациента методам и приемам оказания ему помощи, которая включает обустройство места и постели; поддержание температуры и влажности воздуха; обеспечение чистоты и тишины; своевременную смену нательного и постельного белья. Для паллиативного пациента крайне важно проведение мероприятий личной гигиены, учитывая необходимость осуществления физиологических отправлений в постели и использования памперсов. С целью предупреждения возникновения пролежней, необходимо привить родственникам умения проведения мероприятий по их профилактике, и, в первую очередь, изменения положения тела каждые два часа. Пациентам средней степени тяжести важны еженедельные душ или ванна. Опрятный внешний вид улучшит психологическое состояние пациента и его близких.

Введение обезболивающих и других препаратов по назначению врача требует от медсестры умения обучить родственников выполнять различные виды инъекций, а также измерять температуру и артериальное давление.

Для поддержания физических сил пациенту необходимо правильно питаться и пить достаточное количество жидкости, обеспечить адекватную физическую нагрузку.

Для поддержания автономии и человеческого достоинства медицинская сестра должна убедить родственников привлекать пациента к самоуходу.

Одной из основных психологических проблем паллиативных пациентов является дефицит общения. В связи с этим, медсестра обучает ухаживающих возможным способам удовлетворения данной потребности.

ОПЫТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Щиголева Зоя Николаевна, преподаватель
Нижнетагильский филиал ГБПОУ «СОМК»
г. Нижний Тагил

Цель: облегчить страдания путем поддержки пациента в тяжелый период жизни с учетом его потребностей, предпочтений, образа жизни, желаний.

Задачи:

- адаптировать человека к новым условиям жизни, изменившемуся отношению со стороны друзей, знакомых, близких.
- облегчить состояние пациента на данный период.

Уход за тяжелобольным человеком включает профессиональную помощь, а также помощь людей семьи в стационаре и на дому. Уход предполагает знания и умения в выполнении комплекса мероприятий по личной гигиене, удовлетворении физических потребностей, соблюдении правил биомеханики. Феномен качества жизни любого человека включает удовлетворение не только физических, но и психологических, социальных и духовных потребностей.

Онкологическая патология – одна из ведущих проблем современной медицины. Около 60 – 70 процентов онкологических пациентов в фазе генерализации заболевания страдают от боли в разной степени выраженности. Диагноз ракового заболевания – это шок для человека, его семьи и близких людей. Течение заболевания и связанные с этим потребности и реакции пациента могут быть различными в зависимости от индивидуальных особенностей. У человека могут возникнуть мысли о смерти, ощущение обреченности и паники. И в то же время пациент может быть одинок и лишен поддержки близких людей.

В любом случае человек не должен остаться один на один с болезнью в терминальной стадии. В критической ситуации помощь пациенту призвана оказать паллиативная медицина.

Паллиативная помощь необходима:

- тяжелым онкологическим больным;
- пациентам, перенесшим инсульт;
- больным в терминальной стадии ВИЧ – инфекции.

Качество жизни терминального пациента – это субъективное удовлетворение, которое он периодически продолжает испытывать в ситуации прогрессирующего заболевания. Это время духовного синтеза жизненного пути.

В Российской Федерации на современном этапе паллиативную помощь оказывают: центры паллиативной помощи, хосписы, кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров, лечебные консультативные центры амбулаторной помощи.

Список литературы:

Л.И. Кулешова, Е.В. Пуствоветова Основы сестринского дела Ростов-на-Дону Феникс 2015
Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела С. И. Двойников. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с.

Сестринская помощь онкологическим больным: методические рекомендации для медицинских сестер онкологической службы под ред. В. А. Саркисова. - Санкт-Петербург: Береста, 2016. - 356 с.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВНАЯ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

Белослудцева Людмила, Старовойтова Кристина,

студенты 391 группы специальности «Сестринское дело»

Руководитель: Белослудцева Елена Геннадьевна, преподаватель

Красноуфимский филиал

Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

Развитие нового в медицине направления – паллиативной помощи, начинается в 1970-х годах в США, Канаде, Европе. Толчком к развитию современной паллиативной помощи как части системы здравоохранения, является коренное изменение отношения к боли, которую специалисты рассматривают как важнейшую комплексную проблему терминальных пациентов.

Современная паллиативная помощь включает в себя следующие аспекты: профилактика боли, контроль над симптомами, общий уход за пациентами, обучение и реабилитация, психотерапевтическая помощь, поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти.

Цель паллиативного лечения - помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессированием болезни, т.е. достижение возможно наилучшего качества жизни пациента (ВОЗ). Паллиативная помощь оказывается пациентам только после того, как использовались все средства, имеющиеся в распоряжении радикальной медицины, и уже не остается шансов на выздоровление.

Выделяют три основные группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи:

- больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;

- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития.

Помощь паллиативным пациентам осуществляется на основании нормативно-правовых документов.

Паллиативную помощь проводят на дому и в условиях стационара: хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи. Наиболее важными принципами паллиативной помощи можно считать: борьбу с болью, коррекцию нарушений со стороны органов пищеварения, рациональное питание, психологическую поддержку.

При проведении данной помощи в различных условиях имеются определённые сложности, которые заключаются в недостатке медперсонала, отсутствии необходимого оснащения. Кроме того, одним из важных моментов работы с паллиативными больными является психологическая нагрузка на ухаживающих. Устранение перечисленных недостатков позволит оказывать более качественную помощь.

Используемая литература

1. Паллиативная помощь. Сущность и задачи (Электронный ресурс) // MedicInform.Net: [сайт]. – Москва. -2017. Режим доступа: <http://lfk-gimnastika.com/lfk-pri-zabolevaniyakh/138-lfk-gimnastika-pri-gipertonii>
2. Общие сведения о паллиативной помощи [Электронный ресурс] //NeuroPlus: [сайт]. - Москва. - 2016. – Режим доступа: <http://www.neuroplus.ru>
3. Роль медицинской сестры в организации ухода за онкобольными (Электронный ресурс) // MedicInform.Net: [сайт]. – Москва. -2016. Режим доступа: <http://www.docme.ru>
4. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 915н [Электронный ресурс] //ПРАВОВАЯ РОССИЯ [Сайт]. – 1017. – Режим доступа: <http://lawru.info>
5. Паллиативная помощь онкологическим больным [Электронный ресурс] //Противораковое общество России [Сайт]. – 2017. - <http://www.proor.ru>
6. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ [Электронный ресурс] // Fondzapros [Сайт]. – 2015. - <http://fondzapros.ru>

«ПУТЬ К МИРУ»: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХОСПИСА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ

Григорян Ева Суреновна,

студентка 2 курса специальности «Сестринское дело»,

научный руководитель – Малова Аля Алексеевна, преподаватель Ессентукского филиала

Ставропольского государственного медицинского университета,

Онкология – проблема современного здравоохранения. Попытки создания препарата, способного победить раз и навсегда рак, к сожалению, остаются безрезультатными. Несмотря на превентивные меры, количество людей, обратившихся за медицинской помощью слишком поздно, критично высокое. Таким пациентам остается смириться с диагнозом и жить...

В настоящее время инкурабельные больные чаще всего находятся дома, где уход за ними осуществляют родственники. В отличие от западных стран в России тема нахождения неизлечимого больного в хосписе табуирована. Обосновать подобное положение дел можно лишь особенностями менталитета и недостатком информации о деятельности таких медико-социальных учреждений.

Назначения симптоматического лечения и уход за пациентами в хосписе осуществляют медицинские сестры, которые обладают определенным набором практических умений и психолого-педагогическими знаниями, направленными на облегчение страданий больного.

Основные обязанности медицинской сестры хосписа:

1. Купирование болевого синдрома. Правильно подобранный препарат и схема введения позволяют больным приобрести большую самостоятельность, проявлять интерес к жизни. Медицинская сестра осуществляет комплексный контроль введения медикаментозного средства, отслеживает его эффективность и реакцию пациента на препарат.

2. Паллиативный уход. Медицинская сестра проводит гигиену тела больного, уход за кожей, полостью рта, кормление, профилактику и обработку пролежней и ран, опорожнение кишечника, катетеризацию мочевого пузыря, следит за чистотой белья и палаты.

3. Психосоциальная поддержка. Главная задача медицинской сестры – сделать остаток жизни пациента комфортным и значимым. Самое ценное – это общение, возможность для умирающего выговориться. Медсестра должна использовать все способы общения, помочь в горевании, не отрицать негативные эмоции. Отдельное внимание уделяется психологической поддержке родственников, обучению их приемам ухода.

«Кто учит людей умирать, тот учит их жить!» – эти слова Мишеля де Монтеня четко отражают деятельность медицинской сестры, осуществляющей паллиативную помощь. Уход за пациентами в терминальной стадии – это благородная миссия, ответственный аккомпанемент последним аккордам жизни человека.

ПАЛЛИАТИВНЫЙ СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Власова Ирина Игоревна, студентка 492 группы,
специальность Сестринское дело

Руководитель: Попонина Ольга Васильевна, преподаватель
Красноуфимский филиал
Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения
«Свердловский областной медицинский колледж»
г. Красноуфимск

Паллиативная медицинская помощь — комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Паллиативный уход – это активная забота о пациенте и его семье, когда болезнь не поддается обычным методам лечения. Паллиативный уход предусматривает создание максимального комфорта, снятие тягостных симптомов болезни, удовлетворение психологических, физических, социальных и духовных потребностей.

Цель паллиативной помощи – достижение насколько возможно наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Комплексный подход к паллиативному сестринскому уходу включает в себя:

1. Психотерапию – индивидуальность подхода и методов воздействия, перманентность, позитивность, преемственность; координирование психотерапевтических действий с действиями медицинского персонала хосписа.

2. Питание – основными задачами питания являются защита организма от карциноинтоксикации, восполнение энергетических и пластических потребностей, стимуляция иммунитета.

- Высококалорийная пища маленькими порциями часто;
- частое питье маленькими глотками;
- при сухости слизистой рта – регулярное смачивание полости рта водой, сосание кусочков фруктов (цитрусовые противопоказаны при наличии язв во рту);
- стимулирование аппетита (любимая еда, высококалорийные богатые белком напитки);
- свободный режим приема пищи;
- при нарушении глотания высококалорийные смеси для зондового питания через назогастральный зонд или гастростому.

3. Симптоматическое лечение – это активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной.

Цель симптоматического лечения – при минимальном благоприятном прогнозе обеспечить максимально удовлетворительные условия жизни.

Программа развития паллиативного лечения включает в себя: помощь на дому, консультативную службу, дневную помощь, стационарную помощь, поддержку после кончины пациента. Основой внебольничной помощи является постоянный профессиональный надзор.

4. Физическая терапия в паллиативной помощи – это медицинская специальность, в которой применяются физические (естественные или природные) методы воздействия на пациента, основанные на движении, мануальном воздействии, массаже, рефлексотерапии и действии тепла, света, высоких частот, ультразвука и воды.

5. Особенности гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами - комфорт больного человека полностью или частично прикованного к постели зависит не только от своевременного приема выписанных лечащим доктором медикаментов. Грамотный гигиенический уход за тяжелобольным среди перечня необходимых мер, гарантия профилактики осложнений.

Гигиенический уход за тяжелобольными пациентами включает комплекс таких мероприятий:

- уход за телом;
- гигиена полости рта;
- гигиена ушей;
- уход за глазами, ногтями, волосами, носовыми ходами

6. Профилактика пролежней

Чтобы не допустить образования ран на коже, больному нужно обеспечить постоянный правильный уход. Многие пациенты не жалуются на дискомфорт, стараясь как можно меньше беспокоить близких или сиделок и в результате усугубляют свое состояние. Задача ухаживающего – постоянно контролировать бытовые условия и здоровье больного. Для профилактики пролежней требуется обеспечить лежащему человеку:

- специальную кровать с регулировкой изголовья, ног и боковин;
- противопролежневый матрас;
- сбалансированное питание с достаточным содержанием белка и необходимых микроэлементов;
- питье в объеме не менее 1,5 л в день;
- регулярную гигиену;
- смену положения тела каждые 2 часа за исключением ночи.

В процессе ухода за кожей нужно постоянно проверять наличие покраснений или опрелостей. Для мытья лучше использовать влажные салфетки или мягкую губку. Не

рекомендуется растирать тело полотенцем. Излишнюю влагу лучше убирать промакивающими движениями. Для кожи очень вреден контакт с мочой или калом, поэтому необходимо обеспечить больного подгузниками для взрослых и непромокаемыми пеленками. Кроме того, для комфортного самочувствия пациенту нужно регулярно принимать воздушные ванны. На нательном и постельном белье не должно быть швов, затяжек и складок. Менять его необходимо по мере загрязнения. Днем больного требуется переворачивать каждые 2 часа. Если он может делать это самостоятельно, лучше установить ему автоматическое напоминание, чтобы не допускать слишком больших перерывов между сменой поз. В качестве опоры можно использовать специальные ортопедические подушки и валики.

Для нормализации кровообращения рекомендуется выполнять лечебный массаж. Делать его должен специалист с медицинским образованием.

Медицинская сестра в системе паллиативной помощи играет важную роль. Именно ей приходится проводить больше всего времени рядом с больным, первой оказывать ему помощь, определять разнообразные потребности больного, быть связующим звеном между ним, врачом или родственниками, самостоятельно определять характер и объем помощи.

Литература

1. Общий уход за больными: учебное пособие / сост.: А. В. Ткачѳв, К.Е. Мазовка, Л.С. Мкртчян, Л.В. Судьина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 139 с.
2. Особенности паллиативной помощи различным возрастным категориям: новорожденным, детям и подросткам: пособие / И. В. Пролесковская. – Минск: ФУАинформ, 2013. – 76 с.
3. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных: 2010/ Козлова Н.В., Андросова Т.В.
4. Рациональное питание как средство профилактики заболеваний: 2013/ Трошина М.Ю., Горелик С. Г., Колпина Л. В.
5. Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВОЛОНТЕРОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ К УХОДУ ЗА ПАЛЛИАТИВНЫМИ БОЛЬНЫМИ «ОСНОВЫ УХОДА»

Федорова Анна Николаевна, преподаватель
Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»
г. Сухой Лог

Цель: формирование у обучающихся общих и профессиональных компетенций, соответствующих видам профессиональной деятельности волонтера-консультанта паллиативной

помощи, с целью улучшения качества жизни неизлечимых больных, предоставления услуг по уходу за лицами, нуждающимися в постороннем уходе и обучения уходу за паллиативными больными родственников.

Человек, столкнувшийся один на один с неизлечимым заболеванием, нуждается в помощи и поддержке не только со стороны близких людей, друзей, но и общества в целом! В рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» был разработан график по обучению волонтеров паллиативной помощи Асбестовско-Сухоложского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж». В программе предусмотрена следующая тематика занятий:

- Танатология, психология умирания.
- Пять основных стадий психологической реакции по Е. Кюблер-Росс.
- Психологическая помощь в различные периоды умирания.
- Факторы высокого суицидального риска в позднем возрасте.
- Оценка суицидального риска в позднем возрасте на основе 5 компонентов.
- Стратегия поведения медицинского персонала в кризисной ситуации.
- Обеспечение комфорта на терминальной стадии болезни.
- Психологическая поддержка родственников.
- Профилактика выгорания волонтера.

14 октября состоялась психолого-педагогическая подготовка к уходу за паллиативными больными. Забота о человеке, оказание помощи в облегчении его физических страданий, поддержка в духовном поиске и психологической поддержке.



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ

Потёмкина Лилия Викторовна,

преподаватель Ессентукского филиала

Ставропольского государственного медицинского университета,

г. Ессентуки

Болезнь – тяжелое испытание, как для пациента, так и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего лечения, жизнь пациента и его близких меняется: то, что было доступным и естественным, становится трудным, иногда невозможным. Паллиативная помощь должна быть направлена не только на пациента, но и на его семью.

У медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, возникает ряд психологических вопросов, ответы на которые составляют существенную часть их профессиональной деятельности. Мы акцентируем внимание на оказании психологической поддержки, когда надежды на выздоровление нет.

Чтобы получить необходимую помощь и поддержку, принять решение о том, как лучше завершить важные дела, пациент должен располагать достоверной информацией о своей болезни. Принять заболевание с витальной угрозой непросто! Грамотное поведение медработников помогает снизить стресс, подготовиться к лечению.

Процесс переживания горя пациентом и его близкими имеет личностный характер и множество индивидуальных особенностей, однако психологи все же выявляют общие типы реагирования на известие о приближающейся или уже совершившейся беде. На каждой стадии эффективны различные формы помощи.

Фаза принятия диагноза Помощь

Психологический шок

«Этого не может быть!» Быть рядом, не оставлять пациента одного, наблюдать за его состоянием.

Выражение чувств

Боль, злость, гнев, ярость (на себя, на судьбу, на медиков), сожаление об упущенных возможностях. Принятие, выслушивание, эмоциональная поддержка. Помочь выразить чувства конструктивным образом (проговорить, выплакаться).

Сделка (торговля)

Желание как-то повлиять на принятие произошедшего. Появляются мысли и фантазии об альтернативном исходе событий: «Я сделаю все, я изменюсь, только бы выздороветь!» Может возникать поиск альтернативного лечения (нетрадиционная медицина, эзотерика, религия).

Помощь в адаптации к лечению (создание максимально комфортных условий, эмоциональная поддержка).

С пониманием объяснить риски альтернативного лечения. Постарайтесь найти вместе с пациентом ту сферу его жизни, на которую он сможет опираться.

Депрессия

Отчаяние, чувство пустоты, астения, суицидальные мысли, отсутствие желаний, изоляция от мира, в том числе от близких.

Поиск новых ресурсов, поддержка, помощь в осознании и принятии происшедшего. Много времени проводить с пациентом, особое внимание уделять его психологическому состоянию.

Принятие, полное смирение

«Прошлого не вернуть, но я благодарен за все хорошее, что было, и за то, чему меня научила болезнь».

Поддержка в переустройстве жизни в сложившейся ситуации (консультации юриста, нотариуса, беседы со священнослужителями и т.д.).

Нельзя дать готовый рецепт, действительный при всех обстоятельствах. Необходимые мероприятия определяются индивидуально в каждом отдельном случае. При этом важнейшим условием эффективности паллиативной помощи является тактичность и профессионализм медицинских работников.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ИГРОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ

ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Исмаилова Азиза Алияровна

Руководитель: Елена Кузьминична Серегина, к.м.н., преподаватель ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Психологическая поддержка неизлечимо и тяжело больного ребенка и членов его семьи актуальна на всех этапах оказания паллиативной помощи: начиная с момента установления смертельного или угрожающего жизни диагноза, на протяжении болезни, в период умирания и после смерти ребенка в период горевания.

Нужно дать ребенку возможность хоть немного забыть о его болезни. Как всем нам известно у детей, которые нуждаются в паллиативной помощи бывают физические проявления болезни, боль рвота, одышка. Пока не уйдут эти симптомы, его мысли всегда будут о болезни. После того как купированы физические симптомы, ребенка нужно чем-то занять, играть с ним, разговаривать, дать возможность контактировать с другими детьми, организовывать мероприятия, которые им интересны, ведь если ребенок будет просто лежать и ничего не делать, у него не будет интереса к жизни, это существование, а не жизнь.

Если ребенок занят, он отвлекается и может вовсе перестать думать о болезни. И даже тогда, когда болезнь начнет прогрессировать, он все равно будет реже возвращаться к ней мысленно, если занят активными делами.

Цель: проанализировать оказание паллиативной помощи детям опираясь на психологическую поддержку и игротерапию

Наша цель, чтобы ребенок прожил свою жизнь, не готовясь к смерти, а не думая о ней, какое бы тяжелое состояние у него не было, а дать ему возможность жить без боли и страданий и приложить к этому все усилия и старания. Ведь они все чувствуют, даже если не могут сказать слово, поднять руку, сделать первый шаг, они чувствуют все, особенно любовь.

Задачи исследования:

1. Изучить учебно-методическую литературу по паллиативной помощи детям
2. Провести мастер классы в детском хосписе для детей и родителей.
3. На основе полученных результатов разработать информационный материал презентацию «Игротерапия в детской паллиативной помощи»

Я думаю, что психологической поддержке и игровой терапии нужно уделять особое внимание в детском паллиативе, потому что порой сталкиваясь с состояниями при которых нужна данная помощь, люди теряются, ощущают страх, чувство незащищенности, несправедливости и в этот момент специалисты данного направления протягивают руку помощи и становятся

причиной, того что человек принимает данное состояние и с этим может жить полной жизнью, как бы трудно это не звучало и дать такую же возможность своему ребенку.

Все мы, начиная с родителей, медицинских работников, волонтеров, а также всех людей, которые контактируют с данными детьми, должны максимально стараться, чтобы детям было комфортно во всех планах этого слова, мы должны не только устранить боль, снизить страдания, оказывать помощь, но также дать им почувствовать, что они еще дети, те самые дети, которые любят играть, получать подарки, радоваться жизни, узнавать мир вокруг. Поэтому играть с ними, приносить им радость, чувство важности их самих, настолько же важно и нужно, как и паллиативный уход за этими детьми.

Литература

1. Библиотека Благотворительного фонда «Детский паллиатив» // <https://www.rcpcf.ru/biblioteka/>
2. Психологическая поддержка и игротерапия в детской паллиативной помощи. — 2-е изд., доп. и испр. — М.: Издательство «Проспект», 2018. — 108 с

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ АСБЕСТОВСКО-СУХОЛОЖСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»

Дерябина Оксана Михайловна, преподаватель
Жигалова Ирина Вячеславовна, заведующий учебной частью
Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»
г. Сухой Лог

Давно мечтали помогать людям, но не знали с чего начать? Хотите дарить поддержку тем, кто нуждается в помощи больше всего, но не уверены, что справитесь? Именно такие вопросы были заданы руководителем волонтерской группы «Паллиативная помощь» студентам филиала при организации деятельности волонтеров паллиативной помощи.

После проведенной разъяснительной работы в учебном корпусе сформировалась группа в составе 20 человек, которые прошли обучение по программе «Основы ухода за паллиативными больными», реализуемой в рамках проекта по подготовке волонтеров-консультантов паллиативной помощи.

Тематика подготовки была направлена на психологическую подготовку волонтеров к уходу за паллиативными больными. Обучение основам ухода за паллиативными больными в стационаре и на дому. Освещены духовные аспекты паллиативного ухода.

В ноябре 2021 года обученные волонтеры торжественно получили сертификаты и начали осуществлять первые адресные выходы к нуждающимся в паллиативной помощи жителям города.

На сегодняшний день благополучателями стали 20 человек. В основном это люди с последствиями нарушения мозгового кровообращения, лица с ограниченными возможностями и пациенты, которые требуют обеспечения адекватного ухода.

Волонтеры не только осуществляли уход - проводили профилактику пролежней и гигиенические процедуры, но и обучали родственников тяжелобольных методам ухода.

Для повышения престижа волонтерской помощи, доведения информации до жителей города и получению заявок на оказание помощи волонтеры распространяют информацию о своей работе посредством листовок, публикацией статей в социальных сетях.

Администрацией филиала проводится работа по возможности участия наших волонтеров в паллиативном отделении стационара ГАУЗ СО «Сухоложская РБ».

Там, где нет волонтеров, паллиативная помощь всегда будет неполноценной. Качество жизни, за которое мы боремся, будет низким. Поэтому представить себе качественную паллиативную помощь без волонтеров невозможно.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ

Шестакова Н.В., преподаватель

Красноуфимский филиал

Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

В современном мире люди всё реже и реже задумываются о своих поступках, словах, стараются оставаться в стороне. Отношение человечества друг к другу, к миру и жизненным ситуациям делают проблемы равнодушия, безразличия в современном мире чрезвычайно актуальными. Зачастую, безучастность скрывает в себе попытку отделиться от жестокой реальности.

Но особенно опасно, когда безразличие проявляется в медицине. Равнодушие – это «злокачественная опухоль», «клетки» которой внедряются и заменяют «клетки» человеколюбия, главного качества медицинского работника. «Кто преуспевает в науках, но отстает от нравственности, более вреден, нежели полезен» [1].

Издавна были найдены мудрецами постулаты гармоничной жизни: любить друг друга; быть умеренным в своих желаниях; стремиться делать добро в первую очередь для других, а только потом для себя; быть самим собой и не забывать о духовном. Причины равнодушия, по мнению студентов медицинского колледжа следующие: непонимание ситуации; собственное завидное

положение в настоящем или в недавнем прошлом; страх; слишком большая нагрузка на психику, стремительный ритм жизни; невоспитанность, отсутствие культуры.

Всегда важно помнить о том, что иногда от нашего поведения может зависеть жизнь другого человека, и не важно, кто вы — доктор, водитель или просто человек, проходящий мимо. Когда люди помогают другим, это обязательно вернётся добром. И когда мы это поймём, жизнь станет гораздо лучше: бескорыстной, честной, доброй, открытой, лёгкой, в которой не будет места для равнодушия!

Разговаривайте с тем, кого ещё можно спасти! Будьте внимательны друг к другу и сердечны. Помогайте ближнему, если он в беде или просит о помощи. Равнодушие приводит к разрушению личности, мешает гармоничному существованию человека. По своей природе профессия медицинского работника не подразумевает равнодушия в его деятельности. Возвращение лицом к таким простым истинам как добро, милосердие, единство — залог здоровых мыслей и действий. Освобождение лишней материальной жадности, открытие своего внутреннего мира другим — вот шаг к здоровому мировосприятию.

В заключении необходимо отметить, в современном обществе равнодушие выступает критерием нравственного выбора человека и определяет его поведение. Результаты нашего исследования показывают, что наблюдается несовершенство законодательства по данному вопросу. Большую часть людей, проявивших бездушие, призвать к наказанию невозможно.

Список использованных источников:

1. Вагнер, Е. А. Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер. — Пермь, 1991. — С. 28-43.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ. 04 СПЕЦИАЛЬНОСТИ

34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО НА ТЕМУ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ» В ШАХТИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ ИМ. Г.В. КУЗНЕЦОВОЙ

Волкова Л.А., канд. психол наук, Романова И. С., Чеснакова О. Л, преподаватели
ГБПОУ РО «Шахтинский медицинский колледж им. Г. В. Кузнецовой»

В соответствии с ФГОС СПО, в рамках рабочей программы ПМ.04 специальности 34.02.01. Сестринское дело в нашем колледже проводятся практические занятия на тему «Паллиативная помощь». Актуальность темы обусловлена практико-ориентированной направленностью. На занятиях, которые проходят на базе Домов сестринского ухода, у студентов формируются и закрепляются теоретические знания и практические навыки организации паллиативной помощи в РФ пациентам с тяжелыми последствиями травм, с необратимыми изменениями при нарушении мозгового кровообращения, с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития, с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболеваний. Они знакомятся с подходами, позволяющими улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путём предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким; изучают нормативную документацию РФ.

По данным ВОЗ дефицит массы тела более 30% может рассматриваться как причина летального исхода. В связи с этим на практических занятиях по лечебному питанию мы рассматриваем особенности клинического питания в паллиативной практике медицинской сестры. Опыт работы доказывает, что правильно подобранный режим нутритивной поддержки способен увеличить продолжительность жизни пациента.

Также практические навыки студенты закрепляются во время прохождения учебной и производственной практик в условиях Домов сестринского ухода на территории города Шахты.

Такие занятия способствуют формированию профессиональных и общих компетенций по вопросам паллиативной помощи, что является очень важным звеном в обучении специалистов сестринского дела и воспитывают чувство гуманности, субординации, взаимопомощи, уважения, способствуют повышению интереса обучающихся к изучению данной темы, качества успеваемости, развитию и закреплению навыков самообразования, стремлению к самостоятельному поиску решения сложных вопросов, расширяет кругозор, помогает им более глубоко осознать важность данной темы.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Исаева Т.Н. – преподаватель сестринского дела; Агибалова О.А., Арефьева Е.В. – обучающиеся 1 курса специальности Сестринское дело.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России Колледж г. Ростова-на-Дону

ВОЗ определяет паллиативную помощь как «подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке, лечению боли и других проблем – физических, психосоциальных и духовных». Цель паллиативного лечения – «помочь больным максимально сохранить и поддержать свой физический, эмоциональный, духовный, профессиональный и социальный потенциал независимо от ограничений, обусловленных прогрессированием болезни» (ВОЗ). Паллиативная помощь поддерживает жизнь и формирует отношение к смерти как к естественному процессу, она не имеет намерений ни отсрочить, ни приблизить приход смерти, ее задача обеспечить лучшее качество жизни пациента. Ежегодно в паллиативной помощи нуждаются 40 млн. человек, 78% из которых проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Паллиативную помощь получают лишь около 14% из них. После выхода Президентского указа от 07 мая 2012 г. № 598 «Совершенствование государственной политики в сфере здравоохранения», улучшение качества оказания паллиативной помощи стало основной задачей государственного масштаба. Сестринский уход за инкурабельными больными основан на лечебных процедурах и манипуляциях, облегчающий состояние пациента. Медсестра обеспечивает динамическое наблюдение за состоянием пациентов, проводит эффективное обезболивание, осуществляет уход за пациентами, оказывает психологическую поддержку. Проведенное исследование на базе МБУЗ «Городской больницы №6 г. Ростова-на-Дону» показало, что в структуре паллиативных пациентов преобладали женщины старше 70 лет (около 70%) со злокачественными образованиями (51%), болезнями системы кровообращения (34%), с поражением ЦНС (18%). По мнению медицинских сестер, основные проблемы пациентов в финальный период жизни: боль, спутанность сознания, депрессия, анорексия, кахексия, затруднение дыхания, запор, нарушение сна, тревожное состояние у пациента и его близких. Приоритетные – отсутствие самоухода, одиночество; основная потенциальная проблема – риск возникновения пролежней. Причиной развития пролежней 54% респондентов считают неподвижность пациентов, 30% – несоблюдение правил гигиены, 16% – нарушение питания, избыточный вес. 82% опрошенных родственников инкурабельных больных указали на дефицит знаний по уходу и желание получить профессиональную информацию по профилактике пролежней. Данную проблему можно решить путём усиления просветительной работы медперсонала. Практическая значимость нашего исследования – разработка памятки для родственников тяжелобольных по профилактике пролежней.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Шевченко Гульнур Кынырбекова

Цель: изучить особенности АллД среди населения, выявить основные причины возникновения.

Задачи:

1. Выявить распространенность аллергического контактного дерматита среди населения Казахстана.
2. Выявить основные причины, аллергены развития аллергического контактного дерматита у населения.
3. Оценить информативность населения о механизме развития АллД. Провести анкетирования и опрос среди населения.
4. Разработать элементарные принципы профилактики АллД.

Аллергический контактный дерматит (АКД) – одно из самых распространенных заболеваний, которое наблюдается у 22,5% населения Казахстана. АКД является заболеванием, которое значительно снижает качество жизни пациентов: отрицательно влияет на их учебу, на социальную адаптацию и профессиональную деятельность.

В основе возникновения АКД лежит аллергический процесс, который активируется во время проникновения аллергена в организм. Так что такое вообще аллергия и аллерген?

Под аллергией понимают иммунную реакцию организма, сопровождающуюся повреждением собственных тканей. А аллергеном называют вещество, способное повышать чувствительность организма и вызвать аллергию. Выявить аллергическую природу далеко не просто, так как в возникновении даже хорошо изученных аллергических заболеваний играют роль патогенетические механизмы и неаллергическая природа.

Аллергический дерматит у взрослых и детей требует внимательного отношения и грамотного лечения. Обычно люди не обращают внимания на легкие проявления дерматита. Однако это не просто небольшой косметический дефект, а патологический процесс, затрагивающий многие системы организма (в т.ч. и иммунную). Вот почему так важно знать об аллергическом дерматите самое главное.

Уже давно не новость, что аллергические заболевания у населения встали на один уровень с заболеваниями сердца и ЖКТ. По данным ВОЗ, различными видами аллергии на настоящий момент страдает каждый пятый человек на планете. Немалую роль в появлении аллергий играет экологический фактор. Среди населения этот показатель еще выше.

Республика Казахстан не является исключением в данном вопросе. По мнению Жанат Испаевой, главного внештатного аллерголога Казахстана, количество аллергических заболеваний среди жителей республики увеличивается с каждым годом.

Разумеется, это в большей степени касается крупных городов, в частности, Алматы. Сам город располагается в долине, поэтому слабо подвержен действию ветров. На фоне обилия автотранспорта и предприятий в городе и отсутствия природного «проветривания», прогноз по статистике роста числа аллергических заболеваний весьма удручающий. Ежегодно она составляет 10-20%.

Контактный дерматит, как, собственно, и аллергия, представляет собой повышенную реакцию со стороны организма в адрес воздействующих на него аллергенов в той или иной их форме. Чаще всего к таким аллергенам относятся следующие виды веществ:

- латекс (детские соски, перчатки, презервативы и пр.);
- никель (серьги, цепочки, кольца, украшения и пр.);
- определенные лекарственные препараты (антибиотики, кортикостероидные крема и пр.);
- косметические средства, используемые в уходе за кожей (шампуни, мыло, крема, гели и пр.); одежда (в частности определенные материалы в ее основе: синтетика, резина, латекс и пр.);
- иные типы веществ (чернила, краски и т.д.).

В целом же развиться данное заболевание может воздействию на организм абсолютно любых веществ, при этом определяющий фактор в данном вопросе основывается не на химическом составе этих веществ, а на том, какова чувствительность к ним организма в каждом конкретном случае.

Аллергический дерматит – типичное проявление аллергической реакции замедленного и немедленного типа. Процесс сенсибилизации начинается с попадания на поверхность кожи аллергена (гаптенов). Пройдя роговой и блестящий слои, гаптены достигают клеток шиповатого слоя, где соединяются с белками тканей. Здесь он обретает иммуногенный конъюгат, т.е. гаптен превращается в полный антиген (аллерген). Иммуногенный конъюгат захватывается и обрабатывается эпидермальными клетками Лангерганса (дермальные макрофаги). Они абсорбируют антиген на своей поверхности и доставляют его по лимфатической системе в лимфатический узел. В дальнейшем иммуногенный конъюгат передается свободным специфическим Т-лимфоцитам, которые уже как сенсибилизированные лимфоциты с соответствующими рецепторами создают генерализованную сенсибилизацию. После повторного контакта сенсибилизированного организма с аллергеном развивается аллергическая реакция организма, в результате которой происходит раздражение клеток, в основном тучных и базальных

и выделяются гистаминоподобные вещества (гистамин, гепарин, серотонин, брадикинин), вызывающие расширение сосудов.

Особенности клинической картины.

1. полиморфизм высыпаний (менее характерен, чем для экземы) – отмечаются как первичные, так и вторичные морфологические элементы;
2. аллерген действует контактно, следовательно, через некоторое время появляются;
3. яркая эритема, как признак воспаления;
4. отек;
5. папулезные высыпания, пузырьки;
6. при вскрытии пузырьков – участки мокнущья. Мокнущье бывает кратковременным и резко выраженным. В дальнейшем образуются серозные корочки;
7. распространение высыпаний за границы действия раздражителей;
8. склонность к диссеминации на другие участки кожного покрова;
9. субъективно больного беспокоят чувство жжения, зуд.

Контактно-аллергический дерматит – наиболее легкая форма эритематозной реакции. После устранения аллергена наступает выздоровление. Процесс разрешается образованием легкой пигментации, которая затем проходит.

Основные принципы системного подхода в лечении аллергического дерматита заключаются в применении комплекса мер по десенсибилизации организма и снятию воспаления.

Общая терапия заболевания включает:

- Гипоаллергенная диета, предотвращение контакта с возможными раздражителями и аллергенами.
- Антигистаминные и десенсибилизирующие препараты – клемастин, лоратадин, эбастин, калия хлорид (внутривенно капельно), натрия тиосульфат (внутривенно), хлоропирамин, зиртек, зодак, тавегил, телфаст, супрастин, фенистил, семпрекс.
- При запущенных формах аллергического дерматита – системные кортикостероиды (преднизолон).
- Седативные препараты подбираются в зависимости от выраженности психоневрологических симптомов (феназепам, персен, настойка пустырника, Melissa, глицин).
- Витамины А, Е, аскорутин, рибофлавин.
- Энтеросорбенты (лактофильтрум, полисорб, энтеросгель).
- При возникновении очагов вторичной бактериальной инфекции назначаются антибиотики (макролиды, цефалоспорины).

– Проявления аллергического дерматита у детей подвергаются терапии антигистаминными препаратами последнего поколения (зиртек, зодак), растительными седативными средствами, энтеросорбентами, пробиотиками и витаминами.

Местное лечение у взрослых и детей может включать:

– При тяжелых формах дерматита – кремы и мази с кортикостероидами (локоид, синафлан, адвантан, элоком, драполен).

– Негормональные препараты, блокирующие медиаторы аллергической реакции (элидел).

– В случае грибкового инфицирования воспаленных участков – местные антимикотики (оксикорт, тридерм, фуцикорт).

– Для снятия зуда и раздражения – примочки с жидкостью Бурова, настоями шалфея и череды, лосьоны с камфорой или ментолом, фенистил, гистан. Для подсушивания мокнущих участков – смазывание жидкостью Кастеллани, метиленовым синим, мазями с содержанием цинка.

– После снятия обострения для восстановления кожных покровов – бепантен, атопра.

– При поражении кожи бактериальной или грибковой инфекцией – мази клотримазол, тетрациклиновая.

Наше уверенное вхождение в число 30 самых развитых стран мира в течение ближайших 10-15 лет будет сопровождаться неизбежным ростом аллергии вообще и хронических аллергических заболеваний, в частности. Основную тревогу вызывает факт, что аллергические заболевания поражают людей самого трудоспособного возраста, детей, а также отражаются на генофонде. Всё это, приведет к выходу аллергии на первый план как для благосостоянию нации, так и огромным финансовым затратам населения.

На данный момент официальная статистика по РК такова (Таблица)

Таблица – Основные статистические данные по заболеванию и развитию аллергического дерматита в 2012-13 гг.*

Показатель \ годы	На 100 тыс. населения	
	2012	2013
Болезненность (общая)	29 410,5	29 575,3
болезненность (>18 лет)	15 400,4	15 501,3
болезненность (15-17 лет)	46 677,4	50 400,5
болезненность (0-14 лет)	65 460,2	64 576,5
Заболеваемость (общая)	22 936,3	22 561,6
заболеваемость (>18 лет)	10 024,2	9 730,6
заболеваемость (15-17 лет)	36 525,7	37 697,6
заболеваемость (0-14 лет)	56 575,0	55 095,8

По этим данным можно судить, о плохой осведомлённости населения об аллергенах вызывающих АКД, по этой причине нужно вести профилактические беседы среди населения. Предлагаю следующие простые меры профилактики возникновения АКД:

- Исключение контактов с возможными раздражителями (украшениями, столовыми приборами, моющими средствами и прочей бытовой химией, пылью растений, шерстью животных, кормом для животных и т.д.)
- Использование только гипоаллергенной косметики.
- Ношение одежды, соприкасающейся с телом, из натуральных тканей.
- Диета с исключением провоцирующих явления дерматита продуктов, а также ограничением острой, жирной, пересоленной, консервированной, сладкой пищи.
- Гигиена тела, снижение потливости.
- Повышение собственных защитных свойств иммунной системы.
- Здоровый образ жизни.

СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ПАЛЛИАТИВНОМ СОСТОЯНИИ НА ДОМУ ВОЛОНТЕРАМИ НОВОУРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»

Стародубова Евгения Викторовна, Шалавина Ольга Николаевна
Новоуральского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Новоуральск

Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, имеющий своей целью улучшение качества жизни паллиативных пациентов и членов их семей. Приоритетным направлением данной помощи является достижение эмоционального равновесия и физического комфорта пациента.

На территории Свердловской области для сопровождения людей в паллиативном состоянии на дому реализуется проект «Волонтеры паллиативной помощи» при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области, Екатеринбургской и Верхотурской Митрополии, Свердловского областного медицинского колледжа, Лиги волонтерских отрядов Свердловской области.

С целью реализации проекта в Новоуральском филиале ГБПОУ «СОМК» был создан штаб в составе 23 волонтеров. На собраниях штаба обозначены основные задачи волонтерской работы: определить паллиативных пациентов, определить проблемы этих пациентов, составить и реализовать план ухода.

За период с сентября по ноябрь 2021 года волонтерами паллиативной помощи на территории Новоуральского ГО было совершено 105 выходов (352 часа) к 22 паллиативным

пациентам со следующими заболеваниями и состояниями: различные формы злокачественных новообразований (11 чел.), хронические прогрессирующие заболевания (5 чел.), тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения (3 чел.), тяжелые необратимые последствия травм (2 чел.), деменция (1 чел.).

При сопровождении этих пациентов волонтерами проводился уход за холицистостомой, нефростомой, обработка пролежней, массаж для профилактики контрактуры, перевязки при диабетической стопе. Неотъемлемой частью ухода являлась личная гигиена, прогулки, беседы, обучение родственников, при их наличии, уходу за пациентом.

По отзывам пациентов и их родственников, благодаря паллиативной помощи волонтеров Новоуральского филиала ГБПОУ «СОМК», качество их жизни поддерживается на достойном уровне.

Литература

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст] / С. И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Захаров Дмитрий Андреевич, Кузина Дарья Андреевна
Научный руководитель: Магомедова Патимат Патыховна
ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж №1»
г. Москва

«Твоя жизнь имеет значение, потому что ты – это ты. И твоя жизнь будет иметь значение до последнего момента. Мы сделаем все возможное не только для того, чтобы ты упокоился в мире, но и, чтобы жил, а не существовал, до смерти»

Дэйм С. Сандерс, основатель современного хосписного движения

Паллиативная помощь – всеобъемлющая помощь неизлечимо больным гражданам, страдающим заболеваниями, которые не поддаются лечению, и включает в себя медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера, уход, а также предоставление таким пациентам социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки).

Задачи паллиативной помощи:

1. обезболивание и купирование болезненных ощущений;
2. психологическая поддержка больного и близких;

3. выработка здорового отношения к смерти;
4. удовлетворение духовных потребностей;
5. решение задач медицинской биоэтики.

В оказании паллиативной помощи в городе Москве участвуют медицинские организации государственной системы здравоохранения, частные медицинские организации (на основании субсидии (гранта) из бюджета города Москвы на оказание паллиативной медицинской помощи), организации социального обслуживания, общественные организации, иные некоммерческие организации, осуществляющие свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, которые взаимодействуют между собой для:

- организации представления пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь (далее - пациент), социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки;
- организации оказания паллиативной медицинской помощи нуждающимся в ней гражданам, получающим социальные услуги в форме социального обслуживания на дому или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

Оказание паллиативной медицинской помощи в городе Москве организовано в соответствии с критериями маршрутизации, учитывающих функциональные особенности, оснащенность, транспортную доступность медицинских организаций:

1. в амбулаторных условиях:
 - взрослым – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»;
 - детям – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, и БМЧУ «Детский хоспис»;
2. в стационарных условиях:
 - взрослым – отделениями паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», хосписами для взрослых ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», отделениями паллиативной медицинской помощи взрослым многопрофильных /специализированных больниц, госпиталей, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, отделениями сестринского ухода для взрослых многопрофильных /специализированных больниц, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, и отделением паллиативной медицинской помощи взрослым АНО ЦКБ Святителя Алексия;

– детям – отделениями паллиативной медицинской помощи детям ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», хосписом для детей ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» и БМЧУ «Детский хоспис».

Кроме того, организовано оказание паллиативной медицинской помощи больным, нуждающимся в длительной респираторной поддержке:

– взрослым – в амбулаторных и стационарных условиях - в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»;

– детям – в амбулаторных условиях – в БМЧУ «Детский хоспис», в стационарных условиях – в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», в БМЧУ «Детский хоспис».

Пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в установленном порядке по медицинским показаниям назначаются обезболивающие лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные, включенные в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Обеспечение пациентов, нуждающихся в указанных медицинских изделиях, организовано «Ресурсным центром для инвалидов» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы либо ресурсными центрами уполномоченных медицинских организаций в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы, ДТСЗН г. Москвы от 11.03.2021 № 203/192 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека».

При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях предусматривается возможность круглосуточного посещения и пребывания с пациентом его родственников и близких.

Для оптимизации процесса маршрутизации как для пациентов и их родственников, так и для медицинских организаций, организован Координационный центр паллиативной медицинской помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – Координационный центр), работающий в режиме 24/7.

Функции Координационного центра:

- консультационная поддержка пациентов и их родственников по вопросам оказания паллиативной помощи в Москве;
- ведение единого городского реестра пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи в Москве;
- прием и исполнение заявок на транспортировку пациентов на санитарном транспорте;
- взаимодействие с медицинскими, социальными организациями по вопросам оказания паллиативной помощи пациентам;
- работа с обращениями граждан.

В ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» на постоянной основе проводятся обучающие мероприятия медицинских работников по актуальным вопросам оказания паллиативной помощи; в целях информирования пациентов и их родственников формируются методические пособия по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, мерах социальной поддержки для пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Практическая часть

Опыт оказания паллиативной помощи.

Наша родственница, пациентка 62 лет, на протяжении 10 лет страдала раком правой молочной железы. Проводились курсы химиотерапии, но в последующем была выполнена мастэктомия, на фоне которой достигнута ремиссия.

Но через три года рак рецидивировал и прогрессировал: развился метастатический рак правого легкого IV ст. с множественными метастазами в легкие, органы брюшной полости и головной мозг. Для нас это означало лишь одно – настало время готовиться к худшему.

До конца о своем диагнозе пациентка не знала. Мы подбадривали и давали надежду на лучшее до ее последнего дня.

Мероприятия по уходу:

Главной нашей задачей было соблюдение назначений врача.

1. В связи с тяжестью состояния пациентка отказывалась от приема пищи, воды. Иногда мы могли уговорить ее съесть несколько ложек детского питания или «Нутридринк» по совету врача-онколога. Остальное питание она получала парентерально: внутривенно капельно утром и вечером водились растворы глюкозы 5% - 200 мл. и Реамберина 1,5%- 200 мл. В этой ситуации важным элементом являлся уход за периферическим венозным катетером.

2. Врачом-онкологом назначалась гормональная терапия - Дексаметазон по 2 мл (4 мг/мл) утром и вечером внутримышечно.

3. Самым важным в терапии было обезболивание трамадолом (в таблетированной форме) и фентаниловыми пластырями.

Трамадол сохраняет свое действие на протяжении 8 часов. За сутки онкологическому пациенту можно принять не больше 8 таблеток (400 мг). Наша пациентка получала трамадол по мере появления симптомов, не превышая максимальную суточную дозу.

Фентаниловый пластырь применялся в соответствии с инструкцией. В последнюю неделю жизни дозировка была увеличена врачом.

4. Повышение температуры тела – одно из проявлений опухолевой интоксикации. Температура тела поднималась до 38°C и выше, что свидетельствовало о сильной интоксикации, обусловленной распадом опухоли и присоединением воспалительного процесса. Для снижения температуры свыше 38,5°C использовался Ибуклин.

5. Бессонница истощает силы пациента, ухудшает качество жизни, поэтому по рекомендации лечащего врача постоянно проветривалась комната перед сном, пациентке назначался Валидол, а при отсутствии эффекта – Феназепам.

Проведение общего сестринского ухода:

1. Профилактика развития пролежней

Риск развития пролежней по шкале Ватерлоу у пациентки составлял 17 баллов (высокая степень риска), поэтому необходимо было выполнять мероприятия по профилактике пролежней в полном объеме:

- смену положения тела каждые два часа: на правом боку (в связи с поражением правого легкого для облегчения дыхания) с использованием подушек, свернутого в валик одеяла и пледа; положение на спине, положение полусидя;

- поддержание гигиены тела: использовались влажные салфетки «Seni», пенка очищающая для сухого мытья «Seni Care», крем противопролежневый с аргинином «Seni Care»;

- обязательный утренний и вечерний туалет: умывание, чистка зубов, расчесывание;

- смена постельного (два раза в неделю) и нательного белья (один раз в три дня).

2. Уход при рвоте: обеспечение емкостью для рвотных масс, после прекращения рвоты

– полоскание полости рта.

Был важен осмотр рвотных масс для своевременной диагностики кровотечения.

3. Кормление, помощь в физиологических отправлениях (смена памперсов), гигиеническое обтирание тела и промежности, расчесывание, утренний и вечерний туалет – в результате дефицита самоухода.

4. Психологическая поддержка

Данный вид помощи был для нас самым тяжелым. Взаимодействие с онкологической больной требовало профессиональных психологических и коммуникативных навыков.

В данной ситуации наше взаимодействие с больной включало в себя понимание переживаний и психического состояния, проявление эмпатии и адекватное информирование о болезни.

Из-за дефицита знаний необходимо было перечитать немало литературы, связанной с спецификой психических состояний онкологических больных и закономерностями их протекания.

На ранних стадиях заболевания с пациенткой работал психолог, поэтому это несколько облегчило нашу задачу.

5. Обязательной частью взаимодействия с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, является организация досуга. Мы каждую неделю обновляли ей запас любимых книг. Когда ей не хватало сил на самостоятельное чтение - читали вслух. Просмотр фильмов, беседы на отвлеченные темы (рассказы о том, как прошел день, какая погода на улице и т.д. и т.п.).

Заключение:

1. Значение паллиативной помощи трудно переоценить. Пациентам с терминальными стадиями заболеваний, которые необратимо ведут к летальному исходу, необходима всесторонняя поддержка со стороны медицинского персонала и особенно родственников.

2. Паллиативная помощь не сможет отсрочить или приблизить наступление смерти. Здесь смерть рассматривается, как естественный процесс.

3. Оказание паллиативной помощи необходимо, чтобы облегчить страдания больных (в том числе и психологические) и отвлечь их от мысли о смерти. Она призвана обеспечить лучшее, насколько это возможно, качество жизни человека.

Основные нормативные правовые актов, регулирующие оказание паллиативной медицинской помощи в городе Москве

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказ МЗ РФ № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»

3. Приказ МЗ РФ от 31.05.2019 № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому»

4. Приказ МЗ РФ от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи»

5. Постановление Правительства Москвы от 15 августа 2016 года № 503-ПП (ред. от 15.09.2020) «Об обеспечении отдельных категорий граждан техническими средствами

реабилитации медицинского назначения, медицинскими изделиями за счет средств бюджета города Москвы»

6. Приказ ДТСЗН г. Москвы и ДЗМ от 05.10.2017 № 716/1071 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению города Москвы»

7. Приказ ДЗМ от 05.02.2018 № 72 «Об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами» (вместе с «Положением об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами»)

8. Приказ ДЗМ, ДТСЗН г. Москвы от 11.03.2021 № 203/192 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека»

9. Приказ ДЗМ от 31.05.2021 № 474 «Об утверждении Регламента перевозки детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и молодых взрослых, нуждаемость которых в паллиативной медицинской помощи возникла в детском возрасте»

ОБЩЕНИЕ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Непомнящих Ирина Сергеевна

Руководитель Рогачева Ольга Петровна

ГБПОУ «СОМК» НФ ИЦМО

В оказании паллиативной помощи огромную роль играет медицинская сестра. Именно она, проводит больше всех времени с пациентом, выясняя его потребности. Медицинская сестра должна быть особенно подготовлена для того, чтобы иметь возможность разговаривать с пациентом на этапе оказания ему паллиативной помощи. Пациент на последней стадии заболевания, перед окончанием жизни, испытывает комплекс сильных переживаний связанных с осознанием утраты жизни или приближение скорого конца жизни. Это может вызвать у пациентов сильную депрессию. Поэтому профессиональная и человеческая обязанность медицинской сестры облегчить как физические, так и душевные переживания пациентов. В это время очень важно слово, теплое, искреннее сострадание.

Медицинской сестре необходимо точно знать философию паллиативной медицины и хосписной помощи, идеологию и принципы организации, которые включают в себя командный подход, долговременность, доступность, достаточность, бесплатность.

Роль общения в основных функциях медицинской сестры велика. Начинается общения с выполнения первого этапа сестринского процесса, сбора информации. Сбор информации о пациенте в хосписах имеет свои особенности, так как приходится учитывать психологические особенности каждого пациента. Пациент обращает внимание на тон, тембр голоса, громкость, на невербальные знаки. Медицинской сестре особенно внимательно нужно следить за самой манерой разговора и конечно о смысле сказанного. Медицинская сестра должна обратить внимание во время беседы, на те проблемы пациента, которые ухудшают его настроение.

Так как процесс осознания утраты жизни имеет определенные стадии, то от медицинской сестры требуется знание всех этапов для того, чтобы предугадать чувства больного, которые он испытывает в каждой из этих периодов и подобрать нужные слова, перед тем, как она начнет с ним беседу.

Общение паллиативной помощи – наиболее ответственный момент, требующий от персонала особого настроения, чувства такта, деликатности и определенного мужества. Цель общения – достичь наибольшего взаимопонимания с пациентом, поэтому общение должно быть искренним, открытым и дружеским. Необходимо знать, что пациент нуждается в разных видах общения в зависимости от возникающих у него потребностей. Выделяют следующие виды потребностей больных в процессе общения с медперсоналом: потребность в информации, потребность в обсуждении диагноза, лечения и прогноза, потребность в утешении и совете, обычная потребность

в общении между людьми, потребность в выражении и проговаривании своих чувств, потребность в подтверждении своей значимости и потребность в эмоциональной поддержке.

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Семенова Ксения Павловна

Руководитель: Елена Кузьминична Серегина

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Жизнь – самое дорогое, что есть у человека. Люди дорожат ею и не готовы раньше времени потерять её. Наверное, каждый человек хоть раз в своей жизни задавался вопросом: «Каковы составляющие жизни?». И безусловно, можно сказать, что без здоровья у человека не будет полноценной жизни. «Здоровье — дороже золота» писал Уильям Шекспир. Важнейшей целью каждого человека является сохранение здоровья в любом возрасте, всеми возможными и, наверное, невозможными способами.

К сожалению, в нашем мире есть огромное количество людей, страдающих от различных недугов. Но самым страшным из них, пожалуй, является онкология. Проблема онкологии является актуальной уже много лет. Особенно возросла значимость данной патологии в последние десятилетия, в связи с развитием науки и внедрением различных технологий, которые негативно влияют на здоровье человека.

По данным Всемирной организации здравоохранения количество людей, страдающих от онкологии, ежегодно увеличивается. Так, если в 2018 году было зафиксировано 18 млн. новых случаев рака, то к 2021 году эта цифра составила около 20 млн. человек. За последние 10 лет заболеваемость раком в мире выросла на 33%. Эксперты прогнозируют, что к 2040 году эта цифра увеличится до 30 млн. При этом, растёт количество детей, заболевших онкологией также стремительно растёт, ежегодно рак диагностируется у 400 000 детей.

Проблема: недостаточный уровень оказания паллиативной помощи, неосведомлённость родственников больных о правилах ухода за тяжелобольным человеком и, как следствие – снижение качества жизни и высокий уровень смертности.

Цель – проанализировать оказание паллиативной помощи лицам, страдающим онкологическими заболеваниями в Свердловской области.

Задачи:

1. Изучить данные литературных источников.
2. Проанализировать паллиативную помощь онкологическим больным.
3. Провести опрос пациентов и их семей.

4. Разработать методические рекомендации по уходу за онкологическими тяжелообольными.

Для того, чтобы повысить уровень информированности о правилах ухода за тяжелообольными пациентами, было создано методическое пособие «Раздели этот путь». Данное пособие включает в себя:

- Понятие «паллиативная помощь» и что оно в себя включает.
- Особенности ухода за тяжелообольным пациентом в домашних условиях.
- Этапы ухода за пациентом.
- Умывание.
- Уход за глазами, ушами, носом, ртом, волосами.
- Мытье пациента.
- Кормление пациента.
- Профилактика травматизма.
- Смена белья.
- Профилактика и обработка пролежней.
- Новейшие средства ухода за пациентом при пролежнях.

Литература

1. Вельшер, Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Текст] : учеб. пособие / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с.
2. Клеминсон, Б. Введение в паллиативную помощь [Текст] / пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В. Невзоровой. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016. — 276 с.
3. Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи [Электронный ресурс]: приказ М-ва здравоохранения РФ от 20.06.2013 № 388н.-Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
4. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях [Текст]: учеб. для мед. колледжей и училищ / И. П. Левчук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 288 с.
5. Онкология [Текст]: учеб. / под общей ред. С. Б. Петерсона. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 288 с.
6. Онкология [Текст]: учеб. для студентов учреждений сред. мед. проф. образования / Т.Н. Попова, В.Н. Николенко, Л.Ф. Жандарова; под ред. П.В. Глыбочко. – М.: ОИЦ «Академия», 2014. – 256 с.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «ВОЛОНТЁРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

В Г. НИЖНИЙ ТАГИЛ

Хуснутдинова Ирина Викторовна,

Нижнетагильский филиал

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Нижний Тагил

g.irina09@mail.ru

В начале XXI века наблюдается глобальное постарение населения и рост онкологической заболеваемости, это приводит к появлению большой группы инкурабельных больных, испытывающих сильнейшие страдания и нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной помощи. Сегодня в мире ежегодно заболевают раком 10 млн. человек (данные 2000 г.). Предполагается, что в 2020 году число заболевших увеличится до 15 млн., а в 2050 году - до 24 млн.

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Этот подход направлен на предотвращение и облегчение страданий благодаря раннему выявлению, правильной оценке и лечению боли и других проблем. Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их жизни. Этот подход способствует сохранению достоинства, качества жизни и адаптации к прогрессирующим заболеваниям путем использования наиболее достоверных фактических данных.

Цель:

Подготовить отряд волонтеров-медиков для оказания психологической поддержки больного и ухаживающих родственников, консультирование родственников и пациента по вопросам ухода за паллиативными больными

Задачи:

- Сформировать группу студентов для обучения
- Провести заседание волонтеров
- Определить график обучения
- Обучить группу сертифицированных студентов
- Организовать выходы волонтеров для информирования населения о проекте на территории г. Нижний Тагил

– Организовать выходы волонтеров в ЛПУ и на дом для оказания паллиативной помощи

Реализация проекта «Волонтеры паллиативной помощи» в г. Нижний Тагил с использованием Президентского гранта, направленного на развитие гражданского общества.

В Нижнетагильском филиале Свердловского областного медицинского колледжа обучено 20 волонтеров по программе включающей 3 направления:

Обучение проходило в смешанном формате (очно и с применением дистанционных форм).

Подготовлена группа волонтеров в количестве 20 человек.

Первый этап в реализации данного проекта – информирование граждан о проекте. Осуществлялось информирование путем размещение материалов на стендах в ЛПУ и КЦСОН, личное информирование граждан о проекте, а так же размещение материалов в социальных сетях в группах: Instagram, Facebook, ВК – более 100 публикаций.

Проблемы при реализации проекта:

- Ограничение посещения паллиативных пациентов в связи с пандемией
- Отсутствие информированности среди лиц, формулирующих политику, работников здравоохранения и общественности о том, что из себя представляет паллиативная медицинская помощь и какую пользу она может принести пациентам и системам здравоохранения;
- Культурные и социальные барьеры, например представления о смерти и процессе умирания;
- Заблуждения относительно паллиативной медицинской помощи, например мнение о том, что она предназначена только для онкологических больных или, что она полагается в последние недели жизни

Направления деятельности для дальнейшей реализации проекта:

- Выстраивание долгосрочного взаимодействия со специалистами практического здравоохранения и специалистами комплексных центров социального обслуживания населения;
- Работа в составе многопрофильной бригады специалистов требует от среднего медицинского персонала, особенно лиц, работающих с пациентами, которые страдают тяжелыми заболеваниями, наличия навыков паллиативной помощи.
- Информирование пациентов и родственников, общественности о паллиативной помощи и какую пользу она может принести;
- Работа со специалистами комплексных центров социального обслуживания населения по вопросам ухода за паллиативными больными.
- Работа в ЛПУ с паллиативными пациентами.

Литература

1. С. Вогулкин От культуры к духовности. О нравственном воспитании в медицинском колледже // г. Екатеринбург, 2021
2. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации N 345н Министерство труда и социальной защиты российской федерации N 372н Приказ от 31 мая 2019 года «Об утверждении положения об организации оказания паллиативной помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.
4. ГОСТ 56819-2015 – Национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая медицинская практика инфологическая модель. Профилактика пролежней

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВУЮЩЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» (ГБПОУ «СОМК»)
ЛАУРЕАТ ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Репина ул., 2-а, г. Екатеринбург, 620014 Телефон (343) 376-35-57 Факс (343) 383-46-59 E-mail: somk@somkural.ru;
www.somkural.ru ОКПО 05175253. ОГРН 1026602332349. ИНН 6658041737 КПП 665801001



АСМР АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ



ПРОГРАММА

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ - ДИАЛОГ

«ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВА»,
посвящённой

155 - летию общероссийской общественной организации «Российский
Красный Крест»,
145 – летию регионального отделения общероссийской общественной
организации «Российский Красный Крест»

Серов, 2022

ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В

Г. НИЖНИЙ ТАГИЛ

Хуснутдинова Ирина Викторовна, преподаватель

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Нижний Тагил

g.irina09@mail.ru

Направления работы по реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи»:

- Выстраивание долгосрочного взаимодействия со специалистами практического здравоохранения и специалистами комплексных центров социального обслуживания населения;
- Работа в составе многопрофильной бригады специалистов требует от среднего медицинского персонала, особенно лиц, работающих с пациентами, которые страдают тяжелыми заболеваниями, наличия навыков паллиативной помощи;
- Информирование пациентов и родственников, общественности о паллиативной помощи и какую пользу она может принести;
- Работа со специалистами комплексных центров социального обслуживания населения по вопросам ухода за паллиативными больными;
- Работа в ЛПУ с паллиативными пациентами.

Были успешно достигнуты, но вместе с тем при работе с пациентами, нуждающимися в длительном уходе, так же необходимо знать психологические особенности.

При работе с паллиативными больными необходимо учитывать психологические особенности реагирования на болезнь.

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием *внутренняя картина болезни* (ВКБ). Оно было введено отечественным терапевтом Р.А. Лурия и в настоящее время широко используется в медицинской психологии. Это понятие, по определению ученого, объединяет в себе все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

– Представление о субъективной тяжести заболевания складывается из социально-конституциональных характеристик, к числу которых относятся пол, возраст и профессия индивида.

– Для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболевания – своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

В подростковом возрасте наиболее тяжелые психологические реакции могут быть вызваны не теми болезнями, которые являются объективно угрожающими сохранности организма с медицинской точки зрения, а теми, которые изменяют его внешний вид, делают его непривлекательным. Это обусловлено существованием в сознании подростка основной потребности – «удовлетворенности собственной внешностью».

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. «Это связано с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр.». В этом отношении с онкологическими заболеваниями связаны наиболее сильные переживания. Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти, потере трудо- и работоспособности.

К индивидуально-психологическим характеристикам, оказывающим влияние на специфику переживания заболевания, относятся особенности темперамента (в отношении следующих критериев: эмоциональность, переносимость боли, как признак эмоциональности, и ограничения движений и обездвиженности), а также особенности характера человека, его личности (мировоззренческие установки, уровень образования).

Типы психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание

В первом блоке находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации:

- гармоничный;
- эргопатический;
- анозогнозический.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации:

- тревожный;
- ипохондрический;
- неврастенический;
- меланхолический;
- эйфорический;
- апатический;
- обсессивно-фобический;
- сенситивный;
- эгоцентрический;
- паранойяльный;

- дисфорический.

Взаимодействие с некоторыми из таких пациентов может приносить выраженный психологический дискомфорт. Но знание психологических оснований этого типа поведения пациента поможет лучше понимать его потребности, ожидания, страхи и эмоциональные реакции, оптимально организовывать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния. Важно понимать, что, даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, пациент больше всего хочет услышать слова надежды и нуждается в укреплении его веры в лучшее. Пациенты, непрерывно тревожащиеся о своем состоянии, нуждаются в спокойном, оптимистичном и внимательном разговоре, а пациенты, демонстрирующие реакции агрессии к окружающим и врачу – авторитетной уверенной позиции врача, которая поможет справиться со скрываемым в душе сильнейшим страхом за свою жизнь.

Знание психологических особенностей пациента и способов реагирования волонтера способствует успешной реализации проекта.

Проблемы, с которым столкнулись при реализации проекта:

- Ограничение посещения паллиативных пациентов в связи с пандемией
- Отсутствие информированности среди лиц, формулирующих политику, работников здравоохранения и общественности о том, что из себя представляет паллиативная медицинская помощь и какую пользу она может принести пациентам и системам здравоохранения;
- Культурные и социальные барьеры, например, представления о смерти и процессе умирания;
- Заблуждения относительно паллиативной медицинской помощи, например, мнение о том, что она предназначена только для онкологических больных или что она полагается в последние недели жизни.

Определены следующие направления деятельности при реализации проекта:

- Выстраивание долгосрочного взаимодействия со специалистами практического здравоохранения и специалистами комплексных центров социального обслуживания населения;
- Информирование пациентов и родственников, общественности о паллиативной помощи, телефону горячей линии в г. Екатеринбург и г. Нижний Тагил и какую пользу она может принести;
- Работа со специалистами комплексных центров социального обслуживания населения по вопросам ухода за паллиативными больными, выходы к паллиативным больным с целью повышения качества жизни;
- Работа в ЛПУ, на дому с паллиативными пациентами.

Литература

1. С. Вогулкин От культуры к духовности. О нравственном воспитании в медицинском колледже // г. Екатеринбург, 2021
2. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.
3. Министерство Здравоохранения Российской Федерации №345н Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации №372н Приказ от 31 мая 2019 года «Об утверждении положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»
4. Р.А. Лурия Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания.- М.: «Медицина», 1977

ДОСТУПНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В Г.РЕВДА

Позднякова Ольга Николаевна, Солдатова Любовь Михайловна,

студенты специальности Медицинский массаж

Удалова Елена Николаевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Паллиативная помощь предназначается неизлечимо больным людям для облегчения боли и других тяжелых проявлений заболевания, чтобы обеспечить им насколько возможно лучшее качество жизни. Суть паллиативной медицины – не подготовка человека к смерти, а обеспечение ему возможности вести активную и качественную жизнь как можно дольше. Паллиативная помощь предполагает комплексный подход, который заключается как в оказании медицинской помощи при боли и различных осложнениях, так и психологическую и духовную поддержку самого больного и членов его семьи. Паллиативные пациенты нуждаются в достойном качестве жизни, даже если она подходит к концу.

На сегодняшний день в г. Ревда Свердловской области более 250 человек [1, с.], которых не в силах спасти современная медицина, стоят на учете в Ревдинской городской больнице. Это люди с онкологией в терминальной стадии, пациенты, перенесшие тяжелый инсульт, получившие тяжелые травмы с необратимыми последствиями, страдающие дегенеративными нервными болезнями на завершающих стадиях с гибелью нейронов головного мозга, болезнью Альцгеймера и т. д.

Оказанием помощи паллиативным пациентам в большей или меньшей степени занимается вся Ревдинская городская больница. Изначально такие больные обращаются к участковому терапевту, который предлагает им первую ступень обезболивания.

Для более тяжелых и лежачих больных в городской больнице работает специальный кабинет паллиативной помощи, где приемы ведет врач-терапевт, специализирующийся на паллиативной медицине.

Паллиативную помощь могут оказывать и медицинские сестры, прошедшие специальное обучение. Сегодня в Ревде работает всего лишь одна медсестра паллиативной помощи [1, с.]. Она выезжает на дом к таким больным, помогает им и рассказывает родственникам как за ними ухаживать. Ее задача – научить родственников, а проблема ухода полностью ложится на них. К сожалению, в Ревде на сегодняшний день нет специализированных отделений по уходу за паллиативными больными или хосписов, и большой процент таких больных умирает из-за неправильного ухода (появление пролежней, сепсис и др.).

Паллиативные пациенты могут быть помещены в стационар Ревдинской городской больницы, в случае если им необходимо какое-либо хирургическое вмешательство. Например, если в результате болезни человек теряет способность глотать и ему необходимо, в связи с этим, поставить назогастральный зонд.

Кроме того, в оказании паллиативной помощи принимает участие и Управление социальной политики г. Ревда, которое обеспечивает таких больных необходимыми средствами ухода.

Важное место в оказании паллиативной помощи занимают волонтеры, которые оказывают помощь по уходу за такими больными. В этом году в Ревде реализуется проект «Волонтеры паллиативной помощи» Ассоциации средних медицинских работников Свердловской области, действующей в тесном сотрудничестве со ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж».

В настоящее время, паллиативных больных становится все больше. Паллиативная помощь – это вопрос гуманного общества, гуманной медицины. Люди не должны умирать от невыносимой боли, голода или других неудобств, связанных с неизлечимым заболеванием. Развитие паллиативной медицины должно стать одним из приоритетных направлений здравоохранения.

Литература

1. <https://revda.bezformata.com/listnews/revde-oblegchayut-stradaniya-umirayushih/53318539/>
2. gbrevda.ru

ГАУЗ СО «АРАМИЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Ошивалов Артем Алексеевич, Орлова Олеся Владимировна

Руководитель: Симонова Ирина Андреевна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Согласно статистическим данным заболевания сердечно-сосудистой системы и новообразований занимают лидирующее место среди заболеваний с высокой степенью летального исхода и инвалидизации разных возрастов и групп. Тем самым пациенты в терминальных стадиях онкологических заболеваний, после инфаркта миокарда или инсульта направляются в отделения паллиативной помощи.

Актуальность темы обусловлена тем, что люди с приведенными заболеваниями в большинстве своём случаев признаны тяжелобольными и одной из сопутствующих проблем таких пациентов является образование пролежней, в следствии длительного нахождения в одном положении в период реабилитации.

Каждая клетка человеческого организма нуждается в кислороде, воде и питательных веществах, а ещё в выведении из неё продуктов жизнедеятельности.

Пролежни – это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных, вследствие длительного сдавливания, нарушений местного кровообращения и нервной трофики.

К их появлению могут привести экзогенные и эндогенные факторы. К необратимым факторам развития относят: старческий возраст, терминальное состояние, дистрофические изменения кожи, неврологические расстройства, изменение сознания, обширные хирургические вмешательства, травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости, повреждение головного и спинного мозга.

Пролежни могут образоваться везде, где есть костные выступы, контактирующие с твердой поверхностью, чаще всего в области грудного отдела позвоночника, крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, ребра, гребни подвздошных костей, а также локтя, пяток, ушной раковины.

Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Оценка риска развития пролежней проводится с помощью специальных шкал. Шкала Нортон, благодаря простоте и быстроте оценки степени риска стала наиболее популярной среди медсестринского персонала. По этой шкале больных подразделяют с учетом пяти показателей.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременная оценка риска развития пролежней;

– своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;

– адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в том числе по уходу.

Проблема образования пролежней среди паллиативных пациентов актуальна и для города Арамилы. В этом мы убедились в период участия в проекте «Волонтеры паллиативной помощи», который реализуется Ассоциацией средних медицинских работников Свердловской области и нашим колледжем с использованием гранта Президента Российской Федерации, на базе ГАУЗ СО «Арамилская городская больница».

Для анализа статистики пациентов с пролежнями нами была заполнена адаптированная шкала Нортонa, на которой указаны такие критерии определения риска образования пролежней, как активность пациента, состояние кожи, сопутствующие заболевания, подвижность в кровати, уровень сознания, питание, масса тела. После тщательного изучения мы выявили, что из 43 человек, 6 пациентов имеют пролежни, из которых два имеют I стадию развития пролежня, два – II стадию развития пролежня, единичные случаи III и IV стадии.

Профилактика пролежней в отделении проводится в соответствии с ГОСТ Р 56819-2015. В качестве лечения I стадии проводится антисептическая обработка с использованием мазевых тонирующих, защищающих кожные покровы, средств. При усугублении применяются химические мази с ферментами. Используются антибактериальные мази Левомеколь, Пронтосан. Применяются препараты, содержащие йод, например, Браунодин Б.Браун. Накладываются мазевые повязки. Также используется ультрафиолетовая лампа Kernel KN-4006B 311nm, которая с помощью поляризованного света позволяет увеличить количество эпителиальной ткани.

На основании изученного теоретического материала удалось выяснить факторы образования пролежней и рассмотреть клинические картины стадий их развития. Эти знания могут помочь при профилактике и дифференцировке пролежней.

После анализа статистики пациентов с пролежнями мы убедились в значимости ухода за тяжелобольными неподвижными пациентами как на дому, так и в стационаре. Ведь чем тяжелее клиническая картина, тем сложнее будет справиться с последствиями. Так анкетирование, проведенное среди медперсонала паллиативного отделения ГАУЗ СО «Арамилская городская больница», показало высокие знания о причинах, профилактике и лечению пролежней. Поэтому эффективность проводимых мероприятий можно считать высокой. Медицинский персонал занимается не только непосредственным лечением пролежней, но и устраняет факторы их возникновения, что дает хорошие результаты для пациента. Таким образом, лечение должно быть комплексным с одновременным проведением профилактики возникновения пролежней на других участках тела, подверженных данному процессу.

Список литературы

Нормативные акты:

1. Федеральный закон N 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 36 Паллиативная медицинская помощь.
2. Приказ Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 N 55053).
3. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 от 01.11.2017 «Надлежащая медицинская практика, инфологическая модель, профилактика пролежней».

Учебная литература:

1. А.А. Яковлев Объективизация выбора тактики лечения декубитальных язв у пациентов, находящихся в хроническом критическом состоянии, обусловленном поражением головного мозга: специальность 14.01.17 «Хирургия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2020. – 152 с.
2. Л.Г. Калигина, В.П. Смирнов. Основы сестринского дела: Руководство по медицинским манипуляциям. – Москва: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2016. – 432 с.

Интернет-ресурсы:

1. Внедрение национального стандарта «Профилактика пролежней» в практическую деятельность медицинской сестры: http://omrao.ru/images/doc/konf_fevr_18/Vnedrenie_standerta_Profilactica_prolejnei.pdf (дата обращения: 19.03.2022).
2. Предмет внимания в области ухода за пациентами // Региональная общественная организация медицинских сестер г. Москва URL: <https://mos-medsestra.ru/doc/280217-5.pdf> (дата обращения: 19.03.2022).

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ НА ДОМУ

Козина Софья Романовна

Руководитель: Симанова Анастасия Сергеевна, педагог-организатор

Ирбитский центр медицинского образования Нижнетагильского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

В настоящее время фиксируется тенденция роста больных, имеющих злокачественные заболевания. Несмотря на явные успехи медицины, связанные с диагностированием болезни и ее

лечением, статистика все же показывает высокий процент заболеваемости и смертности, вызванные опухолевыми заболеваниями. В соответствии с данными Федеральной службы Росстата, в России в 2020 году зафиксировано 541 тыс. онкобольных, из них около 300 тыс. – летальный исход. Онкологические заболевания находятся на второй ступени, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям. Чаще всего, заболевания выявляют на последних стадиях. Результатом такого позднего диагностирования становятся смерть или, в лучшем случае, инвалидность. Каждый год в нашей стране присваивают инвалидность 200 тысячам больных.

Актуальность и важность проблемы подчеркивается в Федеральном проекте «Борьба с онкологическими заболеваниями», который направлен на обеспечение диагностики на ранних стадиях заболевания и снижение инвалидности и смертности при злокачественных новообразованиях, а также совершенствование паллиативной медицинской помощи. Также обозначены следующие задачи: совершенствование методов профилактики онкологических заболеваний, раннего выявления опухолевых и предраковых заболеваний; разработка и совершенствование методов диагностики и лечения, медицинской, психологической и социальной реабилитации. Качество оказания паллиативной помощи и ее эффективность напрямую зависит от ухода за онкобольными.

В рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» волонтерами с сентября 2021г. на территории ГО «город Ирбит» было осуществлено более 170 выходов к пациентам на дом. Из них – 22 благополучателя с онкологией последней стадии. Паллиативный уход за такими пациентами – это большой труд, который требует не только знаний и умений в сестринском уходе за больным, но и знание психологии и духовных аспектов при общении с больными и их родственниками. Из опыта работы волонтеров, хотелось бы поделиться основными направлениями работы по оказанию паллиативной помощи в домашних условиях онкобольным пациентам.

Особенности ухода после химиотерапии за пациентом. Все противораковые препараты обладают негативным воздействием на организм, что сопровождается многочисленными побочными эффектами. Объясняется это природой веществ: показатель их терапевтического индекса достаточно низкий. Если у пациента имеется острая или отсроченная гиперчувствительность к подобным лекарственным средствам, он нуждается в особом уходе.

От волонтера и родственников требуется максимальная концентрация внимания. Необходимо периодически измерять артериальное давление больного, следить за частотой ударов пульса, дыханием, состоянием кожных покровов. Сопутствующим явлением становится сыпь, появляющаяся на коже. С целью контроля ситуации с пациентом, измеряется его температура тела. Если у пациента возникает головокружение и головная боль; онемение и слабость мышц; появляются запоры и нарушается двигательная активность, то мы говорим о такой побочной реакции, как периферическая нефропатия. Препараты, используемые при химиотерапии,

оказывают свое токсичное действие на желудочно-кишечный тракт. Возникает тошнота, рвота, расстройство желудка, что сопровождается потерей веса. Необходимо тщательно подойти к вопросу о питании. Если развился стоматит, рекомендовано обильное питье, полоскание рта (процедура обязательно проводится после еды) раствором фурацилина. Необходимо соблюдать личную гигиену. Для чистки зубов использовать щетку с мягкой щетиной, во избежание дополнительной травмированности полости рта. Чтобы минимизировать риск заражения, больному не следует вести себя активно. Ему предписано состояние покоя. Противопоказано контактировать с людьми, которые больны респираторными заболеваниями.

Самое важное – это оказание еще и моральной поддержки, и проявление эмпатии. Пациент нуждается в спокойной обстановке.

От волонтера требуется проведение информативной работы: ознакомление с сопровождающимися побочными симптомами после химиотерапии.

Особенности питания онкобольных. Питание играет огромную роль во время терапии онкобольного. Оно должно быть, в первую очередь, диетическим, правильным и сбалансированным. Только при таких условиях в организм не попадут вещества-канцерогены, усугубляющие негативную сторону раковой болезни, и он получит все необходимые питательные вещества, обладающие антиканцерогенными свойствами.

Волонтер может дать соответствующие рекомендации онкобольным, чтобы они соблюдали принципы противоопухолевой диеты:

1. Избегать жирной пищи. Допустимо употреблять одну столовую ложку растительного масла в день.
2. Для приготовления пищи применяются жиры, которые обладают устойчивостью к нагреванию (оливковое масло). В уже используемом жире готовить второй раз пищу нельзя.
3. Употреблять минимум соли, сахара, рафинированных углеводов.
4. Мясо (кроличье, куриное, говядина) употреблять в минимальном количестве. Рекомендовано нежирное белое. Категорически противопоказаны колбасные изделия и копчености, а также приготовленная на углях пища.
5. Молочные продукты можно употреблять.
6. Оптимальные способы приготовления еды: на пару, запекание, тушение. Воды при этом используется по минимуму.
7. Рекомендованы цельнозерновые крупы. Хлебобулочная продукция должна быть обогащенной пищевыми волокнами.
8. Для питья используется только очищенная вода. Чай заменяется травяными отварами и фруктовыми соками. Потребление газированных напитков, содержащих химические ненатуральные добавки, ограничено.
9. Больному нельзя переедать.

10. Алкоголь недопустим к потреблению.

В ст. 36 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дано следующее определение паллиативной медицинской помощи: «Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания».

Говоря о паллиативном уходе за тяжелобольным пациентом, подразумевается уход, для которого характерен максимальный уровень качества. В ходе его реализации, волонтер не только использует знания и опыт. Пациент должен чувствовать исходящую от него заботу, так как это целиком и полностью влияет на создание вокруг благоприятной обстановки. Деликатность, тактичность – это то, о чем всегда должен помнить волонтер.

В настоящее время уход должен придерживаться следующих принципов:

1. **Безопасность.** Родственники и волонтер следит за пациентом, чтобы не возникла травмоопасная ситуация, в которую он может быть вовлечен.

2. **Конфиденциальность.** Вся личная информация о больном, в том числе подробности диагноза, ни в коей мере не должны разглашаться и становиться достоянием общественности.

3. **Уважение чувства достоинства.** Все процедуры должны выполняться только после того, как пациент согласился в них участвовать. Если при этом ему требуется уединение, волонтер или родственники создают такие условия.

4. **Независимость.** Необходимо поощрять больного, проявившего самостоятельность.

5. **Инфекционная безопасность.** Онкобольные испытывают огромные трудности в повседневной жизни. Им тяжело передвигаться, их дыхание затруднено. Проблемы касаются употребления воды и еды, а также выделения продуктов жизнедеятельности. Даже отдых и сон не приносят облегчения. В результате постоянного болевого синдрома, появляется раздражительность, что негативно сказывается на их общении с окружающими. Больные раком не способны поддерживать личную безопасность. Сопутствующими явлениями перечисленных выше проблем становятся различного рода осложнения здоровья: появляются пролежни, застой в легких, нарушается процесс выведения организмом мочи, в почках могут образоваться камни, возникают запоры. Касательно суставов, нарушается их подвижность. Развивается дистрофия мышц. Больному становится тяжело ухаживать за собой и осуществлять гигиенические процедуры. Также нарушается сон. Возникает дефицит общения.

При уходе за тяжелобольным онкологическим пациентом, волонтерами и родственниками выполняются целый ряд обязанностей:

1. Создание условий, максимально комфортных для больного с физической и психологической сторон. Ликвидация при этом, по возможности, всех раздражающих пациента факторов.

2. Контролируют, чтобы пациент соблюдал постельный режим. Данная мера необходима, с целью предотвращения возникновения осложнений.

3. Чтобы не образовались пролежни, переворачивают пациента каждые два часа. Дополнительно необходим уход за кожей. Это предотвратит образование опрелостей.

4. Проветривают комнату, в которой находится больной.

5. Контролируют физиологические отправления. Это необходимо чтобы своевременно оказать профилактическую помощь. Тогда не возникнут запоры, отеки, в почках не образуются конкременты.

6. Измеряют АД пациента, его температуру тела, ЧДД, подсчитывает количество ударов пульса. Это позволит выявить осложнения на их ранней стадии, что позволит оказать помощь своевременно.

7. Чтобы больному чувствовал себя достаточно комфортно, осуществляет ряд гигиенических процедур, что важно в профилактических целях по предотвращению осложнений.

8. Как только возникает необходимость, меняет постельное и нательное белье у пациента.

9. Если пациент не может самостоятельно есть, оказывает ему помощь.

10. Консультирует родственников в отношении ухода за больным.

11. Создают оптимистичную, благоприятную атмосферу, позволяющую больному комфортно себя чувствовать.

12. Волонтер обучает больного способам ухода за собой, мотивирует его и поощряет.

Пациенты и их родственники также нуждаются и в психологической поддержке.

Подводя итог, можно сказать, что опыт работы волонтеров по оказанию паллиативной помощи онкобольным пациентам и консультирование родственников по уходу за больными – важно и значимо в обществе. Эта работа улучшает качество жизни неизлечимых больных, которые нуждаются в постороннем уходе. Также это положительный жизненный опыт работы и для самих волонтеров.

Литература

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г.;
2. Национальный проект «Здравоохранение» от 24.12.2018 г.;
3. Вогулкин С.Е. От культуры к духовности: О нравственном воспитании в медицинском колледже. – Екатеринбург, 2021г.;
4. Давыдов М.И., Ведьшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ж.Х., Петерсон С.Б., Онкология: модульный практикум. Учебное пособие. / - 2018г.;

5. Зарянская В. Г., Онкология для медицинских колледжей - Ростов н/Д: Феникс / 2019 г.;
6. Руководство к практическим занятиям по онкологии: учеб.пособие для вузов / Ш. Х. Ганцев. - М.: МИА, 2017 г.;
7. Паллиативная помощь в онкологии: учеб.пособие / К. Г. Утин, С.В. Яйцев, С.А.Нагуло ; под ред. С.В.Яйцева. - Челябинск:ЧелГМА, 2018
8. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412145.html>

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУР У ЛЕЖАЧИХ ПАЦИЕНТОВ

Калимуллина Вероника Маратовна,

Руководитель Мальцева Светлана Павловна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г.о. Каменск-Уральский

Контрактура – ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, которое вызывает атрофию мышц, проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости. Контрактуры могут поражать все тело [1]. Такое явление возникает из-за болевого рефлекса, заболевания мышц, рубцового стягивания кожи или сухожилий. Контрактуры часто становятся осложнениями внутрисуставных и околоуставных переломов, вывихов, ушибов и повреждений суставов, дистрофических и воспалительных процессов в суставах, заболеваний нервной системы. Пациент, жалея больной сустав, наоборот усиливает его обездвиженность. Бывает контрактура крупных суставов (тазобедренный, плечевой). По характеру различают контрактуру разгибательную и сгибательную. Стопа лежачего пациента довольно быстро опускается вперед и возникает контрактура голеностопного сустава – «конская стопа». Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид «птичьей лапки». [2]

Если пациент неподвижен очень длительное время, а профилактику контрактур не проводят, может появиться полная потеря подвижности суставов как результат костного сращения суставных концов костей - анкилоз. Контрактура развивается из-за ошибок ухода [4].

Группа риска возникновения контрактур – немобильные и лежачие люди, пациенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию.

Самое главное профилактическое мероприятие – придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии.

Индивидуальное положение в кровати каждому пациенту придают, исходя из плана ухода. Пассивные движения оказывают благоприятное влияние при тугоподвижности суставов [5].

При планировании ухода проводится анализ мобильности все конечностей. Наличие контрактур фиксируют с описанием резерва мобильности. В физиологическом положении в постели достигают значительного снижения или даже полного. В случаях уже сформировавшихся контрактур необходимо осуществлять медленное и дозированное растяжение мягких тканей сгибательных поверхностей конечностей, прилагая усилия непосредственно к костям. Существуют и общие принципы ухода

Важно добиться сознательного отношения пациента ко всем манипуляциям ухода. При уходе нужно с осторожностью форсировать растяжение это часто наносит серьезный ущерб мышце. Особое внимание обращают на мероприятия для расслабления мышц [3].

Литература

1. <https://alzstore.ru/articles/general/profilaktika-kontraktury/#:~:>
2. <https://domapansiony.ru/informacija/stati/profilaktika-bolezney-sustavov-u-lezhachikh-bolnykh-effektivnye-metody/>
3. <https://dom-prestarelyh-ramenskoe.ru/stati/kontraktury.html>
4. <https://noalone.ru/infocentr/zdorove/kontrakturi-u-lezhachikh-bolnykh/>
5. <https://www.youtube.com/watch?v=fj-fvRj-m5Q>
6. <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Document-0-8452-src-1524828041.5337.pdf>

СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДОМА

Кузнецова Анна Владимировна

Руководитель: Воронина Виктория Владиславовна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г.о. Каменск-Уральский

Безопасная внешняя среда – необходимая часть жизни человека. Здоровый человек сам в состоянии создать вокруг себя безопасное окружающее пространство, тогда как человек с дефицитом самообслуживания нуждается в посторонней помощи и дома и на улице [4]. Исследования показали, что пожилые люди, живущие одни падают, как минимум один раз в год. Причин падения много и это самые обыденные ситуации, основной причиной падений является неудобная обувь.

Для пожилых людей падение может иметь тяжелые последствия и может привести к различным травмам, таким как: черепно-мозговые травмы, переломы костей и другие. Боязнь человека упасть ведет к малоподвижному образу жизни [2]. Тем самым его возможности самообслуживания в быту уменьшаются, что приводит к депрессии, социальной изоляции и прогрессированию старческой астении. К факторам риска падений относится мышечная слабость, нарушение равновесия, неврологические и сердечнососудистые заболевания, падение артериального давления, болезни суставов и плохое зрение [3]. Довольно часто пожилые люди падают при наличии спутанного сознания или делирия, а наличие деменции многократно увеличивает эту опасность. Главный путь предотвращения падений, а также основной компонент

заботы о качестве жизни человека с дефицитом самообслуживания – создание безопасной окружающей среды.

Для создания условий безопасной жизнедеятельности и достойного качества жизни, бытовую среду нужно оборудовать соответствующими дефициту самообслуживания конкретного подопечного средствами малой реабилитации [1].

Литература

1. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст]: учебник / С. И. Двойников; под ред. С. И. Двойникова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
2. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст]: учебник / Епифанов, А.В. Епифанов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.
3. Епифанов, В.А. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Текст]: учебник / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 734 с.
4. Обуховец, Т.П. Паллиативная медицинская помощь [Электронный ресурс] Т.П. Обуховец Ресурс доступа - <http://fondzapros.ru/law/freeemerg/palliative/>

СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Осокина Софья Александровна,

Руководитель: Офицерова Наталья Александровна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г.о. Каменск-Уральский

Сбалансированное питание обеспечивает поступление в организм всех питательных веществ таких как: белки, углеводы, жиры, витамины, микроэлементы и минералы. Основной принцип лечебного питания – сбалансированность пищевого рациона, жидкостей и воды при обеспечении суточной потребности человека в питательных веществах и энергии.

В твердых жирах животного происхождения есть важные и нужные компоненты. Белки – это строительный материал для организма, который должен обладать максимально высокой биологической ценностью. Продукты питания, содержащих углеводы – это несладкие фрукты, картофель, овощи [1].

Правильный питьевой режим обеспечивает нормальный водно-солевой обмен. Если человек питается фруктами, овощами, крупами и легко усвояемым белком, достаточно 1 литра чистой воды в день. Если человек регулярно употребляет мясо, рыбу, яйца, хлеб, большое количество пряного и острого, необходимо гораздо большее количество воды – 1,5-2 литра.

Глотание – один из важных и сложный процесс, включающий функционирование самых разных групп мышц и черепных нервов. Нарушение глотания, или дисфагия, – одна из ключевых

проблем в организации питания у пациентов, перенесших инсульт. Аспирация - проблема с жеванием и глотанием пищи. Важно помнить, что нельзя поить и кормить больного, лежащего с запрокинутой головой.

Обезвоживание организма, дегидратация, эксикоз – легкое, умеренное или тяжелое Типы дегидратации: гипертонический, гипотонический, изотонический. Признаки обезвоживания [5].

Еда и питье для больного человека имеют особенно большое значение, часто определяющее выздоровление или прогрессирование болезни. Для пациентов, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к еде.

Литература:

1. <https://addon.life/ru/2020/06/30/nutrition-cancer-palliative-care/>
2. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25740>
3. <https://docplayer.com/61397426-Organizaciya-lechebnogo-pitaniya-v-palliativnoy-medicine.html>
4. <https://www.msmanuals.com/ru->
5. <https://www.mskcc.org/ru/cancer-care/patient-education/eating-well-during-your-treatment>
6. <https://www.anadolumedicalcenter.ru/medical-speciality/pitanie-i-dieta/>

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЛОНТЕРОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ТРЕБУЮЩИМ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА И ИХ БЛИЗКИМ

Носова Ксения Викторовна, Казакова Анастасия Алексеевна

Руководитель: Волкова Наталья Петровна, социальный педагог

Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

Привлекая волонтеров к работе, охват пациентов увеличивается в несколько раз, улучшается качество ухода при правильном обучении родственников и оказывается психосоциальная и духовная поддержка, как пациентам, так и членам его семьи [1, с. 47].

Существуют и трудности при организации волонтерской деятельности. Недостаток знаний, нехватка ресурсов. Актуальна проблема и боязни инфицирования COVID-19 в условиях пандемии.

Планирование и организация деятельности осуществляется по определенному алгоритму, начиная с привлечения волонтеров, заканчивая разработкой системы руководства.

При наборе волонтеров нужно учитывать факторы, которые могут сказаться на их работе. Важно видеть готовность добровольца к работе, его заинтересованность и надежность.

Цель обучения волонтеров в рамках преемственности: подготовка волонтеров способных идентифицировать социальные, духовные, физические, информационные, психологические и эмоциональные потребности пациентов и эффективно действовать для удовлетворения этих потребностей [2].

Существует специальная система супервизии. Она включает в себя руководство, оценку и методическую поддержку деятельности, осуществляемой волонтерами.

Основная задача супервизии – предоставить эффективную поддержку волонтерам для обеспечения высокого качества помощи.

За время второго этапа (с января по март месяц) реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» было осуществлено 21 выход, отработано 63 часа и размещена 21 публикация.

Литература

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст] / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с. (Шифр 616-08-039.75(075) В 74)
2. Ахмадуллина Л. Р. Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи на дому / Л. Р. Ахмадуллина // Сестринское дело. – 2016. – № 2. – С.40-41.

ВОВЛЕЧЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Коряков Андрей Михайлович, студент 393 МС гр.

Руководитель: Ващенко Ирина Валерьевна

Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

город Красноуфимск

Хосписная помощь является одним из вариантов паллиативной помощи, – это всеобъемлющая помощь больному в конце жизни и умирающему человеку.

Термин «паллиативная помощь» – широкое понятие, которое в отличие от исключительно медицинского вмешательства обязательно содержит духовный компонент. Больному оказывают поддержку духовного, религиозного и социального плана, при необходимости помогая в уходе.

Сегодня добровольчество в сфере здравоохранения остается эффективным инструментом реализации гражданского, личностного и профессионального потенциала обучающихся образовательных организаций, медицинского персонала, а также граждан, заинтересованных в волонтерской деятельности в здравоохранении. Волонтерство в Свердловской области по темпам развития не уступает благотворительности России. Этот вид волонтерской помощи занял третье место среди самых востребованных направлений после помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и поиска пропавших людей [1].

Цель работы – улучшение организации работы волонтеров (добровольцев) в отделении паллиативной медицинской помощи.

Волонтерская работа в отделении паллиативной помощи ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ» осуществляется с 2020 года. Психологическая и социальная поддержка является неотъемлемой частью оказания паллиатива. Она позволяет улучшить уровень жизни неизлечимо больных граждан. Проведя исследование в феврале 2022г, выявили, что за 2021 год из всех пациентов, которым оказывалась помощь, подавляющее большинство наших пациентов традиционно были онкологического профиля – 73,21%. На втором месте по частоте госпитализации больные с неврологической патологией – 19,36%. Третье место у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 5,44%. В единичных случаях госпитализировали больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (0,26%), хроническими заболеваниями печени (0,66%), ревматоидным артритом (0,8%), рассеянным склерозом (0,13%) и болезнью Паркинсона (0,13%).

Социальная помощь в создании качества жизни ни в ком не вызывает сомнений. Решение проблем семьи, быта, работы, финансовых вопросов, завещания – все это долг общества пациенту и обратная с ним взаимосвязь [2]. Так, согласно приложению к Приказу Минздрава России от 08.09.92 № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов» хосписы

и отделения паллиативной помощи являются медико-социальными учреждениями [1]. Хоспис же на самом деле не является домом смерти, он служит качественной жизни до конца.

Оказание паллиатива предусматривает несколько направлений: медицинская терапия лекарственными препаратами для купирования болевого синдрома; оказание психологической поддержки пациентам и их близким родственникам; обеспечение больным их законного права жизни в социуме с соблюдением их законных интересов [3].

Волонтеры выходили поработать на дом по просьбе родственников больного для проведения ряда простых медицинских манипуляций. По нашему мнению, помощь паллиативным пациентам на дому имеет ряд преимуществ: 1. Оказание помощи человеку в знакомой обстановке; 2. Является персональной (учитывание индивидуальных привычек и возможностей человека); 3. Способствование установлению доброжелательных, доверительных отношений; 4. Включает заботу о семье; 5. Осуществляется совместными усилиями (участие семьи); 6. Нет риска инфицирования внутрибольничными инфекциями; 7. Человек не остается без помощи.

Работая в паллиативном отделении, волонтеры организовывали концерт, посвященный Дню матери и, тем самым, поднимали пациентам настроение. Подстригали больных, подравнивали бороду. Иногда у нас с пациентами завязывалась дружба, и мы приходили к ним в выходные дни, просто находились рядом, общались, гуляли, звонили своим родственникам, друзьям. Мы знаем, что некоторым больным нужна юридическая поддержка. На самом деле вариантов помощи огромное множество. Она нужна и востребована, ее ждут и в ней нуждаются.

Мы провели интервьюирование среди среднего медицинского персонала, в т.ч. со старшей медсестрой отделения: «С какими трудностями они столкнулись при работе с волонтерами?». Установили: 1. Отсутствие знаний, как и с чего начать: каким образом привлечь добровольных помощников, чему обучать, как организовать работу, каким образом поддерживать мотивацию добровольцев и оценивать их работу; 2. Недостаток финансовых, человеческих и материальных ресурсов для организации работы волонтеров; 3. Мнение, что в оказании помощи должны участвовать только специалисты; 4. Настороженное отношение получателей помощи к добровольным помощникам.

Таким образом, важную роль в деятельности хосписов играют волонтеры (добровольцы). В работе отделения паллиативной помощи должны принимать участие обученные волонтеры; волонтеры являются необходимой составной частью паллиативной помощи; волонтеры должны быть подготовлены, осуществлять работу под руководством специалиста.

Литература

1. Клиническая медицина, Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении», №4(41) 2018;
2. Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении» №4(18) 2012;

3. Особенности волонтерства в паллиативной помощи, Кравцова И.Ф., Шурыгина Е.П., Савинов К.Н., МБУ ЦГБ№ 2 им. А.А. Миславского, г. Екатеринбург, корпус паллиативной медицинской помощи.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВУЮЩЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» (ГБПОУ «СОМК»)
ЛАУРЕАТ ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Рейнина ул., 2-а, г. Екатеринбург, 620014 | телефон (343) 376-35-57 | факс (343) 383-46-59E-mail: somk@somkural.ru; www.somkural.ru | ОКПО 05175253. ОГРН 1026602332349. ИНН 6658041737 | КПП 665801001



АСМР

АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ



ПРОГРАММА

**V ТРАДИЦИОННАЯ ОБЛАСТНАЯ ДУХОВНО-ИСТОРИЧЕСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

«МИЛОСЕРДИЕ ЖИВЕТ В ВЕКАХ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВА»,
посвящённая

155 - летию общероссийской общественной организации «Российский
Красный Крест»,

145 – летию регионального отделения общероссийской общественной
организации «Российский Красный Крест»

Алапаевск, 2022

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДЕТСКОМ ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Боярских Вероника Сергеевна, Зенкова Анна Николаевна

Руководители: Алексеева Елена Антоновна, преподаватель

Клюкина Анастасия Сергеевна, преподаватель

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

Паллиативная педиатрия - вид паллиативной врачебной помощи, обеспечивает необходимые обследования и медицинские вмешательства, направленные на облегчение страданий неизлечимо больных детей.

Цель исследования – изучить особенности работы медицинской сестры детского паллиативного отделения

В Асбестовском городском округе на базе структурного подразделения ГАУЗ СО «Городская больница г. Асбест». Многопрофильном отделении медицинской реабилитации для детей», были определены общие принципы, цели оказания медицинской помощи на базе данного отделения, также порядок направления детей и категории поступающих детей.

Подробно был изучен, второй блок многопрофильного отделения медицинской реабилитации детей, блок паллиативной помощи детям. Пациенты находятся в отделении 28 дней. Чтобы попасть в отделение ребёнок должен получить паллиативный статус. Всего 5 палат. Во время смены в отделении находится одна постовая медицинская сестра и один врач.

В состав отделения входит: перевязочная, процедурный кабинет, сенсорная комната и сами палаты. Централизованная подача кислорода находится не только в палатах, но ещё и в процедурном кабинете, а также в перевязочной, так как могут поступить дети, которые не могут сделать полноценный вдох самостоятельно и находятся большую часть времени на искусственной подаче кислорода.

Медицинскую сестру паллиативного отделения отличает от медицинской сестры других отделений многофункциональный вид деятельности. Она выполняет функциональные обязанности палатной, постовой, процедурной и перевязочной медицинской сестры. Помимо профессиональных качеств, медицинская сестра должна быть стрессоустойчива, знать основы психологии, этики и деонтологии, должна уметь применять все свои знания на практике.

С целью оценки эмоционального истощения, деперсонализации и редукции профессиональных достижений было проведено анкетирование медсестер с помощью опросника профессионального выгорания (К.Маслач, С.Джексон, в адаптации Н.Е.Водопьяновой) для медработников. В анкетировании приняли участие 5 медицинских сестер отделения, средний возраст 28 лет, стаж работы 2,5 – 3 года, с момента открытия паллиативного отделения. Опросник, предложенный для анкетирования, состоит из 22 пунктов, по которым возможно вычисление

значений 3-х шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений».

При опросе медицинских сестер мы выяснили, что ни одна из них не рассматривает вопрос о переходе в другое отделение, но сложности в общении как с пациентами, так и их родителями в практике имеют место быть.

Изучив организацию работы медицинской сестры по оказанию паллиативной помощи детям, мы пришли к следующим выводам:

1. Большую часть времени с пациентами проводят именно медицинские сестры, выполняя назначения врача, осуществляя манипуляции по уходу за маленьким пациентом.

2. Такие пациенты, а особенно дети, оставшиеся без сопровождения, испытывают не только соматические страдания, но нуждаются в человеческом тепле и внимании. А из-за нагрузки, которая ложится на плечи медицинской сестры, в нашем исследовании одна медицинская сестра выполняет функции нескольких (палатная, процедурная, перевязочная), у медицинской сестры нет физической возможности лишней раз подойти к ребенку.

3. Нагрузка, которую испытывают медицинские сестры не только физическая, но и моральная. Психологически очень тяжело выдержать постоянные условия боли, страданий, и горечь от утраты. Поэтому они тоже нуждаются в психологической поддержке.

На наш взгляд. Но можно облегчить ситуацию, стараясь с минимальным вредом для собственной психики создать максимальный комфорт для психики больного, принимая помощь волонтеров.

Паллиативная помощь – это командная работа, которую осуществляют врачи, психологи, социальные работники, волонтеры, юристы и конечно медицинские сестры.

Информационные источники

1. Федеральный закон от 6 марта 2019 года №18-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Приказ МЗ РСФСР №19 от 01.02.1991г. «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"

4. Гамонди К., Ларкин Ф., Пейн Ш. «Белая книга: основные компетенции, необходимые для оказания паллиативной помощи» // Европейская ассоциация паллиативной помощи. – Москва, 2018. – с. 90

5. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. Белая книга. – М.:Р., Валент, 2019. – 180 с.

ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

Василенко Павел Анатольевич

Руководитель: Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Асбест

Говоря об актуальности темы, важно отметить, что проблема развития паллиативной медицины в Свердловской области в настоящий момент стоит достаточно остро. В настоящее время неизлечимо больные люди выписываются домой из больниц без гарантированного обезболивания и ухода и практически лишены возможности достойно дожить оставшиеся дни, не став обузой для близких. А родственники зачастую не могут справиться с проблемами, сопровождающими остаток жизни неизлечимо больного.

Согласно данным регистра паллиативных больных, в Асбестовском городском округе зарегистрировано 840 человек, нуждающихся в паллиативном уходе. Из них 600 человек являются маломобильными.

Огромное значение играет организация паллиативной помощи на дому, что в настоящее время, бюджетные учреждения здравоохранения Свердловской области не могут обеспечить в полной мере.

Создание выездной патронажной службы паллиативной помощи — это менее затратный, проще организованный, но не менее эффективный способ оказания комплексной медицинско-социальной помощи паллиативным больным, который позволит если не полностью решить проблему развития паллиативной медицины в регионе, то значительно снизить её остроту.

С сентября 2021 года на территории Асбеста, в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи», реализуемого ГБПОУ «СОМК» при поддержке «Фонда Президентских грантов», осуществляют активные выездные патронажи 20 волонтеров. А также для обучения родственников и иных лиц, самостоятельно осуществляющих уход за паллиативными больными, страдающими от существенного ограничения физических возможностей (лежачими пациентами), организована «Школа ухода за паллиативным больным». Основной задачей которой является оказание психологической помощи вышеуказанным лицам и обучение их теоретическим основам и практическим навыкам общения с больным и ухода за ним. Это первые шаги по данному направлению.

Для оценки социальной значимости направления деятельности и необходимости организации патронажной службы было проведено анкетирование среди медицинских работников отделений, работающих с функционально-ориентированными пациентами, родственников тяжелобольных и маломобильных пациентов. По результатам анкетирования медицинских работников можно сделать несколько выводов:

Чаще всего к медицинским работниками обращаются с вопросами по особенностям гигиенического ухода за лежачим, инкурабельным родственником (58%) и вопросом профилактики возможных осложнений и сопутствующих/хронических заболеваний (33%). 9% медицинских работников консультировали родственников тяжелобольных пациентов в других вопросах.

100% медицинских работников уверены в необходимости «Школы ухода за тяжелобольными пациентами». Необычным результатом стало то, что медицинские работники, чья работа непрерывно связана с больными людьми, считают, что в бригаде, осуществляющей патронаж, должны присутствовать духовные наставники (81%) и профильные специалисты, ориентированные на заболевания анамнеза пациента (19%). Возрастная категория инкурабельных пациентов в более чем половине случаев старше 70 лет (53%), 60-70 лет (42%), и лишь в 2% возраст пациента не превышает 60 лет. По субъективным данным опроса сотрудников пациенты онкологического профиля составляют подавляющее большинство (64%) инкурабельных пациентов, на втором месте (31%) пациенты неврологического профиля, остальную же часть (5%) составляют пациенты, перенесшие хирургические заболевания и травмы, осложненные отягощенным анамнезом.

Говоря об анкетировании родственников, самостоятельно осуществляющих уход, можно выделить следующие выводы:

Физические и эмоциональные аспекты ухода составляют 35% и 40% соответственно. При этом проблему недостатка знаний выделяют 25% опрошенных. Большая часть анкетированных выделяют недостаток знаний именно в сфере гигиенического ухода (58%), 40% родственников больше интересуется сфера профилактики заболеваний и сопутствующих осложнений. 2% выделяют другие проблемы и другие интересующие их вопросы. Так же, важно отметить, что множество людей, осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами, не знают о существовании специализированной линейке уходовых средств (83%), и только лишь 17% слышали об этих средствах и пользуются ими. И их использование существенно облегчает процедуры ухода. Родственники в 72% случаев, как и медицинские работники, отмечают необходимость присутствия в специализированных патронажных бригадах Духовных наставников. По их словам, пациентам «Так будет легче принять...». В 28% случаях родственники хотят видеть, прежде всего, профильных специалистов, работающих именно по направлению заболевания тяжелобольного пациента.

К большому сожалению, 78% опрошенных не знают о существовании местного отделения социальной службы по работе с населением, либо не знают, что туда можно обратиться за помощью и поддержкой. Остальные же 22% пользуются или планируют воспользоваться такой помощью.

Основной вопрос, который интересует близких людей пациента, непосредственно перед выпиской из стационара: Какой специалист будет ответственен за продолжение паллиативного лечения?

Таким образом, на основании пожеланий родственников тяжелобольных пациентов, самих инкурабельных пациентов и работников паллиативной сферы, в состав патронажной службы должны входить: врач-терапевт, или фельдшер; медицинская сестра; духовный наставник; специалист социальной службы; психолог.

Так мы в полной мере оказываем инкурабельному пациенту медицинскую, эмоциональную, социальную и духовную поддержку.

ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАУЗ СО «АРАМИЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Ошивалов Артем Алексеевич

Орлова Олеся Владимировна

Руководитель: Симонова Ирина Андреевна

преподаватель ГБПОУ «СОМК»

Екатеринбург

Согласно статистическим данным заболевания сердечно-сосудистой системы и новообразований занимают лидирующее место среди заболеваний с высокой степенью летального исхода и инвалидизации разных возрастов и групп.

Актуальность темы обусловлена тем, что люди с приведенными заболеваниями в большинстве своём случаев признаны тяжелобольными и одной из сопутствующих проблем таких пациентов является образование пролежней, в следствии длительного нахождения в одном положении в период реабилитации.

Проблема образования пролежней среди паллиативных пациентов актуальна и для города Арамилы. В этом мы убедились в период участия в проекте «Волонтеры паллиативной помощи», который реализуется Ассоциацией средних медицинских работников Свердловской области и нашим колледжем с использованием гранта Президента Российской Федерации, на базе ГАУЗ СО «Арамилская городская больница».

Для анализа статистики пациентов с пролежнями нами была заполнена адаптированная шкала Нортон, на которой указаны такие критерии определения риска образования пролежней, как активность пациента, состояние кожи, сопутствующие заболевания, подвижность в кровати, уровень сознания, питание, масса тела. После тщательного изучения мы выявили, что из 43 человек,

6 пациентов имеют пролежни, из которых два имеют I стадию развития пролежня, два – II стадию развития пролежня, единичные случаи III и IV стадии.

Профилактика пролежней в отделении проводится в соответствии с ГОСТ Р 56819-2015. В качестве лечения I стадии проводится антисептическая обработка с использованием мазевых тонирующих, защищающих кожные покровы, средств. При усугублении применяются химические мази с ферментами. Используются антибактериальные мази Левомеколь, Пронтосан. Применяются препараты, содержащие йод, например, Браунодин Б.Браун. Накладываются мазевые повязки. Также используется ультрафиолетовая лампа Kernel KN-4006В 311nm, которая с помощью поляризованного света позволяет увеличить количество эпителиальной ткани.

После анализа статистики пациентов с пролежнями мы убедились в значимости ухода за тяжелобольными неподвижными пациентами как на дому, так и в стационаре. Ведь чем тяжелее клиническая картина, тем сложнее будет справиться с последствиями. Так анкетирование, проведенное среди медперсонала паллиативного отделения ГАУЗ СО «Арамилская городская больница», показало высокие знания о причинах, профилактике и лечению пролежней. Поэтому эффективность проводимых мероприятий можно считать высокой. Медицинский персонал занимается не только непосредственным лечением пролежней, но и устраняет факторы их возникновения, что дает хорошие результаты для пациента. Таким образом, лечение должно быть комплексным с одновременным проведением профилактики возникновения пролежней на других участках тела, подверженных данному процессу.

Список литературы

Нормативные акты:

1. Федеральный закон N 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статья 36 Паллиативная медицинская помощь.
2. Приказ Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019 "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья" (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 N 55053).
3. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56819-2015 от 01.11.2017 «Надлежащая медицинская практика, инфологическая модель, профилактика пролежней».

Учебная литература:

1. А.А. Яковлев Объективизация выбора тактики лечения декубитальных язв у пациентов, находящихся в хроническом критическом состоянии, обусловленном поражением головного мозга: специальность 14.01.17 «Хирургия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2020. – 152 с.

2. Л.Г. Калигина, В.П. Смирнов. Основы сестринского дела: Руководство по медицинским манипуляциям. – Москва: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2016. – 432 с.

Интернет-ресурсы:

1. Внедрение национального стандарта «Профилактика пролежней» в практическую деятельность медицинской сестры: http://omrao.ru/images/doc/konf_fevr_18/Vnedrenie_standerta_Profilactica_prolejnei.pdf (дата обращения: 19.03.2022).
2. Предмет внимания в области ухода за пациентами // Региональная общественная организация медицинских сестер г. Москва URL: <https://mos-medsestra.ru/doc/280217-5.pdf> (дата обращения: 19.03.2022).

ОБЩЕНИЕ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Непомнящих Ирина Сергеевна

Руководитель Рогачева Ольга Петровна –
преподаватель ГБПОУ «СОМК» НФ ИЦМО

Ирбит

В оказании паллиативной помощи огромную роль играет медицинская сестра. Именно она, проводит больше всех времени с пациентом, выясняя его потребности. Медицинская сестра должна быть особенно подготовлена для того, чтобы иметь возможность разговаривать с пациентом на этапе оказания ему паллиативной помощи. Пациент на последней стадии заболевания, перед окончанием жизни, испытывает комплекс сильных переживаний, связанных с осознанием утраты жизни или приближение скорого конца жизни. Это может вызвать у пациентов сильную депрессию. Поэтому профессиональная и человеческая обязанность медицинской сестры облегчить как физические, так и душевные переживания пациентов. В это время очень важно слово, теплое, искреннее сострадание. [4 с. 50]

Медицинской сестре необходимо точно знать философию паллиативной медицины и хосписной помощи, идеологию и принципы организации, которые включают в себя командный подход, долговременность, доступность, достаточность, бесплатность.

Роль общения в основных функциях медицинской сестры велика. Начинается общение с выполнения первого этапа сестринского процесса, сбора информации. Сбор информации о пациенте в хосписах имеет свои особенности, так как приходится учитывать психологические особенности каждого пациента. Пациент обращает внимание на тон, тембр голоса, громкость, на невербальные знаки. Медицинской сестре особенно внимательно нужно следить за самой манерой разговора и конечно о смысле сказанного. Медицинская сестра должна обратить внимание во время беседы, на те проблемы пациента, которые ухудшают его настроение.

Так как процесс осознания утраты жизни имеет определенные стадии, то от медицинской сестры требуется знание всех этапов для того, чтобы предугадать чувства больного, которые он испытывает в каждой из этих периодов и подобрать нужные слова, перед тем, как она начнет с ним беседу.

Общение паллиативной помощи — наиболее ответственный момент, требующий от персонала особого настроения, чувства такта, деликатности и определенного мужества. Цель общения — достичь наибольшего взаимопонимания с пациентом, поэтому общение должно быть искренним, открытым и дружеским. Необходимо знать, что пациент нуждается в разных видах общения в зависимости от возникающих у него потребностей. Выделяют следующие виды потребностей больных в процессе общения с медперсоналом: потребность в информации, потребность в обсуждении диагноза, лечения и прогноза, потребность в утешении и совете, обычная потребность в общении между людьми, потребность в выражении и проговаривании своих чувств, потребность в подтверждении своей значимости и потребность в эмоциональной поддержке.[4 с. 57]

Литература

1. Липтуго М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь.— СПб: Искусство России, 2011.— 160 с.
2. Митр. Антоний Сурожский. Жизнь. Болезнь. Смерть.— Клин: Изд-во Христианская жизнь, 2014.— 112 с.
3. Национальная образовательная программа «Паллиативная медицина». Избранные лекции.— СПб: Национальный центр исследования и лечения рака, 2017.— 115 с.
4. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ ЧАСТЬ 1. ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ И ОБЩИЙ УХОД Л.А.Никитина ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ - РЕАЛЬНЫЕ ЛЮДИ

Осинцева Валерия Константиновна

Руководитель: Рогачева Ольга Петровна – преподаватель НФ ИЦМО

Ирбит

Современная медицина более 15 лет назад вернулась к понятию паллиативная помощь. Паллиативная помощь (ПП) детям – это активная и всесторонняя забота о теле, психике и состоянии духа ребенка, имеющего ограничивающее жизнь или угрожающее жизни заболевание или состояние, а также поддержка членов его семьи (ухаживающих лиц) во время болезни ребенка

и после его смерти. В России начато развитие данного направления медико-социальной помощи детям. [1, с.3]

Примерно год назад на Урале появился первый детский хоспис. Здесь оказывают паллиативную помощь маленьким свердловчанам и жителям области с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями. Осуществляют уход за тяжелобольными детками медицинские сестры, выпускницы медицинских колледжей Свердловской области ГБПОУ «Свердловского областного медицинского колледжа». [3]

Цель исследовательской работы: изучить деятельность медицинских сестер паллиативной помощи.

Задачи:

1. Провести подбор литературных источников по проблеме исследования.
2. Изучить объем медицинской паллиативной помощи детям.
3. Рассмотреть и представить в работе личности реальных медицинских сестер современной паллиативной помощи детям.
4. Представить доклад о современных медицинских сестрах детского хосписа.
5. Мотивировать студентов – однокурсников на примере личного отношения к оказанию помощи тяжелобольным людям.

Идея исследовательской работы пришла после проведения встречи с выпускницами 2019 и 2021 года специальности Сестринское дело ГБПОУ «СОМК» НФ Ирбитского ЦМО.

Ширшова Ксения выпускница 2019 года и Рогачева Елизавета выпускница 2021 специальности Сестринское дело Ирбитского ЦМО успешно оказывают паллиативную помощь тяжелобольным детям Областного детского хосписа. Сложное направление своей работы молодые девушки выбрали не случайно. В детский паллиатив их привел зов сердца. Как отмечают молодые специалисты в паллиативном отделении с детьми работать сложно, от медицинской сестры требуются особые качества, не все справляются, уходят. Самое сложное это уход в другой мир своих подопечных, которых ты еще вчера купал, кормил, переодевал, менял постельное белье, подушки и рубашки, которых уговаривал на укол, чтобы не болело, и которым ты не заметно, но привязался всей душой. Душа - это то, что самое главное в работе медицинской сестры хосписа. Если работать без эмоций, то дети это чувствуют и начинают капризничать, плакать, а тем более больные дети. Очень показательный пример для подражания -это реальные медицинские сестры, которые в настоящее время, отказывают себе в удовольствиях и помогают больным детям, справлять с болезнью.

Литература

1. Введенская Е.С. /О формировании современного понимания паллиативной помощи// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины; 2013; 3.

2. Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» №2. 2015г. «Организационная структура служб паллиативной помощи детям в России».
3. <https://vesti-ural.ru/2022/03/25/163473/>

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Коряков Андрей Михайлович

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна, педагог-организатор

Для начала XXI века характерно глобальное постарение населения, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медикосоциальной помощи. Потребность в оказании паллиативной помощи у общества постоянно растёт.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире паллиативная медицинская помощь необходима порядка 40 млн. человек, а получают её лишь 14% нуждающихся.

Согласно данным официальной статистики за 2021 в России в паллиативной помощи остро нуждаются порядка 800 тыс. человек.

Ситуация осложняется тем, что, во-первых, в России очень высокий уровень демографической старости: на 2021 г. количество граждан, чей возраст превышает 60 лет, составило более 20% (то есть в России каждый пятый житель старше 60 лет).

Население стареет и «доживает» до серьёзных хронических заболеваний, а прогноз долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2030 г. предполагает, что возрастная структура населения будет сдвигаться в сторону постарения. Во-вторых, активно растёт число онкологических пациентов: в 2021 г. было выявлено 617 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, что на 20 тыс. больше, чем в 2019 г.

Все это обуславливает актуальность выбранной темы.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи в амбулаторных условиях.

Объект исследования: организация сестринской паллиативной помощи в ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

Цель исследования – проанализировать роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» количество пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.
2. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» структуру пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.
3. Провести анкетирование пациентов ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» с целью выявления проблем, испытываемых ими.

Гипотеза: деятельность медицинской сестры напрямую влияет на качество жизни паллиативных больных.

Основными методами для реализации исследования были выбраны: аналитический, статистический, метод анкетирования, метод наблюдения.

Теоретическая значимость работы: углубление и расширение теоретических знаний, изучение научной литературы и особенностей оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Практическая значимость: разработка рекомендаций для медицинских сестер, оказывающих амбулаторную паллиативную помощь, разработка рекомендаций по уходу за паллиативными больными для родственников.

Для удобства практическое исследование было разбито на несколько этапов. На первом этапе исследования мы провели обширный анализ статистической информации.

На втором этапе исследования нами была составлена анкета, вопросы которой направлены на изучение деятельности медицинской сестры при работе с инкурабельными пациентами в амбулаторных условиях, через пациентов (Приложение 1).

Нами были проанализированы статистические данные зарегистрированных случаев выявления злокачественных новообразований в ГАУЗ СО «Красноуфимская районная больница» за период 2019 – 2021 г.

В 2019 г. на учете состояли – 1798 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 265 чел., 2020 г. – 1793 чел., из них впервые с установленным диагнозом 208 чел., 2021 г. 1865 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 264 чел.

После анализа статистических данных мы приступили ко второму этапу: проведению анкетирования пациентов.

В опросе приняли участие 48 человек, из них 32 женщины и 16 мужчин.

Наибольшее количество человек, принявших в опросе в возрасте 45-59 лет – 19 чел. (39,6%); в возрасте 60-74 – 15 чел. (31,3%); в возрасте 18-44 – 12 чел. (25%); старше 75 лет – 2 чел. (4,1%)

В процессе лечения инкурабельных пациентов обязательен контроль за своевременной сдачей анализов и проведением исследований для оценки эффективности выбранного метода лечения. В задачи медицинской сестры входит:

1. Мониторинг своевременности прохождения пациентов в положенные сроки назначенных процедур;

2. Заполнение документации;

3. Контроль за своевременной сдачей пациентами анализов.

Исходя из полученных данных (Рис. 4), медицинская сестра проводила контроль за своевременной сдачей анализов и проведением исследований в 73% (35 чел.), 10% (5 чел.) опрошенных ответили, что мониторинг не проводился и 17% (8 чел.) ответили, что контроль за сдачей анализов и исследованиями проводился иногда.

Умение ухаживать за собой важно для любого человека, особенно для больного, пациенты должны уметь сами себя обслужить, для этого медицинской сестре следует проводить обучающие беседы, показывать наглядные пособия, приглашать пациентов более опытных для обмена опытом. Так же важно обучить пациентов особенностям самопомощи в зависимости от их нозологии, медицинская сестра должна рассказать, как справиться с болью, какие позы стоит принимать при приступах, как, в каких дозах и когда дозволено использовать лекарства для купирования симптомов заболевания. Проведя исследование, мы получили следующие результаты:

Большинство опрашиваемых выбрали положительный ответ – 31 чел. (64,6%) и 17 чел. (35,4%) ответили, что медицинская сестра не обучала их правилам самоухода и самопомощи.

Если пациент не имеет возможности обслуживать сам себя, чаще всего эту ответственность на себя берут его близкие и/или родственники, их обучение правилам ухода входит в компетенцию медицинской сестры. Следует проводить беседы, организовать возможность отработки практического навыка хотя бы основных манипуляций, таких как:

- профилактика пролежней;
- смена постельного белья тяжелобольному;
- смена нательного белья тяжелобольному;
- неотложная помощь при рвоте;
- гигиеническая обработка полости рта;
- гигиеническая обработка тела;
- подкладывание судна.

Исходя из данных диаграммы, 29 чел.(60,4%) ответили, что с ними проводились беседы, поэтому мы делаем вывод, что медицинская сестра обучает близких и /или родственников пациента правилам ухода и помощи, если его состояние не позволяет это самостоятельно.

Реабилитация инкурабельных больных – это помощь в адаптации к изменившимся условиям жизни и улучшение её качества, минимализация возможного рецидива и побочного действия лекарственных средств.

Помощь в адаптации получают 42 чел. (87,5%) опрошенных, что является хорошим показателем.

Онкологическое заболевание является психотравмирующим, потому что угрожает жизни и подрывает привычные представления о ней.

Страх смерти и страданий деморализует и заставляет думать то, что никогда не придёт в голову здоровому человеку, поэтому паллиативные пациенты нуждаются в психологической помощи.

Психологическая помощь заключается в моральной поддержке для скорейшего возвращения к душевному балансу, к спокойному и даже деловому отношению к жизни, воспринимать диагноз не как трагедию со скорой гибелью, а как хроническое заболевание, которое не только трудно и долго лечится, но и излечивается.

Задача медицинского работника — мобилизация пациента на эффективную жизнь без излишнего негатива, каждый обязательно должен получить свою порцию моральной поддержки, разрешить душевные сомнения и выработать новые жизненные цели.

Поэтому мы задали вопрос: «Оказывала ли Вам медицинская сестра психологическую поддержку?» Положительно ответили 36 чел. (75%).

Так же мы поинтересовались в какой поддержке нуждаются паллиативные пациенты и получили следующие результаты:

- в медицинской паллиативной помощи – 43 чел. (89,6%)
- в социальной помощи – 27 чел. (56,3%)
- в психологической помощи – 32 чел. (66,75%)
- в духовной помощи – 18 чел. (37,5%)
- в материальной помощи – 9 чел. (18,8%)
- в юридической помощи – 1 чел. (2%)

Оказание паллиативной помощи – это очень сложная система мероприятий, необходимых для того, чтобы улучшить качество жизни не только самого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания, но и его семьи, и близких ему людей. Деятельность медицинской сестры в оказании амбулаторной помощи пациентам очень важна, ведь на стационарном лечении круглосуточного содержания пациенты не могут находить постоянно, не всем пациентам необходимо круглосуточное наблюдение, большую часть времени они проводят вне стен больницы. Именно в этот период они нуждаются в поддержке, информировании и уходе. Медицинская сестра, должна учитывать все нюансы данной ситуации и сопровождать больного на этом нелёгком пути.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 02 июля 2021г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». - URL: <https://sudact.ru/law/> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016г. №164-р «Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». - URL: <https://docplayer.com/33614162> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.
3. Приказ Минздрава РФ от 1 февраля 2020г. №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/> (дата обращения 19.10.2021). Текст: электронный.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2019г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL:<https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 16.09.2021)
5. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – URL: <https://base.garant.ru/70195856/><https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 12.04.2022).
6. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология». – URL: <https://base.garant.ru/70346920/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#friends> (дата обращения 12.04.2022).
7. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179388/ (дата обращения 12.04.2022).
8. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». – URL: <https://base.garant.ru/71022908/>(дата обращения 12.04.2022).
9. Введенская, Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России. Паллиативная помощь и реабилитация. - 2012. - № 2. - С. 55-58.– Текст непосредственный.
10. Гнездилов, А.В. Проблемы хосписной службы в России: Материалы Конференции «Всемирно против рака» / А.В. Гнездилов. - Москва: Спец Лит, 2015. – 24, 25с. - Текст: непосредственный.
11. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. Г.А. Новикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с.- Текст: непосредственный.

12. Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1.- Текст: непосредственный.

13. Красникова Н.В., Шеметова Г.Н./ Организация и нерешенные вопросы оказания паллиативной помощи больным терапевтического профиля// В сборнике: Интегративные исследования в медицине. Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции.Саратов: изд-во Саратов.гос.мед.ун-та.- 2014.- Текст: непосредственный.

КРАТКИЙ ОЧЕРК БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЯМИ В РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Бахарева Мария Михайловна, Грохотова Елизавета Викторовна,

Романов Виктор Романович

Руководитель: Решетникова Ирина Юрьевна

преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»

Каменск-Уральский городской округ

Мир не раз подвергался таким угрозам и вызовам, как инфекционные заболевания. В разные исторические эпохи эпидемии заразных болезней наносили страшный удар по развитию государств, вели к уничтожению населения, гибели культур. В 2020 году мир столкнулся с такими забытыми понятиями, как “карантин”, “изоляция”, “санитарный кордон” и тому подобными. Кажется, что вновь вернулись времена XVI–XIX веков.

Целью нашей работы было проследить эволюцию методов борьбы с эпидемиями в России.

Настоящее испытание обрушилось на Русь во времена “Чёрной Смерти”, мировой пандемии чумы 1346–1353г.г. Для борьбы с пандемией была применена новая мера, доселе в Европе не применявшаяся – карантинная стоянка для судов в течении 40 дней. В поражённых мором городах устраивались внутренние карантинные дома, где была эпидемия, печатавали. Костры также стали одной из мер в череде противоэпидемиологических мероприятий, поскольку бытовало мнение, что огонь убивает инфекцию. В XV-XVI веке эффективной мерой в профилактике инфекционных болезней на Руси стало распространение бань, где мылись с мылом и обязательно одевались в чистое бельё. Для лечения от заразных болезней монастырские врачи в Древнерусском государстве широко использовали опыт народной медицины: полынь, крапиву, подорожник, можжевельные ягоды, березовый сок, мед, печеный лук, закваску теста, а также различные минералы и камни [1].

В XVII веке Московское царство охватили страшные эпидемии сыпного и брюшного тифа, чумы, оспы, сибирской язвы. Чтобы остановить заразу умерших хоронили в братских могилах, устраивали «засеки» вдоль границ, письма передавали через огонь, дома очищали от трупов и вымораживали. Заболевшим грозила отправка в ссылку и даже смертная казнь.

В царствование Петра Великого Россия XVIII века была охвачена моровой язвой, были созданы первые санитарные службы, стали мостить улицы в главных городах страны, ежедневно вычищать их от сора, появились военные госпитали и гражданские больницы. Были основаны медицинские школы нового типа с европейским подходом к преподаванию.

Во второй половине XVIII в. в царствование Екатерины Великой для борьбы с эпидемиями были созданы медицинские кордоны на путях возможного распространения инфекций, появились «пограничные доктора» и «пограничные лекари», производилась дезинфекция строений и одежды уксусом и окуривание дымом можжевельника или ели. В 1800 году впервые в России появились врачи-эпидемиологи. Самойлович Д.С. (1746-1805) предложил делать прививки против чумы медицинскому персоналу, класть на предплечье марлю, пропитанную гноем из зрелого бубона.

К началу XIX века мир пережил семь пандемий холеры, или собачьей смерти, как ее прозвали в народе. С 1829-го по 1831 год холерой в России переболели около 500 тысяч человек, около 200 тысяч из них умерли. Средствами борьбы продолжали оставаться хлор, деготь, хвойные растворы и уксус, которыми обрабатывали все жилые помещения. Официальные врачебные рекомендации советовали больным холерой разнообразные профилактические средства: кровопускание, теплую ванну, питье теплого отвара из ромашки, мяты, шалфея, мелиссы, натирание тела спиртом, скипидаром или вином. Но появился и новый подход - социальная гигиена, основоположниками которой в России стали ученые-гигиенисты А.П. Доброславин и Ф.Ф. Эрисман. Благодаря их усилиям появились санитарные врачи и инспекция, развилась практика личной гигиены. С конца XIX века активно развивается микробиология и вирусология, основы которой в России были заложены ботаником Д.И. Ивановским в 1892 году. Это позволило создать вакцины из живых или убитых возбудителей [2].

К началу XX века серьезной проблемой продолжали оставаться инфекционные болезни, передающиеся воздушным путем. Грипп испанка, который бушевал до окончания Гражданской войны, унес жизни более 1 млн. человек. В 1941 г. иммунологи Николай Александров и Нина Гефен разработали первую в мире поливакцину против семи инфекций - холеры, брюшного тифа, столбняка, двух видов паратифов и двух видов дизентерии.

В XXI веке эпидемии заразных заболеваний продолжают угрожать человечеству. В 2019 году человечество столкнулось с коронавирусом, который впервые был выявлен в декабре 2019 года в г.Ухань (Китай).

В каждую историческую эпоху были свои герои, которые помогали человечеству преодолевать столь опасные заболевания. Рискуя собой, спасали жизни других, открывая свое сердце и проявляя сострадание и милосердие.

Литература

1. «Эпидемии в России – от Куликовской битвы до наших дней. История возникновения социальной ответственности, госрезерва и господдержки подданных» <https://plusworld.ru/koronavirus/epidemii-v-rossii-ot-kulikovskoj-bitvy-do-nashih-dnej-istoriya-vozniknoveniya-sotsialnoj-otvetstvennosti-gosrezerva-i-gospodderzhki-poddannyh/> 28.05.2020
2. Бодров А. История эпидемий. От чёрной чумы до COVID-19., Центрполиграф, 2020 г. 319 с.
3. Лисицын Ф. В. Эпидемии, которые изменили мир. Наше Завтра, 2022 г.236с.
4. Список эпидемий и пандемии <https://ru.wikipedia.org/wiki> 28.03.2022
5. Эпидемии XXI века: 5 опасных вирусов новейшей истории <https://mz.mosreg.ru/sobytiya/novosti-ministerstva/21-04-2020-15-47-30-epidemii-xxi-veka-5-opasnykh-virusov-noveyshey-ist> 21.04.2020

СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ СОСТОЯНИИ НА ДОМУ ВОЛОНТЕРАМИ НОВОУРАЛЬСКОГО ФИЛИАЛА ГБПОУ «СОМК»

Аджигитова Алена Александровна, студентка,
Стародубова Евгения Викторовна, преподаватель,
Шалавина Ольга Николаевна, заведующий практикой
Новоуральского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Новоуральск, Россия

Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, имеющий своей целью улучшение качества жизни паллиативных пациентов и членов их семей. Приоритетным направлением данной помощи является достижение эмоционального равновесия и физического комфорта пациента.

На территории Свердловской области для сопровождения людей в паллиативном состоянии на дому реализуется проект «Волонтеры паллиативной помощи» при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области, Екатеринбургской и Верхотурской Митрополии, Свердловского областного медицинского колледжа, Лиги волонтерских отрядов Свердловской области.

С целью реализации проекта в Новоуральском филиале ГБПОУ «СОМК» был создан штаб в составе 23 волонтеров. На собраниях штаба обозначены основные задачи волонтерской работы: обучить волонтеров паллиативной помощи, обозначить паллиативных пациентов, определить их проблемы, составить и реализовать план ухода за пациентами.

За период с сентября 2021 года по февраль 2022 года волонтерами паллиативной помощи на территории Новоуральского ГО было совершено 201 выход, что составило 455 часов. Приняло участие 105 волонтеров к 52 паллиативным пациентам со следующими заболеваниями и состояниями: различные формы злокачественных новообразований (28 чел.- 53,8%), хронические прогрессирующие заболевания - полинейропатия, диабетическая ангиопатия с последующей ампутацией конечностей (6 чел.- 11, 5%), тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения (12 чел. – 23%), тяжелые необратимые последствия травм (4 чел. – 7,6%), деменция (2 чел. – 3,8%).

Этической нормой медицинской помощи является сотрудничество с пациентом. Хороший уход является мощным психологическим фактором, улучшающим настроение и самочувствие пациента. Объем работы волонтера при осуществлении общего ухода зависит от тяжести состояния больного и его способности к самообслуживанию

Неотъемлемой частью ухода является оценивание состояния пациента, его динамики – измерение АД, ЧСС, ЧДД, пульсоксиметрия, наличие одышки, осмотр кожных покровов на наличие пролежней, оценка боли по шкале, личная гигиена, помощь при тошноте и рвоте, подача

судна, смена памперса, кормление, прогулки, беседы, при наличии родственников- их обучение по уходу за пациентом.

При сопровождении этих пациентов волонтерами проводился уход за стомами (холецистостомой, нефростомой, гастростомой, уростомой, калостомой), обработка пролежней, массаж для профилактики контрактуры, перевязки при диабетической стопе.

К некоторым пациентам осуществляется ежедневный патронаж/уход. Это чаще всего одинокие люди, родственники которых давно умерли или живут в других регионах. Пациенты этой категории людей нуждаются не только в медицинском уходе, но и в психологической поддержке. Волонтеры Новоуральского филиала с этими пациентами читали книги, вывозили на прогулку в кресле - каталке, сопровождали в медицинские организации, ходили в магазин, готовили еду, убирали квартиру.

Из опыта работы представляем 2 пациентов:

Пациентка К. 68 лет. Находится на амбулаторном лечении с диагнозом рак пищевода IV ст. с метастазами в печень.

Пациент предъявляет жалобы постоянные тянущие боли в эпигастральной области, слабость, жажду, рвоту желудочным содержимым, затруднение глотания твердой пищи, потерю массы тела на 12 кг за последние 2 месяца.

Проведена операция в объеме гастрэктомии, выведена гастростома. Находится на химиотерапии.

При осмотре: Больная пониженного питания, рост 178 см, вес 52 кг. Кожа обычной окраски, сухая, тургор кожи снижен. АД 100/60 мм. рт. ст, пульс 100 уд/мин. Язык суховат, обложен белым налетом.

Проблемы: Боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, снижение аппетита, слабость, похудение, тяжесть в желудке, беспокойность своим состоянием.

Проведенная работа с данным пациентом:

1. Установление контакта с пациентом.
2. Первичная оценка (обследовании пациента)

Получение информации о здоровье и определение конкретных потребностей пациента в уходе, а также возможности оказания самопомощи.

Расспрос пациента и его родственников о факторах риска: пациентка курит, но принимает все усилия, для того чтобы избавиться от вредной привычки, питается мало.

Из анамнеза: в течение 25 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; обострение 2-3 раза в год. Вышеуказанные жалобы появились и постепенно нарастали в течение года. Похудела за последние 2 мес. на 12 кг.

ЧСС 100 уд. в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., ЧДД 18, t тела 370С

Кожные покровы бледные, сухие, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно;

Боли плохо купируются в/м введением кеторола 30 мг 2 раза в сутки;

Вызов участкового терапевта для коррекции обезболивающих препаратов. Назначен р-р трамадола 5%- 2 мл в/м 2 раза в сутки. Выписан рецепт;

Имеется зависимость засыпания от снотворного;

Поведение в постели – вынужденное;

Физиологические отправления не регулярные, диурез снижен.

3. Обезболивание: раствор трамадола 5%- 2 мл в/м 2 раза в сутки по назначению врача под контролем руководителя. Болевой синдром купируется в большей степени.

4. Утренний туалет пациентки, профилактика пролежней.

5. Проветривание комнаты – для обогащения воздуха кислородом.

6. Приготовление смеси для питания. Кормление через гастростому, уход за гастростомой.

7. Обеспечение физического и психического покоя – для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.

8. Контроль соблюдения постельного режима – для создания физического покоя, профилактики осложнений.

9. Обучение родственников больного позиционированию пациента.

10. Проведение инструктажей по подготовке к лабораторным исследованиям – биохимический анализ крови.

11. Смена нательного и постельного белья – для создания комфорта, профилактики осложнений. Обучение родственников больного смене постельного белья.

12. Организация досуга пациента – для создания максимально возможного комфорта и благополучия.

13. Проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) – для восстановления и поддержания нарушенных функций организма.

Пациентка М. 63 года, находится на амбулаторном лечении с диагнозом рак легкого IV стадии с метастазами.

На время курирования пациентка жаловалась на общую слабость, головокружение, бледность кожных покровов, боль в грудной клетке, усиливающуюся при дыхании и кашле, одышку, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, нарушения общего самочувствия. Похудела на 16 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет. Пациентка обеспокоена своим состоянием, утверждает, что ее мать умерла от онкологического заболевания, и она ожидает такого же исхода.

Объективно: состояние пациентки средней степени тяжести, сознание – ясное, положение в постели – вынужденное полусидячее, поведение адекватное. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание – одышка экспираторного характера ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные АД 130/60 мм. рт. ст., пульс 95 уд. в минуту. Отёки нижней трети голени. Температура тела 37,4 0С

Проблемы: Боль в грудной клетке, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови, резкая слабость, похудение, беспокойность своим состоянием.

Проведенная работа с пациенткой:

1. Установление контакта с пациенткой.
2. Первичная оценка (обследование пациента)

Получение информации о здоровье и определение конкретных потребностей пациента в уходе, а также возможности оказания самопомощи.

Расспрос пациентки и её родственников о факторах риска: пациентка не курит, питается мало, почти ничего не ест.

Из анамнеза: хронический обструктивный бронхит легких, чувствует себя больной в течении года. Диагноз рак легкого поставлен 8 месяцев назад. Обратилась к врачу в связи с усилением одышки, утомляемость, кашель.

Температура тела 37,4,0С, ЧСС 95, АД 130/60 мм рт.ст., ЧДД 22

Кожные покровы бледные, сухие, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно

Имеется зависимость засыпания от снотворного

Поведение в постели – активное

Физиологические отправления не регулярные, диурез снижен

3. Проветривание комнаты – для обогащения воздуха кислородом.
4. Обучение по применению карманного ингалятора (беродуал)
5. Обезболивание по назначению врача- кеторол 30 мг в/м 2 раза в сутки.
6. Обучение дыхательной гимнастике.
7. Обеспечение физического и психического покоя – для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.
8. Контроль соблюдения постельного режима – для создания физического покоя, профилактики осложнений.
9. Изменение положения больного через 2 ч – для профилактики пролежней. Обучение родственников больного позиционированию пациента (все положения в постели)
8. Смена нательного и постельного белья – для создания комфорта, профилактики осложнений. Обучение родственников больного смене постельного белья.

10. Мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта, профилактики осложнений. Обучение родственников больного уходу за кожей пациента, утреннему туалету.

11. Беседы: по улучшению питания пациента с высоким содержанием белка и витаминов; необходимости соблюдения диеты; контроля суточного диуреза; подсчету пульса; постоянного приема лекарственных препаратов

12. Проведение инструктажей по подготовке к лабораторным исследованиям – биохимический анализ крови.

13. Организация досуга пациента – для создания максимально возможную комфорта и благополучия – прогулки, чтение книг.

При изучении проблем пациентов мы пришли к выводу, что паллиативная помощь инкурабельным больным в домашних условиях возможна при условии:

- 1) оказания психологической и духовной поддержки инкурабельным больным;
- 2) осуществления медицинского ухода;
- 3) адекватного обезболивания и создания комфортных условий быта.

По отзывам пациентов и их родственников, благодаря паллиативной помощи волонтеров Новоуральского филиала ГБПОУ «СОМК», качество их жизни поддерживается на достойном уровне.

Литература

1. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела [Текст] / С. И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н.

ПАМЯТЬ ХРАНЯТ ЖИВЫЕ

Исполнитель: Куцык Яна

Руководитель: Гончарова Т.И., председатель ГК Серовского отделения РКК

Логинова Е.А., преподаватель Серовского филиала ГБПОУ «СОМК»

Серовский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Серов

Более 30 лет на базе Серовского филиала Свердловского областного медицинского колледжа работает волонтерский студенческий кружок под руководством преподавателя Логиновой Е.А. Реализуется студенческий проект «Рокковские медицинские сестры».

Социальным партнером является Серовское отделение Российского Красного Креста. Студенты организовывали акции в детской больнице, Доме ребенка, Доме сестринского ухода.

Основными направлениями студенческой деятельности стали: поиск архивных документов, волонтерская работа, социальное сопровождение ветеранов.

Цель нашей работы: нравственное воспитание в системе среднего профессионального образования посредством изучения деятельности Красного Креста.

Совместное многолетнее сотрудничество с Серовским отделением ООО Российский Красный Крест позволяет воспитывать у обучающихся чувство гордости за выбранную профессию, милосердие, умение и желание помогать близким. Архивные материалы хранятся в музее отделения ООО РКК. Студенты колледжа приходят на экскурсии, знакомятся с историческими материалами, оказывают посильную помощь ветеранам.

Из архивных документов установлено, что 22 ноября 1918 года в Богословском Горном округе было организовано отделение Красного Креста для оказания помощи больным и раненым воинам. Первым председателем Серовского городского комитета общества Красного Креста и Красного Полумесяца была Александра Григорьевна Сизикова.

На базе горкома Красного Креста в военное время были организованы курсы медсестер запаса Красного Креста и Красного Полумесяца без отрыва от производства. После окончания ускоренных курсов РОКК выдавались удостоверения. Практику проходили в госпиталях, оборудованных в школах, больницах и домах культуры города.

Самыми ценными артефактами в представленной работе являются личные воспоминания слушателей ускоренных курсов Красного Креста, организованных в военное время на базе Серовского отделения Российский Красный Крест для работы в госпиталях нашего города. Госпитали были развернуты в школах, домах культуры, больницах.

Сказать, что военное время было тяжелым – значит не сказать ничего. Им приходилось сутками не выходить из госпиталей, больниц и одновременно работать на заготовке дров, подсобном хозяйстве, отдавать кровь, получая мизерный паек, организовывать концерты для

раненых воинов, проводить занятия по подготовке школьных дружин и при этом не терять радость жизни, находя малейшую возможность повеселиться, сходить на танцы.

Улица Льва Толстого в городе Серове. Перед уходом на фронт слушательницы курсов посадили около Больничного городка берёзовую аллею – 40 березок. Они стоят и по сей день, напоминая о подвиге, служении и милосердии.

К сожалению, в настоящее время в живых осталась одна рокковская медицинская сестра – Матафонова Нина Ивановна.

Сопровождение, поддержка и участие в жизни РОККовских сестер, передача опыта, воспоминаний и той жизненной энергии, которая присуща только людям, пережившим годы Великой отечественной войны – вот направления работы Серовского отделения общероссийской общественной организации Российский Красный Крест совместно со студентами Серовского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж».

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Автор: Юсупова Зайнап Сухрабовна

Руководитель: Сутолкина Светлана Александровна

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г.Сухой Лог

Злокачественные образования в мире сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Наиболее распространенными в нашей стране являются следующие новообразования: рак легкого, рак молочной железы, рак толстой кишки, меланома кожи и другие.

В настоящее время меняется социальный подход к лечению онкологических пациентов. Во главу угла ставиться не только излечение болезни, но прежде всего адаптация и реабилитация пациентов в целом, улучшение качества его жизни. Ни для кого не секрет, что угрожающая смертью болезнь наносит психическую травму пациенту и существенно затрагивает его социальный статус.

Современное лечение онкологических больных является сложным процессом, в котором принимают участие врачи различных специальностей: хирурги, лучевые специалисты, химиотерапевты, психологи.

На сегодняшний момент уже назрела потребность в смещении роли медицинской сестры от технического исполнителя назначений врача в сторону высококвалифицированного помощника врача по уходу и обеспечению высокого уровня оказания медицинской помощи.

Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

Практическая значимость работы заключается в обосновании того что, люди страдающие онкологическими заболеваниями IV стадии, нуждаются в особом уходе, сочетающем в себе медицинскую, психологическую и социальную помощь. Нередко после того, как лечение по тем или иным причинам оказывается безрезультатным, человек остается один на один со своей проблемой. Родственники такого больного тоже часто не знают, как повысить качество его жизни, как помочь ему справиться со страхами и облегчить боль. Профессиональная паллиативная помощь онкологическим больным оказывает позитивное влияние на разные аспекты жизни самого пациента и его близких.

При решении поставленных задач можно смоделировать действия среднего медицинского персонала по улучшению качества жизни онкологических пациентов.

Исходя из этого, у медицинских сестер возрастет ответственность за здоровье пациента. Это позволит повысить образовательный уровень пациента.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) паллиативная помощь — это подход, имеющий своей целью улучшение качества жизни пациента и членов его семьи, оказавшихся перед лицом заболевания, угрожающего жизни. Цель достигается путем облегчения и предупреждения страданий, что подразумевает раннее выявление, оценку и купирование боли и других тягостных симптомов, а также оказание психологической, социальной и духовной помощи.

Таким образом, паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента. Смерть в этом случае рассматривается как естественный процесс. Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление.

Паллиативная помощь должна быть оказана всем без исключения больным с неблагоприятным прогнозом для жизни.

Эффективная паллиативная помощь в нашей стране может быть организована в тесном взаимодействии специализированных медицинских учреждений с представителями альтернативных или волонтерских организаций.

Принципы и стандарты помощи

Как мы уже говорили, сущность паллиативной помощи — не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход, кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и при

необходимости, духовную помощь. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.

Непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.

Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход. Для достижения наибольшего эффекта в оказании паллиативной помощи онкологическим больным приглашаются врачи различных специальностей, психологи, социальные работники, волонтеры и служители церкви.

Поддержка членов семьи больного. Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

Паллиативные подходы и методы

Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта.

Купирование боли и симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе.

Обычно боль возникает уже на последней стадии заболевания, утрачивая физиологическую защитную функцию и становясь крайне отягощающим жизнь фактором. В ряде случаев она связана непосредственно с опухолью, может быть постоянной или появляться периодически. Для эффективного купирования боли необходимо правильно оценить ее характер, разработать терапевтическую тактику и обеспечить постоянный уход. Наиболее доступным и простым в купировании боли способом является фармакотерапия. При получении необходимого препарата в правильной дозировке и через определенные промежутки времени этот метод эффективен в 80% случаев.

Психологическая поддержка

Онкологический больной постоянно находится в стрессовой ситуации. Тяжелое заболевание, изменение привычных условий жизни, госпитализация, сложные операции и лечение, потеря трудоспособности и инвалидность, угроза смерти не могут не действовать отрицательно на психологическое состояние человека.

При оказании паллиативной помощи с больным и его родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

Социальная поддержка

Психологические проблемы могут усугубляться и социальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход.

При организации паллиативной помощи обязательно нужно оказывать и социальную поддержку больному и членам его семьи. В функции специалиста по социальной работе при этом рекомендуется включать:

- диагностику социальных проблем больного;
- разработку совместно с врачами индивидуального плана социальной реабилитации;
- проведение мероприятий по соцзащите, поддержке, бытовому устройству;
- информирование больного о правах и льготах и помощь в их получении;
- организацию и проведение медико-социальной экспертизы.

Паллиативный уход за тяжелобольным пациентом - это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Создание благоприятных условий для онкологического пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

Литература

1. Булычев, Н. Победить рак / Н. Булычев. - М.: Геликон Плюс, 2020. - 392 с.
2. Васильев, В. А. Для Павловского и Прохорова раковая опухоль - пустяк / В.А. Васильев. - Москва: Машиностроение, 2018. - 846 с.
3. Вершинина, София Фатхутдинова Самое важное об онкологических заболеваниях / Вершинина София Фатхутдинова. - М.: Вектор, 2018. - 259 с.
4. Шмелев, Владимир Анатольевич Профилактика и цитокиноterapia онкологических заболеваний - эффективное улучшение или замена стандартных методов онкологов. Книга для больных, их родных и близких / Шмелев Владимир Анатольевич. - М.: Медпрактика-М, 2017. - 262 с.
5. https://glavonco.ru/cancer_register/Забол_2019_Электр.pdf
6. <https://www.oncology-centr.ru/patients/articles/prichiny-raka/>
7. <https://polyclin.ru/articles/diagnostika-raka/>

ДАР ЧУДНЫЙ (СВЯТЫЕ ПРАВОСЛАВНЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ)

Поморцева Василиса Дмитриевна

Руководители: Еселевич Ирина Игоревна, Супрунова Галина Васильевна

Фармацевтический филиал

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о голове,...
так нельзя лечить тело, не лечя душу.

Сократ

Перед молодым человеком, выбравшим свой жизненный путь, связанный с медициной, стоят вопросы: как эффективнее помочь исцелению человека от болезни, какой системы ценностей придерживаться?

Для православных важен не только светский, но и религиозный аспект в лечении заболеваний. Для полного исцеления, нужно лечить всего человека. Определить, какие нарушения на духовном, душевном и телесном уровне привели к заболеванию. В.Ф. Войно-Ясенецкий был первым ученым и врачом, который именно с медицинской точки зрения написал в трактате «О духе, душе и теле» о том, что дух человека – это его живительная сила, и что этот дух врачу нельзя игнорировать при работе с больным. Обратимся к жизни и опыту православных святых целителей.

Цель работы: исследовать святоотеческое отношение к болезни, выяснить к каким православным святым обращаются за помощью в исцелении различных болезней.

Практическая значимость работы заключается, прежде всего, в обретении молодыми специалистами в области медицины нравственных ориентиров в формировании общечеловеческих добродетелей.

В отличие от светской медицины, считающей, что здоровье норма, а болезнь нарушает эту норму, святые отцы полагали, что болезни и скорби могут послужить духовному возрастанию человека, помочь ему приблизиться к Богу. Но нередко подлинные причины заболеваний лежат в духовной сфере. Святитель Василий Великий пишет: «...не все недуги происходят естественно ...но часто болезни являются наказанием за грехи, налагаемым на нас, чтобы побудить к обращению». Болезнь имеет смысл, при ней необходимы усилия со стороны больного для приведения своего душевного устройства в надлежащий порядок: «Когда ...болен, особенно должен внимать свидетельству совести, чтобы освободить душу свою от всякого осуждения».

Главнейшее средство для исправления духовных причин недугов – молитва и покаяние. «Сын мой! в болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. (Сир. 39, 9–12). Православные врачи неоднократно убеждались, как молитва влияет на состояние человека: все его физиологические параметры приходят в норму.

Необходимо ознакомиться с некоторыми святыми целителями (целебниками). В христианском понимании «целитель» (целебник) – это личность, которая исцеляет, избавляет от болезней чудесным образом, при помощи благодати Божией. Эти врачи обладали необыкновенным врачебным искусством, которое не поддавалось объяснению с точки зрения формальной логики. Дару исцеления, который они получали от Господа, предшествовали праведная жизнь, многолетняя внутренняя работа над собой.

Ежегодно, 1 октября Церковь и весь православный мир почитает образ Девы Марии, именуемый «Целительница. Каждый верующий, что пришел с искренней просьбой к образу Богородицы получает: исцеление души от страданий, успокоение и силу духа; защите от несчастий и бед, от внезапной скорби.

Икона великомученика Пантелеймона целителя – одна из самых почитаемых святынь не только в России, а и во многих других странах. Христиане возносят лику целителя молитвы о здравии от самых трудноизлечимых и страшных недугов, об исцелении не только тела, но и души. При жизни он был врачом и сотворил много чудес, излечивая болезни человеческие с Божией помощью и верою в сердце.

Небесным покровителем земли Уральской считается святой праведный Симеон Верхотурский (Меркушинский) 1607-1642 гг. Всем призывающим его с верою подается заступление, от огня спасение, болящим – исцеление, глухим – слух, немым – разрешение уст. Особенно часто обращаются с молитвами к Верхотурскому чудотворцу при глазных болезнях и всевозможных параличах (это было одно из первых чудес от его мощей). И доныне продолжают истекать различные чудеса от мощей сего славного угодника Божия.

Святитель Лука (в миру Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий; 1877–1961) – ученый с мировым именем, один из основателей регионарной анестезии и гнойной хирургии. В 1923 году отец Валентин (Войно-Ясенецкий) принял монашеский постриг с именем Лука. Святителю Луке молятся перед операцией, чтобы она прошла успешно, об исцелении ребенка, быстром выздоровлении после хирургического вмешательства, во время депрессии или какого-либо душевного нездоровья.

Многие святые целители именуются также врачами-бессеребренниками, так как они безвозмездно, то есть, без всякой оплаты, врачевали болезни людей, стараясь, в то же время, исправить их нравственность и наставить на путь добродетели. И сегодня они являются нравственным примером для медицинских работников.

Литература

1. Алексей Мигальников. Христианское отношение к медицине // URL: <http://sdsmp.ru/news/n6785/>

2. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Проповеди и духовные беседы. // <http://www.biblioteka3.ru/biblioteka/luka/propovedi-tom-1/index.html> URL: <https://pravoslavie.ru/5729.html>

3. Святоотеческое отношение к болезни // URL: <https://pravoslavie.ru/5729.html>

НЕГРОМКИЙ ГЕРОИЗМ ТЫЛОВИКОВ

Крутикова Анастасия Александровна, Серебренникова Анна Сергеевна

Руководитель: Главатских Татьяна Владимировна, преподаватель

Фармацевтический филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г.

Екатеринбург

22 июня 1941 года из репродуктора прозвучало правительственное сообщение о вероломном нападении Германии на Советский Союз. Выступление В.М. Молотова заканчивалось словами: «Наше дело правое. Враг будет разбит. Победа будет за нами!» [1]. Жизнь каждого советского человека, каждой советской семьи изменилась. Мужчины ушли на войну, а старики, женщины и дети остались в тылу для выполнения тяжелой мужской работы. Во время Великой Отечественной войны во благо Отечества каждый день был героическим. Героизм бывает разный. Трудовой героизм в годы войны стал нормой поведения. Труженики тыла заслуживают такого же уважения и почёта, как и солдаты, воевавшие на полях сражений.

К началу Великой Отечественной войны у Алексея Ивановича Бузорина, проживающего в селе Ерилкино Самарской области было два сына, и подрастала дочь Дуся, жена умерла еще до войны в 1940 году. Старший сын Виктор уже был семейным человеком, только родилась дочь Лена. Алексей Иванович был человеком твёрдых моральных устоев, он понимал, насколько сложная была ситуация в стране и старался никогда не унывать. В те суровые и сложные времена он всеми силами старался приблизить ту самую заветную победу, оставаясь в тылу: летом на тракторе, зимой – скотником на свиноферме, работал по 16 часов в сутки, часто без выходных. Нередко были ночные смены, когда требовался ремонт сельскохозяйственной техники. За свой безотказный, самоотверженный труд Алексей Иванович заслужил уважение и почет среди односельчан. В январе 1944 года в семью пришло тяжелое известие – погибли оба сына, это была самая горькая новость за годы войны. Единственной отрадой Алексея Ивановича оставалась 12-летняя дочь Дуся, которая в труде не отставала от своего отца. В своем юном возрасте Евдокия работала на ферме дояркой наравне с взрослыми женщинами. И вся домашняя работа легла на хрупкие плечи подростка: ежедневно топить печь, носить воду из дальнего колодца, приготовить нехитрый обед, ухаживать за домашней скотиной. Из некогда большого хозяйства довоенной поры – коровы, поросята, куры – к концу войны остались только куры.

Тамаре Алексеевне Дурниной из деревни Рудка Нижегородской области было 12 лет, когда она начала работать в годы войны на сплаве. Сплавляли тяжёлые брёвна с ранней весны до поздней осени, пока не замерзла Рудка – это один из крупных лесных притоков Волги в границах Нижегородской области и республики Марий-Эл. Между сплавами деревенские подростки собирали смолу хвойных деревьев для изготовления клеола. Клеол был нужен для госпиталей; это антисептическое средство, он выполнял роль современного пластыря. Вместе с другими девчушками Тамара зимними вечерами вязала варежки и носки, которые отправляли солдатам на фронт. Каждую весну река выходила из берегов и широко затопляла луга и деревню, в одну из таких вёсен вода поднялась на максимальный уровень, и весь деревенский архив был затоплен. Тамара Алексеевна всю жизнь много трудилась, была терпеливым человеком, но никогда не жаловалась, как плохо жилось в годы войны – выживать помогали песни, любовь к которым она привила своим детям, внукам и правнукам.

Эти семейные истории – истории неувидительные. Во многих семьях в те суровые времена в тылу много и тяжело работали. Сила духа людей тех времён поражает и восхищает до глубины души. То, как стойко наши предки перенесли выпавшие на их долю испытания достойно уважения и вечной памяти.

Литература

1. Выступление В.М. Молотова по радио 22 июня 1941 года Материал из Викитеки – свободной библиотеки [сайт]. – Россия – https://ru.wikisource.org/wiki/Выступление_В._М._Молотова_по_радио_22_июня_1941_г (Дата обращения 19.04.2022) – Текст: электронный.

ГУМАНИЗМ В ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВЕ

ВИКЕНТИЯ ВИКЕНТЬЕВИЧА ВЕРЕСАЕВА

Вараксина Мария Дмитриевна, Шинкарева Анастасия Ивановна

Руководитель: Казымова Галина Федоровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Екатеринбург

В начале XX века шутили, что в России больше всего писателей выпускают медицинские учебные заведения. В.В. Вересаев - еще одно тому подтверждение.

Викентий Викентьевич Вересаев родился в 1867 г. в семье известных тульских подвижников. Отец, врач Викентий Игнатьевич Смидович (настоящая фамилия Викентия Викентьевича – Смидович), был основателем Тульской городской больницы и санитарной комиссии, одним из создателей Общества тульских врачей, гласным Городской Думы. Мать Елизавета Павловна открыла у себя в доме первый в Туле детский сад. В 1884 г. В.В. Вересаев с серебряной медалью окончил Тульскую классическую гимназию и поступил на историко-

филологический факультет Петербургского университета, по окончании которого получил звание кандидата. Писать стихи и переводы В.В. Вересаев начал в четырнадцать лет, считая началом своей литературной деятельности публикацию рассказа «Загадка» в журнале «Всемирная иллюстрация» в 1887 г. Семейная атмосфера, в которой воспитывался будущий писатель, была проникнута духом православия, деятельного служения ближним. Этим объясняется увлечение Вересаева годы идеями народничества, под влиянием которых он поступил в 1888 г. на медицинский факультет Дерптского университета, считая врачебную практику лучшим средством узнать жизнь народа, а медицину – источником знаний о человеке [1, с.125].

В период обучения он с большим усердием и увлечением работал в клиниках. Во время холерной эпидемии 1892 г. В.В. Вересаев поехал на борьбу с болезнью в Донецкий бассейн, где два месяца заведовал холерным баракком недалеко от Юзовки. В 1894 г. несколько месяцев практиковал на родине в Туле и в том же году как один из лучших выпускников университета был принят на работу в Петербургскую Боткинскую больницу [2, с.5].

В 1895 г. В.В. Вересаева увлекли политические взгляды, что нашло отражение в литературных произведениях. «Записки врача», изданные в 1901 г., и представляющие собой автобиографию от первого лица, потрясли общество медицинскими проблемами и вызвали многочисленные критические отзывы в печати, но произведение быстро стало популярным у читателей, а автор известным в литературной среде. Весной 1903 г. в Крыму В.В. Вересаев познакомился с А.П. Чеховым, осенью того же года посетил Л.Н. Толстого в Ясной Поляне. Позже, в 1910 г. он создаст объемный труд о двух писателях уходящей эпохи - Л.Н. Толстом и Ф.М. Достоевском [3, с.4].

В 1904 г., во время Русско-японской войны, В.В. Вересаева призвали на военную службу и как военного врача отправили в Маньчжурию. Он нес службу в тяжелейших условиях, не раз ему приходилось оперировать буквально на передовой. События русско-японской войны 1904–1905 гг. В.В. Вересаев в присущей ему реалистической манере изобразил в рассказах и очерках, составивших сборник «На японской войне». С началом Первой мировой войны писателя вновь мобилизовали в действующую армию, и с 1914 по 1917 гг. он руководил военно-санитарным отрядом Московской железной дороги [3, с.5].

После 1917 г. В.В. Вересаев полностью обращается к литературе, чрезвычайно плодотворно развивая эту деятельность, публикуя множество романов и документальных исследований жизни А.С. Пушкина, Н.В. Гоголя. Он основал новый жанр в русской литературе – хроника характеристик и мнений. Его перу принадлежат многочисленные переводы памятников древнегреческой литературы, среди которых Илиада и Одиссея Гомера [2, с.10].

Литература:

1. Быстров В. Н. Вересаев Викентий Викентьевич // Русская литература XX века. Прозаики, поэты, драматурги. Биобиблиографический словарь: в 3 томах. — М.: ОЛМА-ПРЕСС Инвест, 2005.
2. Вересаев В.В. [Электронный ресурс]
<http://veresaev.lit-info.ru/?ysclid=11db9d85k6>
3. Малахова И. Писатели-врачи [Электронный ресурс]
<https://www.culture.ru/materials/253374/pisатели-vрачи>

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ-ВАЖНЕЙШЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Косарева Ксения Николаевна

Юркова О.А., преподаватель

ГБПОУ Свердловский областной медицинский колледж

г. Екатеринбург

Социальная реабилитация направлена на восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, открывает людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе. Целью социальной реабилитации является обеспечение оптимального участия пациента в экономической и социальной сферах жизни.

В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это крайне важно, так как позволяет задействовать сохранные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за своё поведение.

Вектор психореабилитационных мероприятий в нашей стране смещён в сторону реализации прав пациентов без формирования соответствующего этим правам уровня их (пациентов) ответственности. В настоящее время механизм формирования (развития) правовых и морально-этических обязательств лиц, страдающих психическими расстройствами, находится в зачаточном состоянии. Дальнейшее усиление грамотности пациентов без наличия механизма их ответственности уже приводит к определённому дисбалансу на различных уровнях системы социального функционирования.

Комплекс психосоциальной реабилитации может состоять из следующих основных блоков: психообразование, тренинги и обучающие программы, формирование терапевтической среды, социальная помощь.

Темами психообразовательных занятий являются: причины болезни, проявления заболевания, лечение, социальная поддержка, закон о психиатрической помощи. [1, с. 19].

Социальная помощь в работе с поведенческими расстройствами является важнейшим направлением. Это - работа с социальным окружением больных, восстановление документов, жилья, определение группы инвалидности с последующими индивидуальными программами реабилитации, помощь в восстановлении пенсионного обеспечения, решение вопросов дееспособности, а в некоторых случаях производится идентификация личности больных. [3, с. 219].

Принятие решения о включении пациента в те или иные психосоциальные мероприятия должно возлагаться на полипрофессиональную бригаду, включающую в свой состав врача-психиатра, психолога, специалиста по социальной работе, а также юриста.

Таким образом, грамотная и своевременная социальная реабилитация поведенческих расстройств в комплексе с медикаментозной терапией является залогом успешного лечения и реабилитации.

Список использованной литературы:

1. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Строжакова. – М.: ИД «Медпрактика-М». - 2014. – 215 с. – Текст : непосредственный.
2. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер. – М.: ИД «Медпрактика-М». – 2020. – 380 с. – Текст : непосредственный.
3. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. Под редакцией проф. И.Я. Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «Медпрактика-М». – 2019. – 320 с. – Текст : непосредственный.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Косарева Ксения Николаевна, Опалева Анна Николаевна

Юркова О.А., преподаватель

ГБПОУ Свердловский областной медицинский колледж

г. Екатеринбург

Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их жизни. Этот подход способствует сохранению достоинства, качества жизни и адаптации к прогрессирующим заболеваниям путем использования наиболее достоверных фактических данных.

При планировании и организации паллиативной помощи необходимо учитывать, что данный вид помощи требуется пациентам с широким спектром медицинских проблем, угрожающих жизни. Следует учитывать такие особенности: большинство взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи, имеют хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания (38,5%), рак (34%), хронические заболевания органов дыхания (10,3%), СПИД (5,7%) и сахарный диабет (4,6%). [2, с. 119].

Одним из наиболее частых и серьезных симптомов, испытываемых пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, является боль. Так, например, 80% больных СПИДом или раком и 67% пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний или хронических обструктивных заболеваний легких будут испытывать в конце жизни болевой синдром средней и высокой интенсивности. Основанием для паллиативной помощи, безусловно, является необходимость избавления от боли и других симптомов страдания, но паллиативная помощь не ограничивается этим и предусматривает меры по повышению качества жизни и даже оказание положительного влияния на течение болезни.

Паллиативные услуги и предоставляемая поддержка осуществляются в рамках помощи на дому, стационарной хосписной службы, хосписной службы дневного пребывания и других видов организации паллиативной помощи.

Еще одним необходимым компонентом паллиативной помощи является психосоциальная поддержка. В системе здравоохранения и медицинских учреждениях должны быть предусмотрены определенные простые функции для удовлетворения других потребностей пациента в конце жизни, таких, как духовные потребности, поддержка семьи, при необходимости правовая помощь, а также стимулирующая физическая среда.

Особенности планирования и организации паллиативной помощи связаны в первую очередь с выявлением пациентов, которым паллиативная помощь могла бы принести пользу, проведением первичной и повторной оценки физических, эмоциональных, социальных и духовных симптомов страданий членов семьи, выяснением, каких ценностей придерживается пациент и определением задач оказания помощи с учетом духовных, психологических и социальных потребностей.

Список литературы

1. Введение в паллиативное лечение - Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. – Собелл Пабликейшн, (Центр сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению, Оксфорд) 1992 г. –Текст: непосредственный.
2. Методологические подходы к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации / под ред. профессора Г.А. Новикова – М.: МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, 2020. – 208 с., табл., рис.-Текст: непосредственный.
4. Паллиативная медицинская помощь онкологическим больным - Шарафутдинов М.Г., Панченко С.В. и др. - 2017 г.-140с.-Текст: непосредственный.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В ИРБИТЕ

Личкатая Карина Романовна

Руководители: Бунькова Елена Евгеньевна, преподаватель

Гусарова Маргарита Миннизиявна, преподаватель

Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ «СОМК»

Ирбит

Указом из Пермского уезда 24 июля 1914 года создано местное отделение Общества Красного Креста в городе Ирбит. [1]

Многие годы Председателем отделения Общества Красного Креста работала Слащева Екатерина Алексеевна, она распространяла членские билеты, марки организовывала санитарные отряды для оказания помощи семьям погибших военнослужащих, многодетным, одиноким и нуждающимся людям. Создавались санитарные отряды и в школах, которые следили за чистотой в классах. Открывались госпитали, больницы, учреждения для нуждающихся лиц.

В 1941 году в Ирбите был организован госпиталь №1715 на базах школ, для лечения раненых с травмами конечностей, который возглавлял Дмитрий Иванович Мальгин. [1] В госпитале впервые начали осуществлять переливание крови, что спасло много жизни солдат.

В 1960 году было открыто отделение переливания крови под руководством Карпенко Галины Евстафьевны. Затем отделение возглавляли: Кибалов Николай Петрович и Вохмянин Андрей Михайлович. Миллионы жизней спасла кровь доноров. Дар своей крови - это символ современной цивилизации, пример гуманизма, социальной солидарности.

В дальнейшем городской Комитет отделения общества Красного Креста возглавила Ларионова Наталья Федоровна, которая работала в течение 20 лет, за эти годы: проводились слеты активистов Красного Креста. Соревнования санитарных постов и санитарных дружин, соревнования юных велосипедистов, юных санитаров, проведение лотерей. Активно проводилось обучение населения первой помощи. На каждом предприятии выбирался санитарный управляющий, проводились санитарно-гигиенические мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, по ведению и поддержанию здорового образа жизни. [3]

С 1 января 1984 года председателем ГК ОКК избрана Чернавская Виолетта Александровна и возглавляла местное отделение Общества Красного Креста до 2021 года. [3]

С ней работали сестры милосердия: Зырянова Зинаида Герасимовна, Поцелуева Елена Григорьевна - участница ВОВ, ветеран труда. За всё время работы Елена Григорьевна была награждена многочисленными наградами, это не только военные, но и мирные, всего их 15. Кроме того, она награждена знаком "Почётный донор". Имела много официальных благодарностей от общества Красного Креста, в числе которых медаль имени Николая Ивановича Пирогова.

Сестры милосердия посещали участников и ветеранов ВОВ с осмотром жилищных условий, оказания лечения, оказания медикаментозной помощи. Проводили санитарно-просветительскую работу среди населения. Принимали активное участие в соревнованиях санитарных постов и санитарных дружин, при школах, средних учебных заведениях, так же при проведении дней донора.

Организация местного отделения ОКК занималась организацией благотворительных мероприятий, гуманитарной помощью, многодетным семьям, одиноким, инвалидам.

Местное отделение общества Красного Креста работало в тесном контакте: с администрацией города, администрацией больницы, с различными обществами и медицинским колледжем по вопросам волонтерского движения. Волонтеры осуществляли помощь при проведении дней донора, при проведении различных добровольческих акций, участвовали в организации мероприятий.

На протяжении многих лет организовывались и проводились соревнования санитарных постов и санитарных дружин на городском уровне, так же, неоднократно, команды санитарных дружин принимали участия в соревнованиях областного уровня. [2]

Работа, проводимая местной организацией общества Красного Креста, постоянно освещалась в органах печати: газета «Восход», газета «Ирбитская жизнь».

Виолетта Александровна имеет множество наград, среди которых Медаль имени Николая Ивановича Пирогова и нагрудный знак имени Дарьи Севастопольской. [3]

В школе № 10 города Ирбита открыт музей посвященный работе городского отделения ОКК. [2]

Работа общества Красного Креста является значимой, так как до сих пор в нашем мире существуют горячие точки, такие как: Украина, Сирия, где люди нуждаются в помощи.

Милосердие служит неким фонариком, который зовет всех на свет любви и благодетели. Я считаю, что милосердие - это базовое чувство, которое должно быть заложено в каждом человеке. Ведь только помогая друг другу люди способны обрести мир и счастье. Милосердие приносит столько положительных эмоций. Ведь переведя старичка через дорогу или оказав помощь другу, человека переполняют светлые чувства. Милосердие является самым ярким и значимым пятном на картине мира. Без него люди бы потеряли человеческий облик. Поэтому так важно сохранять и развивать в себе это светлое чувство.

Литература

1. Архивные данные:
 - Фонд № 303 Отдел здравоохранения Ирбитского райисполкома 1927 – 1977гг
2. Газеты:
 - «Восход» № 97 от 25.07.1973г. (из цикла «Для вас любознательные»)
2. Интервью с Чернавской Виолеттой Александровной

МАДОННА МЕДСАНБАТА

Сугоняева Екатерина Сергеевна

Руководители: Бунькова Елена Евгеньевна, преподаватель

Гусарова Маргарита Миннизиявна, преподаватель

Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ «СОМК»

Ирбит

Родина моя, что будет, и что было –
Все я пополам с тобою разделю.
Вовсе не за тем, чтоб ты меня любила,
Просто потому, что я тебя люблю.

Счастливая Поля приехала домой, в город Ирбит, после окончания Тавдинского медицинского училища. В портфеле лежало направление на работу в Монголию. Но все планы рухнули разом, когда брат вбежал в дом и, задыхаясь, выкрикнул: «Война!».

На второй день из училища пришла телеграмма, в которой было сказано о необходимости приезда в Тавду. Восемь медицинских сестер пошли в военкомат. Поля была секретарем комсомольской организации училища, она настойчиво просила военкома от имени всех девушек отправить их на фронт.

Военком сказал: «В тылу, в госпиталях, вам нелегко будет». Первых раненых принимали со слезами на глазах. Им, еще совсем юными, не приходилось никогда видеть таких молодых ребят, изувеченных войной. Поля, перевязывая раны, никак не могла сдерживать себя, хотя знала, что нельзя расстраивать раненых своими переживаниями. Шли дни, недели, месяцы.

Девчата, в том числе и Поля, научились быть стойкими, внешне спокойными, умели вселить в бойца веру в выздоровление. Даже Алигьери писал: «Здесь нужно, чтоб душа была тверда, здесь страх не должен подавать совета».

И вот известие: их госпиталь переводят на Кольский полуостров.

Проезжая Вологду, Беломорск, девчата увидели своими глазами следы войны: разрушенные дома, эшелоны с ранеными.

В 1942 году в Мурманске Поля приняла первое боевое крещение. Госпиталь располагался в двух школах. Однажды во время дежурства, белой северной ночью фашистский самолет бомбил город. Взрыв раздался совсем рядом: бомба угодила в соседнее здание. Самолет носился над госпиталем так низко, что медицинские сестры видели силуэт фашистского летчика. От пулеметных очередей посыпались оконные стекла. Главный врач приказал всех раненых, которые не могут идти сами перетаскивать в бомбоубежище.

Не помнит Поля, который по счету был этот раненый, но знает, что он был огромного роста. Капитан Мельников, раненый в обе ноги не мог двигаться. Девушка взвалила его на свои плечи. Ноги подкашивались от тяжести, чуть не упала, но пошла. И, надо же случиться беде, только перетащила его через порог, как рухнула с потолка балка. Обоих придавило. Плача, Поля успокаивала капитана: - «Ничего страшного, сейчас мы быстро спустимся в бомбоубежище. Главное - мы живы!» После этого она два месяца сама пролежала в госпитале.

Наверное, их спасла молодость и вера в победу. Ведь порой не спали по 2-3 суток. После дежурства девушки стирали раненым белье, обмундирование. А сколько перестирано кровавых бинтов!

Однажды Полина подошла к секретарю партийной организации госпиталя и сказала: «Мне уже 20 лет, хочу вступить в члены нашей Ленинской партии». Секретарь ей ответил: «Что ж Полина, как комсомольский секретарь нашего эвакогоспиталя, ты отлично справляешься со своими обязанностями. И я первый напишу тебе рекомендацию в партию. Сразу даю поручение, будешь редактором нашей стенгазеты». Так в 1944 году Полина становится коммунистом и с честью оправдывает это звание.

8 мая 1945 года по очереди дежурили у радиорепродуктора, ждали важное сообщение.

И вот ПОБЕДА! Раненые, весь медицинский персонал, обнимались, плакали, не скрывая радостных слез.

Вернувшись в Ирбит, в 1946 году Полина Николаевна пошла работать в городскую больницу медсестрой. И проработала на посту сестер милосердия более 40 лет.

На ее парадном костюме сверкали медали «За оборону Советского Заполярья», «За победу над Германией 1941-1945 года». Юбилейные медали и орден «Отечественной войны 2 степени», которые она получила в честь 40-летия Великой победы.

Прожитые годы Полина Николаевна считала счастливыми, потому что выполнила свой гражданский долг в годы войны и материнский долг — вырастила детей.

Литература

1. Интервью с близкими Заправдиной П.Н.

ДЕТСКИЙ ДОКТОР МИРА

Ф.И.О. автора: Скоморохов Владимир Павлович

Руководитель: Юрьева Ольга Валерьевна, преподаватель

Ирбитский центр медицинского образования Нижнетагильского филиала

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Ирбит

Леонид Михайлович Рошаль — всемирно известный советский и российский педиатр и хирург, доктор медицинских наук, профессор и общественный деятель. С 2015 года он является президентом и директором НИИ неотложной детской хирургии и травматологии.

У этого легендарного доктора множество титулов: “Детский доктор мира”, “Гордость России”, “Национальный герой”, “Европеец года”, он был номинирован на Нобелевскую премию мира в 2007 году. Отважный врач лично вел переговоры с террористами во время захвата заложников: на Дубровке в 2002-м и в Беслане в 2004-м.

Рошаль был одним из ликвидаторов последствий катастрофы на железной дороге под Уфой, взрыва завода в Усть-Каменогорске, разрушительных землетрясений на Сахалине, в армянском Спитাকে, Египте, Японии, Грузии, Калифорнии, Индии, Афганистане, Турции. Работал в горячих точках Абхазии, Грузии, бывшей Югославии, был в чеченском плену. Это он создал и вошел в состав совета директоров Всемирной ассоциации неотложной помощи и медицины катастроф. Чудесных историй спасения пациентов можно насчитать десятки тысяч — за каждой из них невыносимая боль, страдание, страх и отточенная виртуозная работа доктора, который работал и продолжает работать несмотря ни на что.[1]

В городке Ливны Орловской области 27 апреля 1933 года началась биография Рошалья. Отец Михаил Филиппович служил в авиации, а поскольку дивизия периодически меняла место дислокации, семья часто переезжала по гарнизонам. Мама Эмма Лазаревна мечтала, чтобы сын пошел по стопам отца, но он уже в детстве хотел стать хирургом.[2]

Окончил педиатрический факультет 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в 1957г. затем работал участковым педиатром. С 1959-61гг. обучался в ординатуре на кафедре детской хирургии ЦОЛИУВ. В МОНИКИ работал с 1962г. сначала в должности младшего научного сотрудника, а с 1965г.- старшего научного сотрудника. В 1982г. избран по конкурсу руководителем отдела ургентной хирургии НИИ педиатрии АМН СССР. Кандидатская диссертация «Острая инвагинация кишок у детей» защищена в 1964г., докторская – «Отдаленные результаты односторонних операций на легких у детей» – 1970г.

Профессор является основателем научной школы в хирургии детского возраста по разработке консервативных методов лечения у детей хирургических заболеваний, требующих раннего оперативного вмешательства. Им разработаны консервативные методы лечения острых хирургических заболеваний грудной и брюшной полости (острая кишечная непроходимость, нагноительные заболевания легких и плевры), которые нашли освещение в учебниках и руководствах по детской хирургии и широко применяются в практической работе детских хирургов страны.

Л.М. Рошаль является автором и соавтором 250 научных работ, в том числе соавтором 7 монографий и руководств, ряда методических рекомендаций.

Он удостоен наград ВДНХ, имеет 8 свидетельств на изобретения. Под руководством Л.М. Рошалья подготовлено и защищено 25 диссертаций. Л.М. Рошаль неоднократный участник съездов, симпозиумов и конгрессов России, Германии, Англии, Испании, Японии, Греции, США и других стран.[3]

Литература

1. КТО? ЧТО? ГДЕ? – познавательный проект [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://kto-cto-gde.ru/story/8-luchshix-vrachej-rossii-o-kotoryx-dolzhen-znat-kazhdyj/> – «Лучшие врачи современной России».

2.[Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://24smi.org/celebrity/52158-leonid-roshal.html>

3.[Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://doctor-roshal.ru/roshal/biography/>

ОДНА ИЗ НЕМНОГИХ...

Сугоняева Екатерина Сергеевна

Руководители: Бунькова Елена Евгеньевна, преподаватель

Гусарова Маргарита Миннизиявна, преподаватель

Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ «СОМК»

г. Ирбит



Пускай никто не помнит молодой
Старушку, что спешит в библиотеку,
И мир, омытый талою водой,
Совсем уж близок к будущему веку.
А к ней война является во сне,
Как память о боях и артобстрелах,
О юности, о дружбе, о весне,
О горе деревенек обгорелых...

О Лебёдушкина

Папина Анфиза Федоровна родилась в 1922 году в деревне Шипово Ирбитского района. Муж погиб, она одна воспитала троих детей.

Как же Анфиза Федоровна попала на фронт?

В то время ей было 18 лет. В 1942 году в городе Ирбит развёрнули военный госпиталь № 1150 эвакуированный из Смоленска. Она узнала, что для госпиталя требуются рабочие, написала заявление, чтобы ее приняли на работу. Ее приняли санитаркой, хотя впоследствии ей приходилось выполнять работу санинструктора.

В 1943 году Смоленск освободился от немцев, и госпиталь обратно эвакуировался в город Смоленск. Анфиза и многие другие девушки по собственному желанию поехали из города Ирбита с этим госпиталем на фронт. Привезли их в город Смоленск станции Ельня, вот здесь и началась ее фронтовая жизнь. Учились по ходу: из неопытных новичков – в умелых специалистов.

Эшелон поставили в тупик, разгрузились под открытым небом, тут и бомбы, тут и зенитка гремит, тут и земля дрожит. Осенью холод, спали под открытым небом, ну а потом они нашли землянки, расселились кто куда. Хлеба давали по 500 грамм в день, давали сухой паек. Потом нашли большой сарай весь обстрелянный, там разместили кухню. После этого, всех стали кормить горячим обедом.

Работали день и ночь. Рабочий день начинался в 8-00, заканчивался в 23-00. Все занимались оборудованием зданий для больных, собирали щитовые домики, разрушенные дома ремонтировали. Копали траншеи для убежища.

Когда стали поступать раненые, а поступали они днем и ночью. Отдыхать приходилось всего 3 – 4 часа в сутки. Анфизе Федоровне приходилось самой таскать на себе раненых. Даже бывало, что она отдавала последние кусочки хлеба, чтобы накормить больных. Госпиталь был передвижной, переезжали с места на место. Сначала было очень страшно, а потом уже привыкли ко всему. Суровый быт раненых солдат и офицеров скрашивала отеческая, материнская ласка врачей, сестёр, санитарок. Милосердием не был обойдён не один пациент. Внутренняя духовная культура, доброжелательность, готовность по первому зову прийти на помощь страдающим, притягивала сердца пациентов к этой скромной женщине.

Потом госпиталь перевели в Могилев, а оттуда госпиталь доехал до Польши, там и закончилась война, а 9 мая 1945 года ее фронтовая жизнь.

После войны Анфиза Федоровна работала в колхозе.

В 1963 году вернулась в Ирбит, работала техническим работником в школе № 17, затем 12 лет работала поваром в родильном доме. О своей фронтовой жизни Анфиза Федоровна рассказывала со слезами на глазах, очень трудно было вспоминать и переживать это все заново.

За самоотверженный труд в годы Великой Отечественной войны и мирное время Анфиза Фёдоровна имеет правительственные награды, поощрения, благодарности.

Литература

1. Интервью с Папиной Анфизой Федоровной

МЫ ПОМНИМ ИХ ПОИМЕННО...

Тищенко Мария Игоревна

Руководители: Бунькова Елена Евгеньевна, преподаватель

Гусарова Маргарита Миннизиявна, преподаватель

Ирбитский центр медицинского образования НФ ГБПОУ «СОМК»

Ирбит



Той дальнею войной сердца опалены.
Все так же нивам зреть, цвести весной садам.
А юные друзья, что не пришли с войны,
Уж с внуками сравнялись по годам.

Проходит день за днем – друзей редееет строй,
И память в бой опять ведет тебя, солдат.
И праздничный салют ликует над землей,
Как ликовал он много лет назад!

Та давняя война... Но руки протяни –
Ее сердца хранят, она приходит в сны.
И внуки, что живут счастливо в наши дни,
Да будут этой памяти верны!

В военные годы Варвара Николаевна Дьяконова училась в Ирбитской фельдшерско-акушерской школе, где уделялось большое внимание военной подготовки: учились ходить строевым шагом, метать гранаты, стрелять из винтовки, даже при освоении медицинских наук им постоянно напоминали: "Девочки, вы нужны Родине, нужны фронту".

В 1943 году успешно окончив школу и получив квалификацию фельдшера, Варвара Николаевна была принята на работу в клиническую лабораторию первой городской больницы на должность лаборант, а в вечернее время по совместительству дежурным фельдшером на скорой помощи. В то время на станции скорой помощи дежурили 3 человека: фельдшер, санитарка и кучер - вызова обслуживались на лошади. Проработав несколько месяцев, девятнадцатилетняя девушка получила повестку в военкомат, где ей задали вопрос: "Хотите ли вы защищать Родину?". Она решительно ответила: "Да".

На следующий день четверо девчат-медиков, а в их числе и Варвара на станцию переливания крови второго Белорусского фронта, куда добиралась она уже одна на попутках грузовиках. Не успев прибыть на место, попала под бомбежку. Было очень страшно. Не знала она, куда бежать, где можно спрятаться, но все, преодолев, прибыла на место назначения.

Так в октябре 1944 года началась ее воинская служба. Станция переливания крови перемещалась за наступающей армией и разворачивались на базе госпиталей. В обязанности

Варвары Николаевны входили забор крови у доноров и определения группы крови. Пока велась подготовка к забору крови, все свободные медицинские работники принимали раненых с фронта, делали перевязки, а потом принимались за свою работу. Работали порой круглосуточно, окна в операционной были завешаны, и медики порой не знали, что за окном: то ли день, то ли ночь. Кроме того, вставал острый вопрос – где же взять доноров? Часто сдавала кровь сама, сотрудники госпиталей, регулировщики, мирные жители.

День Победы Варвара Николаевна встретила в городе Лигниц в Польше. До декабря 1946 года трудилась на польской территории и лишь в январе 1947 года, получив приказ о демобилизации, вернулась в родной Ирбит.

За время службы лейтенант второго Белорусского фронта В.Н. Дьяконова награждена орденом Отечественной войны второй степени, и медалями "За боевые заслуги", " За победу над Германией".

По возвращении сразу приступила к работе на прежнем месте, где и трудилась 20 лет. За время работы она в совершенстве овладела профессией, постоянно повышала уровень знаний. Качество сделанных ею анализов, не вызывало у врачей никаких сомнений. В тесном сотрудничестве несколько лет трудилась с Леонидом Григорьевичем Шестовских. В 1964 году перешла в лабораторию кожно-венерологического диспансера, где возглавила клинко-серологический отдел. За время работы щедро делились опытом, и подготовила себе достойную смену, помогала молодым специалистам советом. Лишь в возрасте 62 года ушла на заслуженный отдых.

Даже будучи на пенсии, приходила на помощь. Длительно время сдавала свою кровь как донор. За свой многолетний труд имеет много наград, почетных грамот и благодарностей.

Литература

2. Интервью с Дьяконовой В.Н.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Автор: Голикова Ксения Вячеславовна

Руководитель: Соколова Светлана Васильевна, преподаватель русского языка и литературы
Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
город Краснотурьинск

Основной текст тезисов

1. Понятие паллиативной помощи
2. Цель паллиативной помощи – повышение качества жизни
3. Направления паллиативной помощи
4. Компоненты паллиативной помощи
5. Модели оказания паллиативной помощи детям
6. Базовые услуги, предоставляемые службами паллиативной помощи детям
7. Направления паллиативной медицинской помощи и паллиативного ухода
8. «Базовый пакет ухода» у ребенка, нуждающегося в паллиативной помощи
9. Помощь в «конце жизни»
10. Планирование «будущего» пациента (трудный разговор о «выборе пути»)

Список использованной онлайн - литературы:

1. https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2017/10/Amery_or_end_all.pdf
2. <https://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2020/08/Azbuka-PPD.pdf>
3. <https://dgp18.ru/wp-content/uploads/2020/06/Учебник-Паллиативная-помощь-детям.pdf>

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Авторы: Ершова Мария Владимировна, Печёрина Ульяна Георгиевна, Тунёва Анастасия
Алексеевна

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»
г. Краснотурьинск

Паллиативная медицина – область здравоохранения, направленная на создание пациенту и его семье лучшего качества жизни путем решения проблем не только физических, но и психологических. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии и изменчивое во времени.

Для достижения этих условий используется междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту. Главный принцип паллиативной помощи: «От какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым оно не было, какие бы средства не были использованы для его лечения, необходимо поддерживать для пациента то качество жизни и уровень комфорта, при которых он мог бы хоть ненадолго, но забыть о своём заболевании и не чувствовал бы себя в постоянной зависимости от окружающих» [1, с 3].

Современная паллиативная помощь – это прежде всего активная и всесторонняя помощь пациентам, решение психологических, социальных и духовных проблем. Лечение и забота складываются из свободного общения, должного ухода и оказания психологической поддержки близких пациента. Психоэмоциональный стресс – общее для всех паллиативных пациентов состояние на поздних стадиях неизлечимых болезней, которое значительно ухудшает качество жизни.

Эмоциональная настроенность пациента имеет большое значение для развития ответной реакции на болевое воздействие, поэтому определённые эмоции способны активировать «обезболивающие» системы организма. С целью снижения стресса и эмоционального напряжения у паллиативных больных можно обратиться к таким методам психологической поддержки, как: медитативные техники (в сочетании с ароматерапией); прослушивание музыки (классической, звуков природы) или аудиокниг и аудиоспектаклей; арт-терапия (можно использовать готовые картины по номерам или просто дать кисть и краски и рисовать на альбомном листе).

Арт-терапия может быть использована при таких заболеваниях, как рак, сердечная недостаточность, ВИЧ-инфекция или СПИД, деменция, хроническая болезнь почек в терминальной стадии и др. Ожидаемый эффект от проведения арт-терапии в сочетании с другими методами – снижение стресса, уменьшение боли, беспокойства, плохого самочувствия, усталости и депрессии, что, несомненно, приведет к улучшению качества жизни паллиативного больного. Ароматерапия – терапевтическое использование эфирных масел из растений. Эффект ароматерапии обусловлен связыванием химических компонентов эфирного масла с рецепторами обонятельной луковицы, воздействующими на эмоциональный центр мозга, лимбическую систему.

Таким образом, эффективное воздействие на лимбическую систему, например, с помощью положительных эмоций, полученных в ходе арт-терапии, способно привести к снижению болевого синдрома. Любое изобразительное искусство задействует определенные участки центральной нервной системы, вызывая возбуждение в соответствующих отделах коры больших полушарий, тем самым подавляя ощущение боли.

Литература

1. Паллиативная помощь вчера, сегодня, завтра: учеб. пособие / А. Л. Баскакова, С. С. Ганжула, Р. В. Коваленко [и др]; Краснодарский краевой базовый медицинский колледж. – Краснодар: 2013. – 15 с.

ГЕРОИЗМ В XXI ВЕКЕ

Ферхатова Севиля Ринадовна и Казымова Нармин Алван кызы

Руководитель: Соколова Светлана Васильевна

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Краснотурьинск

В современное время мы часто слышим фразу «Героями не рождаются, героями становятся». И мы задумались : «А кто такой герой? Соответствует ли толкование этого слова нашему времени?... времени компьютеров, виртуального мира». Ценности, идеалы наших пап и мам уже нас не удивляют. Но к чему стремиться современной молодёжи, на что опираться? Мы хотим посвятить свой проект не конкретному человеку, а, скорее, это будет собирательный образ. Наш мир полон различных опасностей, с которыми мы не всегда сможем справиться самостоятельно. Со времени разделения мир на страны и государства, овладения новыми знаниями и технологиями, да и просто увеличения количества населения число этих опасностей приумножилась. Только благодаря героизму некоторых людей удаётся выйти из катастрофических положений. Но давайте для начала разберёмся, что же такое героизм?

Цель: заключается в рассказе о героях нашего времени, показать примеры всеобщего героизма людей в современное время.

Задачи:

1. Узнать, что такое героизм?
2. Привести пример героизма
3. Раскрыть героический поступок

Понятие истинного героизма, как и любви, доброты, порядочности, благородства, милосердия и других человеческих ценностей, вечно. То, что навязывается сейчас «желтой» прессой и многими телеканалами – это искажение, а в некоторых случаях, и осквернение этого святого слова. Каков же он, герой 21 столетия? Мы считаем, что это человек, который готов, прежде всего, на самопожертвование. Некоторые люди считают, что прыгать через костёр с товарищами - это героизм, некоторые, что выполнять рискованные трюки с опасными для жизни элементами и так можно рассуждать очень много. На наш взгляд, героизм - это жертва. Сознательная жертва своей жизни, здоровья. На вопрос «Кого Вы считаете героем 21 века?» так сразу, с ходу, очень сложно ответить. Этот вопрос требует осмысленного и обдуманного ответа!

Крайне трудно обозначить какой-то определенный стереотип героя, так как для каждого человека на определенном этапе жизни существует свой герой. Оценивая субъективно, можно с твердой уверенностью сказать, что у каждого человека свой идеал. Так, понятие «Герой» часто отождествляют с понятием «Идеал». Для малышей – это добрая фея или доблестный рыцарь, для детей средней школы – это, в большинстве случаев, звезды экранов; для старшеклассников – это, вполне вероятно, старшие товарищи! Для студентов – бизнесмены, политики, иногда даже ученые! Герои для нас – это те люди, на которых мы хотели бы быть похожими, те люди, которыми мы восхищаемся, которыми мы гордимся.

Девятиклассник из Нижнего Новгорода спас старушку из огня, рискуя собственной жизнью.



В тот раз 15-летний Витя Лебедевдомой возвращался за полночь. Его мама была не против поздних прогулок сына: Витя занимается тайским боксом и в обиду себя не даст. Да и шел он по темным улицам не один, а с другом.

Вдруг в одном из окон Витя увидел яркие языки пламени. Огонь полыхал на третьем этаже.

«Звони пожарным!» – крикнул Витя другу и стремглав бросился к подъезду.

«Откройте! В вашем доме пожар!» – Витя обзвонил по домофону несколько квартир, но везде его отказывались впускать. Потом говорили: думали, хулиган. Витя решил действовать. Годы занятий спортом помогли ему легко забраться по газовой трубе на козырек подъезда. Мальчик толкнул окно, и оно поддалось. Витя кинулся на третий этаж.

«В подъезде стоял плотный черный дым, дышать было нечем, – вспоминает Витя, – на третьем этаже одна из дверей была приоткрыта. Из-за нее доносились слабые женские крики».

Школьник вбежал в горящую квартиру. Он увидел перепуганную бабушку лет восьмидесяти на вид, всю черную от дыма и копоти. «Помогите! У меня больные ноги – не могу идти!» – молила о помощи старушка. Витя схватил бабушку на руки и выбежал с ней на улицу. А потом опять кинулся в подъезд: нужно было предупредить всех, что дом горит.

«Ты что, с ума сошел? – пытался остановить Витю друг, – не ходи туда больше! Там кругом дым!»

Витя не послушался совета. Он обежал все квартиры до самого пятого этажа. На улицы высыпали плохо соображающие спросонья жильцы. Через 8 минут на место уже приехали пожарные. Они вывели из дома еще семь человек, в том числе шестилетнего мальчика.

Позже выяснилось, что виновницей пожара стала та самая бабушка, которую спас Витя. Старушка пыталась согреться с помощью электрической грелки, но та загорелась. К счастью, ее

квартира пострадала не так сильно: сгорел диван и закоптились стены. Но кто знает, чем бы закончилась ночь в том доме на улице Черняховского, если бы Витя не заметил огонь.

Парня наградили в МЧС, вручили благодарственное письмо и подарок. «Я не для наград это делал, – говорит Витя. – Нужно было помочь – помог. Даже не задумывался, что делаю что-то особенное. Вообще в тот момент ни о чем не думал».

Литература

1. <https://dodiplom.ru/ready/108694>
2. <https://znanio.ru/media/proekt-geroi-nashego-vremeni-251722>

ИСТОРИЯ КРАСНОГО КРЕСТА

Эргешов Ислам Кушубакович, Вагнер Олеся Борисовна 192 МС

Руководитель: Соколова Светлана Васильевна

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Краснотурьинск

Первая помощь - ряд лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых в необходимых при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, меры срочной помощи раненым или больным людям, предпринимаемые до прибытия медика или до помещения больного в медицинское учреждение.

Российский Красный Крест по этому направлению организует обучение населения навыкам оказания первой помощи в целях подготовки населения к оказанию первой помощи пострадавшим

Социальные программы РКК – это комплекс мер и реализованных задач, направленных на улучшение жизни особо нуждающихся граждан путем предоставления им востребованных социальных услуг.

Популяризация добровольного донорства крови и костного мозга

Донорство крови является одним из приоритетных направлений работы РКК. В годы Великой Отечественной войны благодаря работе РКК движение донорства стало массовым. На фронт было отправлено более 700 тысяч литров крови.

Российский Красный Крест формирует устойчивую базу безвозмездных доноров крови. Также деятельность РКК направлена на повышение информированности населения о донорстве костного мозга и расширение базы доноров.

Реализация программ социальной помощи нуждающемуся населению

Российский Красный Крест традиционно осуществляет следующие основные виды социальных программ:

- Организация патронажных услуг по уходу за пожилыми людьми и инвалидами на дому, в социальных и медицинских учреждениях, силами обученных медицинских сестер, социальных работников и сиделками Служб милосердия РКК
- Программы гуманитарной помощи нуждающимся
- Работа с социально неадаптированными группами населения

История Российского Красного Креста до 1917 года



У истоков создания и развития деятельности Российского Красного Креста стояли Великая княгиня Елена Павловна, знаменитый русский хирург Н.И. Пирогов, сестры милосердия, положившие начало общественной медицинской помощи раненым и больным воинам во время Крымской войны (1854-1855). После войны сестры под покровительством Великой княгини Елены Павловны ухаживали за больными в госпиталях Санкт-Петербурга и Кронштадта, в больницах для рабочих и лечебницах для неимущих. При общине действовала школа с бесплатным обучением для девочек из бедных семей, которых старшие сестры готовили к работе на милосердия.

История Российского Красного Креста с 1917 - настоящее время

В 1917г. Главное Управление Российского общества Красного Креста было упразднено, а вместо него был учрежден Комитет по реорганизации Общества, имущество и капиталы Красного Креста были переданы в государственную собственность. 20 ноября 1918г. – официальная дата начала деятельности общества Красного Креста советского периода. 1988 году во время землетрясения в Армении был создан первый спасательный отряд Красного Креста. В состав отряда вошли добровольцы, имевшие опыт оказания помощи в различных экстремальных ситуациях. На основе отряда в 1990г. была создана Спасательная служба Российского Красного Креста.



Российский Красный Крест оказывает гуманитарную помощь гражданам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, малообеспеченным и социально – незащищенным группам населения, а также ведет активную работу по обучению людей навыкам оказания первой помощи.

Литература

1. <https://www.redcross.ru/news/simvol-miloserdiya-i-gumanizma&ved=2ahUKEwiIprtoKf3AhXxo4sKHQ5rD2UQFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw20-c1FV-2bP68tjUXG6-1X>

2. <https://sn.ria.ru/20170512/1494168823.html&ved=2ahUKEwiIprtoKf3AhXxo4sKNQ5rD2UQFnoECB0QAQ&usg=AOvVaw3azpWhbe9mfXCZMallG7oP>

3. <http://scrcb.ru/health-school/172-260421&ved=2ahUKEwiIprtoKf3AhXxo4sKNQ5rD2UQFnoECB8QAQ&usg=AOvVaw32PwGTJb3Nc8JNrjbUkEec>

ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР У ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА

Осинцева Елизавета Сергеевна

Руководители: Ерыкалова Елена Сергеевна, Мальцева Светлана Павловна

преподаватели

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»

Каменск-Уральский городской округ

Контрактура – ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, которое вызывает атрофию мышц, проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости. Контрактуры могут поражать все тело [1]. Такое явление возникает из-за болевого рефлекса, заболевания мышц, рубцового стягивания кожи или сухожилий. Контрактуры часто становятся осложнениями внутрисуставных и околоуставных переломов, вывихов, ушибов и повреждений суставов, дистрофических и воспалительных процессов в суставах, заболеваний нервной системы. Пациент, жалея больной сустав, наоборот усиливает его обездвиженность. Стопа лежачего пациента довольно быстро опускается вперед и возникает контрактура голеностопного сустава – «конская стопа». Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид «птичьей лапки» [2].

Группа риска возникновения контрактур - маломобильные и лежачие люди, пациенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию. Контрактуры развиваются из-за ошибок ухода. Если пациент неподвижен очень длительное время, а профилактику контрактур не проводят, может появиться полная потеря подвижности суставов как результат костного сращения суставных концов костей – анкилоз [4].

Самое главное профилактическое мероприятие - придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии. Пассивные движения оказывают благоприятное влияние при тугоподвижности суставов. Выполняя несложные упражнения, мы добиваемся увеличения двигательного режима, укрепляем мышцы и связки, снижаем болевые ощущения. Важно добиться сознательного отношения пациента ко всем манипуляциям ухода. При уходе нужно с

осторожностью форсировать растяжение это часто наносит серьезный ущерб мышце. Особое внимание обращают на мероприятия для расслабления мышц [3].

При планировании ухода проводится анализ мобильности конечностей. Наличие контрактур фиксируют с описанием резерва мобильности. В физиологическом положении в постели достигают значительного снижения или даже полного. В случаях уже сформировавшихся контрактур необходимо осуществлять медленное и дозированное растяжение мягких тканей сгибательных поверхностей конечностей, прилагая усилия непосредственно к костям.

Проводя предупредительные мероприятия появления контрактур, можно помочь пациенту в сохранении способности к самообслуживанию, оптимальной социальной и бытовой активности.

Литература

1. <https://alzstore.ru/articles/general/profilaktika-kontraktury/#:~:>
2. <https://domapansiony.ru/informacija/stati/profilaktika-bolezney-sustavov-u-lezhachikh-bolnykh-effektivnye-metody/>
3. <https://dom-prestarelyh-ramenskoe.ru/stati/kontraktury.html>
4. <https://noalone.ru/infocentr/zdorove/kontrakturi-u-lezhachikh-bolnykh/>
5. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий [Текст] : учебник / С. И. Двойников ; под ред. С. И. Двойникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 448 с.
6. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура [Текст] : учебник / Епифанов, А.В. Епифанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 298 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Автор: Юсупова Зайнап Сухрабовна

Руководитель: Сутолкина Светлана Александровна

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г.Сухой Лог

Злокачественные образования в мире сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Наиболее распространенными в нашей стране являются следующие новообразования: рак легкого, рак молочной железы, рак толстой кишки, меланома кожи и другие.

В настоящее время меняется социальный подход к лечению онкологических пациентов. Во главу угла ставиться не только излечение болезни, но прежде всего адаптация и реабилитация пациентов в целом, улучшение качества его жизни. Ни для кого не секрет, что угрожающая смертью болезнь наносит психическую травму пациенту и существенно затрагивает его социальный статус.

На сегодняшний момент уже назрела потребность в смещении роли медицинской сестры от технического исполнителя назначений врача в сторону высококвалифицированного помощника врача по уходу и обеспечению высокого уровня оказания медицинской помощи.

Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

Профессиональная паллиативная помощь онкологическим больным оказывает позитивное влияние на разные аспекты жизни самого пациента и его близких.

При решении поставленных задач можно смоделировать действия среднего медицинского персонала по улучшению качества жизни онкологических пациентов.

Исходя из этого, у медицинских сестер возрастет ответственность за здоровье пациента. Это позволит повысить образовательный уровень пациента.

Паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента. Смерть в этом случае рассматривается как естественный процесс. Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление.

Сущность паллиативной помощи — не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход, кроме медицинского аспекта,

включает в себя психологическую, социальную, культурную и при необходимости, духовную помощь. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.

Непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.

Поддержка членов семьи больного. Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта.

Купирование боли и симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе.

Психологическая поддержка

При оказании паллиативной помощи с больным и его родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

Социальная поддержка

В функции специалиста по социальной работе при этом рекомендуется включать: диагностику социальных проблем больного; разработку совместно с врачами индивидуального плана социальной реабилитации; проведение мероприятий по соцзащите, поддержке, бытовому устройству; информирование больного о правах и льготах и помощь в их получении; организацию и проведение медико-социальной экспертизы.

Паллиативный уход за тяжелобольным пациентом - это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Создание благоприятных условий для онкологического пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

Информационные источники

1. Булычев, Н. Победить рак / Н. Булычев. - М.: Геликон Плюс, 2020. - 392 с.
2. https://glavonco.ru/cancer_register/Забол_2019_Электр.pdf
3. <https://www.oncology-centr.ru/patients/articles/prichiny-raka/>
4. <https://polyclin.ru/articles/diagnostika-raka/>

ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Ответственный по проекту: Хуснутдинова Ирина Викторовна,
преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Нижнетагильский филиал

Город Нижний Тагил.

Энтеральное питание является неотъемлемой частью терапии паллиативных пациентов. Но в разных состояниях пациенту могут потребоваться разные способы получения питания. Это может быть питание через назогастральный зонд, через гастростому и/или самостоятельное питание пациента специализированными продуктами (сипинговое питание).

Цель: Обеспечение индивидуального диетического питания паллиативного больного.

Задачи:

1. Рассмотреть виды энтерального питания
2. Рассмотреть смеси для энтерального питания, условия хранения и приготовления.
3. Техника постановки назогастрального зонда
4. Осуществление питания через назогастральный зонд
5. Уход за назогастральным зондом, подготовка к следующему кормлению.

Энтеральное питание является неотъемлемой составляющей в жизнедеятельности паллиативного пациента. Кормление пациента осуществляется как правило через ротовую полость. Но в силу обстоятельств кормление может осуществляться и через назогастральный зонд.

Показания для постановки:

- нарушение акта глотания;
- бессознательные состояния;
- отсутствие сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных новорожденных;
- перелом челюстных костей заболевания полости рта;
- отказ от пищи при психических заболеваниях.

Как правило, зонд вводят двумя методами:

1. Через нос (нехирургический метод)
2. Через небольшой разрез в брюшной полости (хирургический метод).

В работе мы рассмотрим питание пациента через назогастральный зонд, установленный нехирургическим способом.

Виды энтерального питания:

Используется три вида энтерального питания — болюсное, непрерывное и самотечное.

Болюсное питание — большие дозы смеси даются пациенту через зонд несколько раз в день. Этот вид больше всего приближен к обычному питанию.

Непрерывное питание — электронный насос подает небольшие дозы смеси в течение нескольких часов. Некоторым детям может потребоваться непрерывное питание, чтобы их меньше тошнило и рвало.

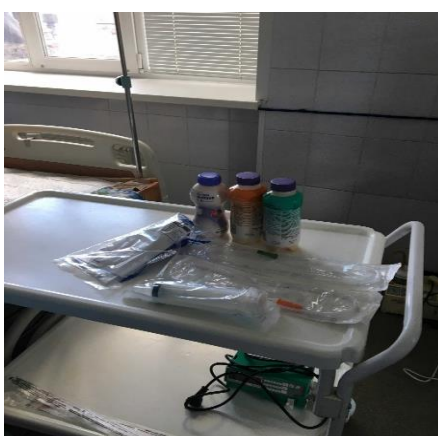
Самотечное кормление — пакет со смесью помещается на стойку для внутривенных вливаний, и заданное количество смеси капельно проходит через зонд с небольшой скоростью. Длительность такого питания зависит от потребностей пациента.



Пищевой и фармацевтической промышленностью выпускаются специальные смеси для энтерального питания, которые, в зависимости от состава и энергетической ценности, подразделяются на:

- Стандартные изокалорические питательные смеси (назначаются при нормальных потребностях в нутриентах и сохраняющейся необходимости в энтеральном питании при сохранной функции ЖКТ).
- Гиперкалорические смеси (назначаются при повышенных потребностях в белках и энергии или при необходимости ограничения жидкости).
- Смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами (назначаются при критических и иммунодефицитных состояниях).
- Питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна (назначаются больным сахарным диабетом);

- Смеси с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов (назначаются при нарушениях функции легких в стадии декомпенсации);
- Смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью (назначаются при нарушениях функции печени).
- Олигомерные смеси, содержащие дипептиды, трипептиды, некоторое количество аминокислот и являющиеся практически полностью всасываемыми (назначаются при нарушенных функциях ЖКТ (первые сутки после операций на ЖКТ, обширные резекции тонкого кишечника, ферментативная недостаточность различного генеза);
- Специальные иммуностимулирующие низкообъемныегипокалорические смеси с глутамином (назначаются в отделениях реанимации и интенсивной терапии в первые часы развития критических состояний).



Раннее применение клинического питания в критических состояниях является одной из основных составляющих интенсивного лечения больных:

- раннее применение энтерального питания в 1,5 раза уменьшает летальность в отделениях интенсивной терапии и реанимации;
- при применении клинического питания пациенты выходят из критического состояния в 2 раза быстрее, чем без его применения;
- при снижении массы тела у стационарного больного всего лишь на 5% продолжительность госпитализации увеличивается в 2 раза, а частота осложнений – в 3,3 раза.

Литература

1. ГОСТ Р 52623.3-2015 - НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Технологии выполнения простых медицинских услуг. МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
2. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.
3. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ N 345Н МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ N 372Н ПРИКАЗ от 31 мая 2019 года ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ

ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВКЛЮЧАЯ ПОРЯДОК
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОРГАНИЗАЦИЙ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ, ИНЫХ НЕКОММЕРЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ



ПРОГРАММА

**областной научно-практической конференции
«ЖИЗНЬ НУЖДАЕТСЯ В МИЛОСЕРДИИ»**

Нижний Тагил, 2022

ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА И ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД

Василенко Павел Анатольевич

Руководитель: Мальцева Евгения Евгеньевна, заведующий практикой Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»г. Асбест

Говоря об актуальности темы, важно отметить, что проблема развития паллиативной медицины в Свердловской области в настоящий момент стоит достаточно остро. В настоящее время неизлечимо больные люди выписываются домой из больниц без гарантированного обезболивания и ухода и практически лишены возможности достойно дожить оставшиеся дни, не став обузой для близких. А родственники зачастую не могут справиться с проблемами, сопровождающими остаток жизни неизлечимо больного.

Согласно данным регистра паллиативных больных, в Асбестовском городском округе зарегистрировано 840 человек, нуждающихся в паллиативном уходе. Из них 600 человек являются маломобильными.

Огромное значение играет организация паллиативной помощи на дому, что в настоящее время, бюджетные учреждения здравоохранения Свердловской области не могут обеспечить в полной мере.

Создание выездной патронажной службы паллиативной помощи — это менее затратный, проще организованный, но не менее эффективный способ оказания комплексной медицинско-социальной помощи паллиативным больным, который позволит если не полностью решить проблему развития паллиативной медицины в регионе, то значительно снизить её остроту.

С сентября 2021 года на территории Асбеста, в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи», реализуемого ГБПОУ «СОМК» при поддержке «Фонда Президентских грантов», осуществляют активные выездные патронажи 20 волонтеров. А также для обучения родственников и иных лиц, самостоятельно осуществляющих уход за паллиативными больными, страдающими от существенного ограничения физических возможностей (лежачими пациентами), организована «Школа ухода за паллиативным больным». Основной задачей которой является оказание психологической помощи вышеуказанным лицам и обучение их теоретическим основам и практическим навыкам общения с больным и ухода за ним. Это первые шаги по данному направлению.

Для оценки социальной значимости направления деятельности и необходимости организации патронажной службы было проведено анкетирование среди медицинских работников отделений, работающих с функционально-ориентированными пациентами, родственников тяжелобольных и маломобильных пациентов. По результатам анкетирования медицинских работников можно сделать несколько выводов:

Чаще всего к медицинским работниками обращаются с вопросами по особенностям гигиенического ухода за лежачим, инкурабельным родственником (58%) и вопросом профилактики возможных осложнений и сопутствующих/хронических заболеваний (33%). 9% медицинских работников консультировали родственников тяжелобольных пациентов в других вопросах.

100% медицинских работников уверены в необходимости «Школы ухода за тяжелобольными пациентами». Необычным результатом стало то, что медицинские работники, чья работа непрерывно связана с больными людьми, считают, что в бригаде, осуществляющей патронаж, должны присутствовать духовные наставники (81%) и профильные специалисты, ориентированные на заболевания анамнеза пациента (19%). Возрастная категория инкурабельных пациентов в более чем половине случаев старше 70 лет (53%), 60-70 лет (42%), и лишь в 2% возраст пациента не превышает 60 лет. По субъективным данным опроса сотрудников пациенты онкологического профиля составляют подавляющее большинство (64%) инкурабельных пациентов, на втором месте (31%) пациенты неврологического профиля, остальную же часть (5%) составляют пациенты, перенесшие хирургические заболевания и травмы, осложненные отягощенным анамнезом.

Говоря об анкетировании родственников, самостоятельно осуществляющих уход, можно выделить следующие выводы:

Физические и эмоциональные аспекты ухода составляют 35% и 40% соответственно. При этом проблему недостатка знаний выделяют 25% опрошенных. Большая часть анкетированных выделяют недостаток знаний именно в сфере гигиенического ухода (58%), 40% родственников больше интересуется сфера профилактики заболеваний и сопутствующих осложнений. 2% выделяют другие проблемы и другие интересующие их вопросы. Так же, важно отметить, что множество людей, осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами, не знают о существовании специализированной линейке уходовых средств (83%), и только лишь 17% слышали об этих средствах и пользуются ими. И их использование существенно облегчает процедуры ухода. Родственники в 72% случаев, как и медицинские работники, отмечают необходимость присутствия в специализированных патронажных бригадах Духовных наставников. По их словам, пациентам «Так будет легче принять...». В 28% случаях родственники хотят видеть, прежде всего, профильных специалистов, работающих именно по направлению заболевания тяжелобольного пациента.

К большому сожалению, 78% опрошенных не знают о существовании местного отделения социальной службы по работе с населением, либо не знают, что туда можно обратиться за помощью и поддержкой. Остальные же 22% пользуются или планируют воспользоваться такой помощью.

Основной вопрос, который интересует близких людей пациента, непосредственно перед выпиской из стационара: Какой специалист будет ответственен за продолжение паллиативного лечения?

Таким образом, на основании пожеланий родственников тяжелобольных пациентов, самих инкурабельных пациентов и работников паллиативной сферы, в состав патронажной службы должны входить: врач-терапевт, или фельдшер; медицинская сестра; духовный наставник; специалист социальной службы; психолог.

Так мы в полной мере оказываем инкурабельному пациенту медицинскую, эмоциональную, социальную и духовную поддержку.

АПТЕКА – ЗОНА МИЛОСЕРДИЯ

Метелева Виктория Григорьевна

Руководитель: Семенова Ольга Васильевна, преподаватель

Фармацевтический филиал

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца является крупнейшим в мире гуманитарным объединением, задача которого облегчать страдания людей, защищать жизнь и здоровье человека и обеспечивать уважение к человеческой личности. Его эмблемой является известный во всем мире ярко-алый крест на белом фоне. Исторически красный крест размещали на вывесках медпунктов и больниц, над входом в аптеки. В 1913 г. вышел закон, запрещающий использование эмблемы Красного креста в коммерческих целях и французские фармацевты предложили перекрасить красный крест в зеленый цвет, ассоциирующийся с лекарственными растениями. Сегодня эмблема зеленого креста размещается над входом большинства аптек в мире и России.

Организация помощи пожилым людям – одна из непопулярных сфер общественной жизни. При тяжелом материальном положении, которое испытывают пожилые люди, главным приоритетом для них являются не подарки и вещи, а милосердие и внимание.

Посетители аптек старше 60 лет составляют значительную часть среди клиентов аптечной розницы. Обычно люди в возрасте посещают аптеку, которая находится недалеко от их дома, но если им нравится, как с ними обращаются, если они чувствуют тепло и внимание со стороны сотрудников, искреннее желание помочь, то они становятся постоянными клиентами, пусть даже на путь до аптеки они потратят немало времени и сил. Пожилые люди, конечно, покупают не самые дорогие лекарства, но, как правило, у них накапливается много хронических заболеваний,

так что одним препаратом дело не ограничивается. Фармацевту необходимо учитывать особенности консультирования пожилых людей и относиться к ним с особым пониманием и заботой. Например, у возрастных посетителей аптеки часто бывают нарушения когнитивных функций, которые проявляются в забывчивости. В результате такие пациенты пропускают прием медикаментов или принимают их дважды. Ну а потом приходят в аптеку с жалобой на то, что лекарство или не действует, или приводит к возникновению побочных эффектов. Фармацевт в данной ситуации должен быть предельно вежлив и терпелив, очень корректно указывать посетителю на его упущения.

Порой, приходя в аптеку, пожилой человек забывает, какой конкретно препарат ему нужен. Помнит, что помогает от гипертонии и что таблетка белая, а упаковка зеленая. Правда, потом может выясниться, что упаковка розовая. Он просит перечислить все лекарства от давления, чтобы вспомнить, какое конкретно ему нужно. Или дать список, например, глазных капель, которые есть в наличии. Он выберет, какие нужно.

Бывает, что пожилой человек, длительное время принимавший какое-то лекарственное средство, привыкает к режиму его применения. И новый препарат начинает использовать по той же схеме.

Фармацевту важно помнить, что не у всех людей пожилого возраста есть серьезные проблемы со здоровьем, в том числе снижение умственных способностей, из-за которых они не могут самостоятельно принимать решения. При обслуживании клиентов преклонного возраста следует избегать подобных стереотипов. Вежливый тон, внимательное отношение и умение сконцентрироваться на проблемах пожилого клиента поможет быстрее найти с ним общий язык, повысить его лояльность и ускорить обслуживание.

Пожилые люди склонны к различным сомнениям и страхам. Они могут сомневаться в эффективности препарата или беспокоиться о том, не вызовет ли предложенное им средство побочных эффектов. Человека в возрасте, особенно пенсионера, нередко беспокоит высокая цена лекарства, если оно стоит дороже, чем он рассчитывал. Поэтому в разговоре с пожилыми людьми нельзя использовать негативные выражения, которые могут усилить их сомнения или страхи. Не следует говорить фразы подобные «это будет для вас слишком дорого», «для вашего возраста есть лекарство подешевле». В процессе обслуживания пожилых нельзя отвлекаться на других клиентов, так как человеку в годах бывает нелегко удерживать внимание, и если фармацевт прерывает общение с ним, то покупателю после паузы бывает трудно вновь сконцентрироваться.

Многим людям преклонного возраста бывает трудно воспринять новую информацию, поэтому не следует навязывать им инновационную медицинскую технику новейших моделей и очень уж убеждать отказаться от привычных им препаратов в пользу более современных. Предложить что-то поновее из препаратов, конечно, можно, но если покупателя не заинтересовало более эффективное средство от гриппа или современный хондропротектор, если он не хочет

ничего знать о преимуществах электронного тонометра последней модели, то не нужно убеждать и настаивать на своем. Нужно отпустить ему то, что он хочет, даже если это будет не самый действенный препарат. При обслуживании пожилого покупателя не следует говорить «это средство считается устаревшим» или «сейчас этим уже не лечат» – такое заявление может его обидеть и подорвать его доверие к лечению.

С годами у пожилых людей нередко возникают ухудшения слуха и зрения, многие становятся медлительными, с трудом воспринимают информацию, долго сомневаются, не торопятся с принятием решения о покупке, долго пересчитывают денежные средства для оплаты покупки... Фармацевт должен быть готов к этим явлениям, не торопить посетителя и не раздражаться.

При общении с пожилыми клиентами необходимо говорить четко, короткими фразами, не очень громко и желательно низким голосом, так как люди с нарушениями слуха плохо воспринимают громкие звуки и высокий женский голос. После каждого предложения желательно делать короткую паузу. Стараться говорить простым и понятным языком без сложных профессиональных терминов. Если пожилой покупатель просит инструкцию по применению препарата, нужно помочь ему ее прочитать, так как мелкий шрифт может быть слишком сложен для человека со слабым зрением.

Люди в преклонном возрасте зачастую принимают одновременно много лекарств от разных заболеваний, что повышает риск появления побочных реакций и нежелательных лекарственных взаимодействий. По данным ВОЗ, у возрастных пациентов старше 70 лет при приеме одного препарата нежелательные реакции возникают в 10% случаев, а с добавлением каждого нового лекарства этот риск повышается на 24%. Фармацевту следует в доступной форме подробно проинформировать их обо всех аспектах действия препарата.

Кроме того, пожилые люди очень сильно подвержены влиянию всех видов рекламы, поэтому они охотно покупают препараты, которые активно рекламируются по телевидению, по радио и в газетах. Есть и еще одна особенность: люди преклонного возраста больше доверяют лекарствам отечественного производства, поэтому выбирают именно их.

Проведенное анкетирование пожилых людей – клиентов аптеки ООО «Аптека Вита» г. Екатеринбург показало, что чаще всего аптеку посещают женщины-пенсионерки, средний возраст 60-75 лет. Уровень дохода которых, складывается только из пенсионных выплат. Траты на лекарства составляют менее 1000 рублей в месяц. Среди опрошенных 83% довольно часто приходится обращаться за помощью в аптеки, чтобы получить понятные разъяснения по поводу назначаемых лекарств. Лишь 17% участников проведенного опроса подтвердили, что понимают смысл написанного в инструкциях к лекарственным препаратам. Более половины (60%) респондентов назвали свой уровень медицинской грамотности высоким. Но только 23% смогли правильно оценить информацию в инструкции к лекарствам. Также в ходе опроса выяснилось, что

только 16% участников беседуют с врачом о профилактике и лечении, а вопрос, почему ему прописали определенное лекарство, задают 37% человек. При сильной боли к врачу идет только 41% респондентов. При ухудшении состояния к врачу готовы пойти 78% опрошенных. Охотно покупают препараты, которые активно рекламируются по телевидению, по радио и в газетах – 60%. Среди опрошенных людей преклонного возраста большинство доверяют лекарствам отечественного производства, поэтому чаще выбирают именно их – 65 %.

Работник первого стола аптечных сетей является последней инстанцией для пожилых покупателей лекарств. Поэтому ему необходимо следовать некоторым несложным, но требующим профессиональных знаний правилам.

- Подбирать для посетителей не только эффективные, но и максимально безопасные препараты с минимальным количеством побочных действий. Например, для уменьшения насморка лучше рекомендовать не сосудосуживающие средства, т.к. у пожилых людей они могут вызвать головную боль, а растворы морской соли.

- При запросе лекарств уточнить источник назначения, чтобы исключить самолечение.

- Выяснить, принимает ли пожилой человек другие препараты, и убедиться, что нет лекарственных взаимодействий, в противном случае предложить препарат, который будет безопасно сочетаться с остальными.

- Предупредить посетителя о возможных побочных эффектах.

- При необходимости дать четкие инструкции по приему лекарственных препаратов, желательно в письменном виде. Например, используя вторичную упаковку.

- Всегда убеждать принимать профилактические меры, в т.ч. избавляться от вредных привычек.

- Советовать использовать органайзеры с указанием даты и времени приема препаратов. Лучше, если это будет большой контейнер на 28 таблеток

- По возможности провести инструктаж родственников пожилых людей или их помощников.

Пожилые люди являются самой многочисленной группой потребителей лекарственных средств. Особенности оказания им фармацевтической помощи объясняются возрастными изменениями фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств, которые часто приводят к возникновению неблагоприятных побочных реакций. Пожилые люди относятся к наиболее трудной для общения категории посетителей аптек, что связано с индивидуальными особенностями адаптации и привыкания к старости, возрастными изменениями психики, ухудшением концентрации внимания, памяти, зрения, слуха. Старшая возрастная группа населения особенно восприимчива к элементам мерчандайзинга (расположение аптеки возле дома,

наличие яркой вывески, удобного входа, широкого ассортимента лекарственных средств по доступным ценам и возможность получить дополнительные услуги). При проявлении уважения и внимания к пожилым клиентам они могут стать одной из наиболее лояльных групп посетителей аптек. Аптека для пожилых людей – это не просто коммерческая организация, это то место, где они найдут внимательное отношение, почувствуют заботу и максимальную удовлетворенность своим потребностям. Аптека – это зона милосердия.

Литература

1. Володина Н. Особенности работы с пожилыми клиентами в аптеке / Н. Володина // Фармацевтический вестник. – 2019. – № 38 [Электронный ресурс].
2. Гурьянова М.Н. Психологические аспекты профессиональной работы провизоров по программе «Работа с пациентами пожилого возраста» / М.Н. Гурьянова, Е.С. Мезенцева // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – Т. 12. – № 5. – 2018.
3. Клиент в аптеке: тонкости общения с пожилыми людьми // Фармацевтический вестник. – 2019. – № 5 [Электронный ресурс].

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОЦЕНКЕ БОЛИ У ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА, НУЖДАЮЩЕГОСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Фандера Ирина Владимировна

Руководитель: Киселева Наталья Георгиевна, преподаватель

ГБПОУ СОМК ИЦМО

Город Ирбит

Оказание паллиативной помощи медицинским персоналам очень важно для улучшения качества жизни пациентов и их семей. Многие из них сталкиваются с проблемами, связанными с опасными для жизни заболеваниями. Благодаря ранней диагностике, правильному лечению и качественной оценке боли у пациента паллиативная помощь помогает облегчить и предотвратить страдания. В этот момент требуется решение многих проблем и вопросов, которые выходят за рамки купирования любых физических симптомов. Боль является одним из наиболее частых и серьезных симптомов, который испытывают пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Например, в конце жизни боль от умеренной до острой будут испытывать 80% больных СПИДом или раком и 67% пациентов с сердечно-сосудистым заболеванием или хронической обструктивной болезнью легких. Во всем мире паллиативную медицинскую помощь получают сегодня лишь около 14% людей, нуждающихся в ней [1].

Целью работы определить роль паллиативной медицинской сестры в оценке боли у тяжелобольного взрослого пациента, нуждающегося в паллиативной медицинской помощи.

Задачи работы: определить понятие паллиативной помощи, рассмотреть обязанности паллиативной медицинской сестры, изучить методы оценки боли и определить эффективные методы оценки интенсивности и характера болевого синдрома у тяжелобольного взрослого пациента для работы медицинской сестры.

Паллиативная помощь – это особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях с неблагоприятным прогнозом для жизни, активная и всесторонняя помощь пациентам, задачами которой являются, купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение, насколько возможно, наилучшего качества жизни больных и членов их семей [4].

Роль медицинской сестры очень ответственна, так как медицинская сестра имеет близкий контакт с пациентами, и их семьями, а также медицинская сестра выполняет большой объем работы по уходу. Основные функции медицинской сестры: определение проблем пациента, общий уход, контроль симптомов, психологическая и социальная поддержка пациента и его близких, обучение пациента и членов его семьи. Опытная медицинская сестра самостоятельно может в большинстве случаев облегчить состояние больного с помощью сестринских манипуляций. Для того, чтобы помощь была оказана правильно и эффективно необходимо уметь правильно ее организовать, а также выполнять сестринские обследования [5].

Боль является одним из наиболее частых и серьезных симптомов, который испытывают пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Боль у таких больных может быть разнообразной по причинам возникновения и клиническим проявлениям. Боль постоянная и имеет прогрессирующий характер. Контроль боли имеет 3 последовательных этапа, в которых обязательно участвует медицинская сестра и врачи: оценка боли, облегчение боли и оценка эффективности лечения. Оценку боли проводят на основании изучения анамнеза больного, описания боли и оценка ее интенсивности. Для оценки боли используется специальная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) [2]. При помощи медицинской сестры пациент оценивает интенсивность своей боли до лечения и после для оценки эффективности лечения. Также для оценки боли у детей от 3 лет и старше разработана специальная шкала, которая носит название Шкала боли Вонга – Бейкера. Она включает лица, которые определяют интенсивность от 0 до 6 и облегчает понимание силы боли [3]. Оценки боли невербальных пациентов (СРОТ) разработана для оценки боли у пациентов в бессознательном состоянии. Этот метод оценивает боль по четырем поведенческим признакам (выражением лица, движение тела, толерантность к ИВЛ или издавание звуков, напряжение мышц). Боль оценивается в покое, наблюдая за пациентом в течение 1 минуты два раза в сутки (утром и вечером).

Медицинская сестра обязательно должна знать о лекарственной терапии, а также владеть и разбираться в вспомогательных и психологических методах облегчения боли. Лекарственная терапия является самым основным методом обезболивания. Для того чтобы купировать боль используются ненаркотические анальгетики (НПВС), а также наркотические анальгетики (опиоиды) [2].

Таким образом, паллиативная помощь получила безусловное признание в рамках права человека на здоровье. Ее оказание должно происходить в рамках ориентированного на человека и комплексного медицинского обслуживания с особым вниманием к конкретным потребностям и предпочтениям индивидуума.

Литература:

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care-> паллиативная медицинская помощь [1. с. 1]
2. https://asmu.ru/upload/medialibrary/b0e/Agafonova_Alina_Sergeevna.pdf - особенности организации сестринского дела в работе хосписа [2. с. 14]
3. https://wikicsu.ru/wiki/Wong%E2%80%93Baker_Faces_Pain_Rating_Scale-Шкала оценки боли лица Вонга – Бейкера [3. с. 1]
4. <https://nacmedpalata.ru/?action=show>- Роль психологической помощи в Паллиативной медицине [4. с. 1]
5. <http://gkb8reg74.ru/2019/12/02/rol-medicinskoj-sestry-v-sisteme-palliativnoj-pomoshhi/> - Роль медицинской сестры в системе паллиативной помощи [5. с. 1]
6. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи, методы, приемы и средства оценки интенсивности и контроля боли у пациентов -<https://rulaws.ru/acts/Klinicheskie-rekomendatsii-solt-budcggbg/>

ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Осокина Софья Александровна, Бахарева Мария Михайловна

Руководители: Офицерова Наталья Александровна, преподаватель,

Мальцева Светлана Павловна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «СОМК»

Каменск-Уральский городской округ

Питание – физиологическая потребность организма, благодаря чему поддерживается жизнь. Питание у паллиативных пациентов затруднено. Причиной часто являются физиологические нарушения.

Глотание – важный и сложный процесс, который включает функционирование самых разных групп мышц и черепных нервов. Нарушение глотания, или дисфагия – любое, даже незначительное затруднение или возникновение дискомфорта при продвижении пищи в желудок. Степень и характер нарушений могут быть различными, важно их учитывать для профилактики аспирации («засасывание» пищи в дыхательные пути).

Пациента с нарушением глотательного рефлекса нельзя оставлять одного во время приема пищи. Необходимо следить за тем, чтобы пациент не торопился во время еды, не разговаривал, не отвлекался. Пациент должен класть в рот небольшое количество пищи, хорошо ее прожевывать, пить маленькими глотками (иногда необходимо добавлять в жидкость загуститель). Пища должна быть мелко порезанной или перетертой (лучше, если пациент имеет возможность наблюдать эти процессы).[2]

Больного следует поддерживать так, чтобы он ровно сидел в вертикальном положении со слегка наклоненной вперед головой.

Обращать внимание на то, не выпадает ли пища изо рта. Это может быть следствием того, что у больного плохо смыкаются губы или его язык двигается вперед во время глотка (вместо движений вверх и назад). Сразу после глотка необходимо обследовать полость рта больного. Поскольку при слабости языка пища может откладываться между щекой и деснами или между нижней губой и деснами, важно проверить, действительно ли произошел глоток.

Рекомендуется предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и подучить его согласие. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке (или придвинуть прикроватный столик), протереть ее. Рассказать пациенту, какое блюдо приготовлено для него. Если какие-то блюда вызывают у больного отвращение, меню должно быть скорректировано (по согласованию с врачом). Во внимание принимают характер заболевания, наличие противопоказаний и показаний, стадию заболевания и риск возможных осложнений, особенности национальной кухни и предпочтения больного.[1]

Для профилактики обезвоживания организма важно следить за питьевым режимом пациента.

Для пациентов, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи: нескользящие салфетки, обеспечивающие устойчивость посуды, нагрудник для соблюдения гигиены, поильник, дополнительные удобные ручки на столовых приборах, тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, специализированные ложка, вилка и нож с нескользящей рукояткой и фиксирующим ремешком. [3]

Лица, обеспечивающие уход и кормление паллиативных пациентов, должны проявлять терпение и такт, оказывать эмоциональную поддержку, поощрять пациентов на самостоятельные действия, заботиться о возникновении чувства удовлетворенности у пациента от вкусной еды или воды, от самого процесса питания.

Список литературы:

1. <http://www.lib.unn.ru/students/src/care%20of%20patients.pdf>
2. <https://addon.life/ru/2020/06/30/nutrition-cancer-palliative-care/>
3. <https://pro-palliativ.ru/blog/kormlenie-tyazhelobolnogo-cheloveka/>

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ощаткова Кристина Дмитриевна, Непейна Дарья Сергеевна

Руководители: Афонина Татьяна Викторовна, преподаватель ВКК,

Бичина Наталья Юрьевна, преподаватель ВКК

Каменск-Уральский филиал государственного бюджетного

профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

Каменск-Уральский городской округ

Паллиативная медицинская помощь оказывается больным с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний. К таковым, в первую очередь, относят пациентов с распространенными формами ЗНО. В мире ежегодно регистрируется более 10 миллионов случаев онкологических заболеваний. Концепция паллиативной помощи состоит в том, что при неизлечимой болезни на передний план выходят борьба с болью, решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов[4]. В соответствии с принципами, провозглашенными ВОЗ, паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс, предлагает помощь семье пациента во время его болезни, используя при этом

мультидисциплинарный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи[1].

Цель работы: показать практический опыт работы медицинской сестры в отделении паллиативной помощи на базе ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» г. Тюмени во время прохождения преддипломной практики.

На момент прохождения практики в отделении находился 41 человек, в основном пациенты, страдающие ЗНО молочной железы, бронхов и легкого.

Основной целью сестринского ухода является устранение причин возникновения проблем как физиологического, так и психологического характера. Для контроля эффективности лечения совместно с медицинской сестрой мы ежедневно оценивали интенсивность боли у пациентов по шкале Вонга-Беккера. Для обезболивания использовали медикаментозные и немедикаментозные способы. Для оценки степени риска развития пролежней применялась шкала Ватерлоу и проводились необходимые мероприятия для снижения этого риска. При нарушении самостоятельного питания осуществляли кормление пациентов жидкой и полужидкой пищей, в некоторых случаях применяли энтеральное питание. Осуществляли уход за стомами при их наличии. Ежедневно проводили гигиенические процедуры, смену памперсов. Для профилактики констипации проводили коррекцию диеты, по возможности мотивировали пациентов на усиление физической активности [3]. Важным аспектом нашей работы было обучение пациента навыкам самообслуживания, а близких больного – навыкам ухода за тяжелобольным [2].

В отделении пациенты находятся в течение длительного времени. Если состояние остается стабильным, риск развития пролежней не увеличивается, осложнения не появляются, то можно сделать вывод, что СУ является эффективным.

Литература

1. Артамонов, Р. Г. Паллиативная помощь: медицинская кафедра. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 67 с.
2. Атласова, И. В. Аспекты совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому – неотъемлемая часть повышения качества жизни: Проблемы управления здравоохранением / И. В. Атласова, В. И. Горбунов. – Санкт-Петербург: Просвещение, 2017. – 5 с.
3. Власова, В. Н. Организация сестринской паллиативной помощи в хосписе: / практический опыт. – Москва: Медицина, 2019. – 47 с.
4. Каторина, А. Л. Хоспис – это концепция: Научно-популярный журнал / А. Л. Каторина. – Красногорск: Продвижение, 2019. – 41 с.

РАЗВИТИЕ КРАСНОГО КРЕСТА В РОССИИ ВО ВРЕМЕНА ВОЙН

Аминова Дарья Денисовна

Руководитель: Милованова Надежда Юрьевна, преподаватель ММС

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Свердловский
областной медицинский колледж»
г. Краснотурьинск

Международный Комитет Красного Креста (МККК) является нейтральной и независимой организацией. Их цели и задачи носят исключительно гуманитарный характер и заключаются в защите жизни и достоинства людей, пострадавших от вооруженных конфликтов и других ситуаций насилия, и предоставлять им помощь. Пропагандируя и укрепляя гуманитарное право, МККК прилагает все усилия к тому, чтобы предотвратить страдания людей.

Цифровые угрозы, пандемия коронавируса, военные действия - все это привлекает внимание как мировых государственных деятелей и бизнесменов, так и простых людей. Для полного понимания движения Красного Креста мы должны правильно и верно знать историю создания. Для привлечения внимания молодежи мы должны информировать и рассказывать о основных этапах эволюции и становления МККК в мире и России в целом.

Актуальностью написания данной статьи является главным критерием формирования патриотических качеств медицинской сестры. И направленно на информирование и правильное понимание существования движения Красного Креста.

В 1864 году лидеры 12 европейских государств подписали Женевскую конвенцию – всемирное подписание об улучшении судьбы раненых и больных в действующих армиях. Впервые в истории было провозглашено неременным предоставление медпомощи раненым независимо от того, к какой сражающейся стороне они относятся, сохранность госпиталей, лазаретов и санитарного персонала. Была принята символика Красного Креста – красный крест на белом фоне: герб Женевы как центра единения стран-участниц.

Доблести создателя Красного Креста Анри Дюнана были признаны в 1901 году – ему была номинирована первая Нобелевская премия мира. Впрочем, сам он с благодарностью признавал, что «существованию Красного Креста мы обязаны великодушному примеру России в деле предоставления помощи раненым бойцам во время Крымской войны». Профессор Н. А. Вельяминов утверждал, что «мысль о посещении полей брани и об организации международной, частной добровольной помощи пострадавшим на войне, без различия их звания и национальности, явилась у Дюнана отчасти под влиянием поразившей его деятельности во время Крымской войны Пирогова и руководимых им сестёр милосердия Крестовоздвиженской общины»

В разгар Крымской войны, княгиней Еленой Павловной была основана первая в России гуманитарная организация. У истоков создания общины также стоял великий русский хирург Николай Иванович Пирогов.

16 мая 1867 года, при императоре Александре II все общественные организации по помощи больным и раненым, а также общины сестер милосердия в Российской Империи объединили в

«Российское общество о попечении раненых и больных воинах». В 1879 году данное общество было переименовано в Российский Красный Крест.

Начиная с 1867 года «Российское общество о попечении раненых и больных воинов», а затем Российский Красный Крест участвовал абсолютно во всех военных операциях и военных действиях с участием России. Но были и ситуации, когда РКК принимал участие и в тех боях, которые никак не касались России.

В ходе франко-прусской войны 1870-1871 гг., лечил и французов, и немцев присутствуя по обе стороны фронта. РКК участвовал в сербо-болгарской войне 1885 года. В 1895-1896 гг. РКК активно участвовал в боевых действиях между Эфиопией и Италией в Африке, но только на стороне Эфиопии – Италия от отрядов и помощи РКК отказалась. После окончания войны при активном участии России в Эфиопии открылось представительство международного Красного Креста. В ходе испано-американской войны 1898 года отряды РКК лечили и выхаживали раненых испанцев (США от помощи отказались). Санитарный отряд РКК работал и в англо-бурской войне 1899-1900 гг. в Южной Африке.

В Русско-Японскую войну 1904-1905 гг. РКК наладил сотрудничество с Японским Красным Крестом и организовал Центральное справочное бюро о военнопленных. Также в ходе Русско-Японской войны сотрудники и медики РКК заметив, что солдаты от ужасов войны психическими заболеваниями, первыми в мире открыли при военных госпиталях и лазаретах психиатрические палаты и пункты. В эту же войну РКК первым в мире организовал прямо в госпиталях и лазаретах стоматологические кабинеты.

Указом императора Николая II Российский Красный Крест в ходе Русско-Японской войны был объявлен главным общероссийским координатором всей общественной и частной помощи. Все остальные организации России отныне подчинялись РКК.

Перед началом Первой Мировой войны РКК впечатлял своими размахами: 2,5 тысячи врачей, 20 тысяч сестер милосердия, 50 тысяч санитаров – не каждая страна в наше время может похвастаться такой кадровой мощностью.

С началом войны Николай II передал РКК все полномочия с беженцами, и в этой сфере оно действовало успешно. Когда немцы стали использовать химические атаки, сразу налажилось производство противогазов (6 миллионов штук).

После Первой Мировой РКК стал государственной организацией, что никак не повлияло на дальнейшее развитие. В ходе Гражданской войны они сопровождали отряды Красных. Также боролись с голодом и различными вспышками заболеваний в разных точках СССР, а в 1925 году открылся детский лагерь «АРТЕК».

За 1930 годы к 1941 году было подготовлено 53 тысячи мед.сестер.

В годы Великой Отечественной Войны были две главные цели: подготовить как можно больше медсестер для фронта и огромное количество донорской крови. С задачами справились на «УРА», подготовлено более 200 тысяч медсестер и собрано более 700 тысяч донорской крови.

В период 1946-1990х годов мед.отряды работали по всему миру. 17 госпиталей в Северной Корее, в 8 городах Китая – медпункты и больницы, также в Эфиопии, Иране и Алжире.

Внутри страны в это время применялась гос.система здравоохранения, но роль Красного Креста значительно снижалась и была в привлечении ухода за Ветеранами ВОВ на ликвидацию последствий от аварии на Чернобыльской атомной электростанции, спустя три года направлены на устранение последствий после землетрясения в Армении.

В настоящее время известно, что РОКК (Российской общество Красного Креста) наиболее задействованы при ликвидации последствий стихийных и природных бедствий, а существует на членские взносы и адресную помощь от организаций страны, также получает помощь из-за рубежа.

Литература

1. <https://красныйкресторел-рф.turbopages.org/xn--80akaodcjlmoecgfp2l.xn--p1ai/s/official/history>
2. <https://kuban24-tv.turbopages.org/kuban24.tv/s/item/miloserdie-i-gumanizm-155-let-rossijskomu-krasnomu-krestu>
3. <https://www.icrc.org/ru/who-we-are>

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Коряков Андрей Михайлович

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна, педагог-организатор

Красноуфимский филиал

государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

Для начала XXI века характерно глобальное постарение населения, рост онкологической заболеваемости, распространение СПИДа, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медикосоциальной помощи. Потребность в оказании паллиативной помощи у общества постоянно растёт.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире паллиативная медицинская помощь необходима порядка 40 млн. человек, а получают её лишь 14% нуждающихся.

Согласно данным официальной статистики за 2021 в России в паллиативной помощи остро нуждаются порядка 800 тыс. человек.

Ситуация осложняется тем, что, во-первых, в России очень высокий уровень демографической старости: на 2021 г. количество граждан, чей возраст превышает 60 лет, составило более 20% (то есть в России каждый пятый житель старше 60 лет).

Население стареет и «доживает» до серьёзных хронических заболеваний, а прогноз долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2030 г. предполагает, что возрастная структура населения будет сдвигаться в сторону постарения. Во-вторых, активно растёт число онкологических пациентов: в 2021 г. было выявлено 617 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, что на 20 тыс. больше, чем в 2019 г.

Все это обуславливает *актуальность* выбранной темы.

Предмет исследования: качество жизни паллиативных пациентов.

Объект исследования: оценка качества жизни паллиативных пациентов на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

Цель исследования – проанализировать качество жизни паллиативных пациентов на примере ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ».

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие *задачи*:

1. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» количество пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.

2. Проанализировать через статистические отчеты ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» структуру пациентов нуждающихся в паллиативной помощи.

3. Провести анкетирование пациентов ГАУЗ СО «Красноуфимская РБ» с целью определения качества жизни.

Гипотеза: деятельность медицинской сестры напрямую влияет на качество жизни паллиативных больных.

Основными *методами* для реализации исследования были выбраны: аналитический, статистический, метод анкетирования, метод наблюдения.

Теоретическая значимость работы: углубление и расширение теоретических знаний, изучение научной литературы и особенностей оказания паллиативной помощи инкурабельным больным.

Практическая значимость: разработка рекомендаций для медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь, разработка рекомендаций по уходу за паллиативными больными для родственников.

Для удобства практическое исследование было разбито на несколько этапов. На первом этапе исследования мы провели обширный анализ статистической информации.

Нами были проанализированы статистические данные зарегистрированных случаев выявления злокачественных новообразований в ГАУЗ СО «Красноуфимская районная больница» за период 2019 – 2021 г.

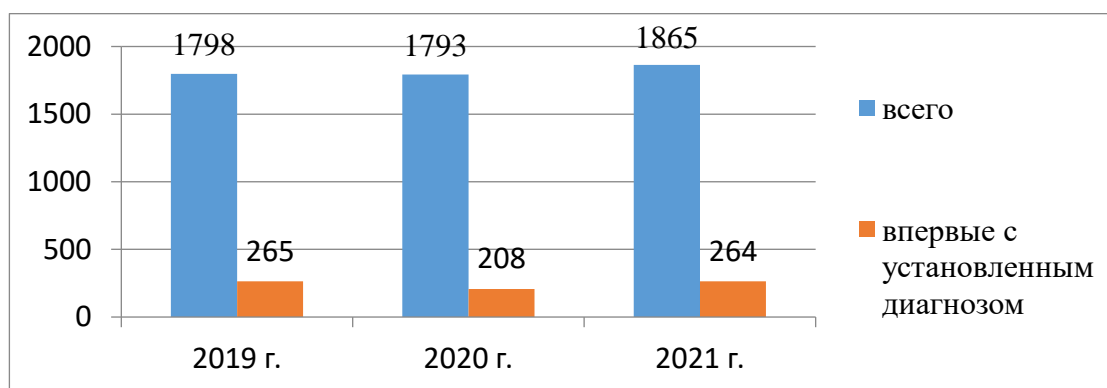
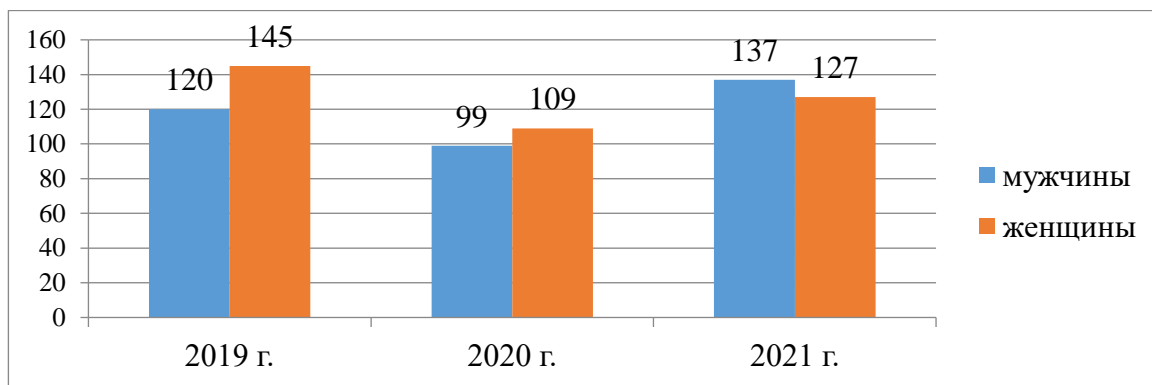


Рис.1 -Количество зарегистрированных случаев

В 2019 г. на учете состояли – 1798 чел., из них впервые с установленным диагнозом – 265 чел., 2020 г. – 1793 чел, из них впервые с установленным диагнозом 208 чел., 2021 г. 1865 чел, из них впервые с установленным диагнозом – 264 чел.

Гендерный состав вновь выявленных злокачественных новообразований представлен на рис.2.



После анализа статистических данных мы приступили ко второму этапу: проведению анкетирования пациентов.

В опросе приняли участие 48 человек, из них 32 женщины и 16 мужчин.

Наибольшее количество человек, принявших в опросе в возрасте 45-59 лет – 19 чел. (39,6%); в возрасте 60-74 – 15 чел. (31,3%); в возрасте 18-44 – 12 чел. (25%); старше 75 лет – 2 чел. (4,1%)

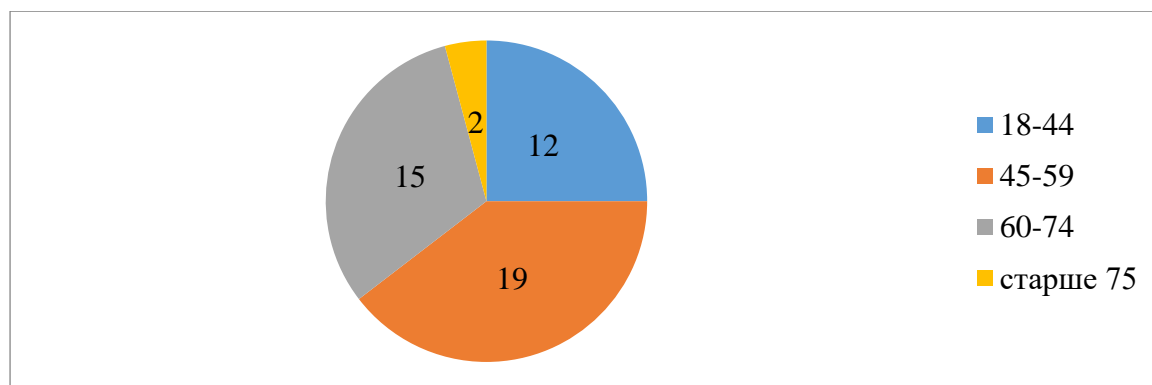


Рис.3 Возраст респондентов

Второй этап исследования - анкетирование пациентов на основе рекомендаций ВОЗ по оценке качества жизни WHOQOL-BREF. Респондентом было предложено 26 вопросов, касающихся их собственных ощущений относительно общих и частных параметров их физического, психологического и социального здоровья и условий жизни.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом

Собственные оценки качества жизни и здоровья пациентами по пятибалльной шкале естественно низкие. Это, по нашему мнению, следствие не только особенностей протекания

онкологического процесса, но субъективного занижения самооценки пациентами вследствие наличия практически у всех пациентов депрессий различной этиологии и интенсивности.

Результаты опроса пациентов представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Средние значения результатов анкетирования пациентов

	Муж. 16 чел.	Жен. 32 чел.
Качество жизни (по пятибалльной шкале)	2,6	2,65
Оценка своего здоровья (по пятибалльной шкале)	2,03	2,05
Физическая сфера	2,56	2,94
Психическая сфера	2,5	2,93
Социальная сфера	3,01	2,5
Сфера окружающей среды	2,87	2,83

Мужчины демонстрируют более низкую по сравнению с женщинами оценку физической и психической составляющих качества их жизни. Большинство опрошенных пациентов мужского пола недовольны своим внешним видом, низкой концентрацией внимания, упадком жизненных сил.

Пациенты женского пола, напротив, хуже оценивают социальную составляющую. Большинство их не удовлетворены семейными взаимоотношениями. Это может являться следствием высокой частоты проявлений таких симптомов, как нарушения сознания, депрессии и разнообразные тревоги.

Обращает на себя внимание тот факт, что ряд респондентов обоих полов оценивали своё здоровье и качество жизни ниже двух баллов по пятибалльной шкале (Таблица 2).

Таблица 2

Частота низких оценок (ниже двух баллов) качества жизни при опросе

	Муж.	Жен.
Оценка своего здоровья	4 чел. (25%)	11 чел. (34,4)%
Физическая сфера	5 чел. (31,3%)	0,00%
Психическая сфера	4 чел. (25%)	0,00%
Социальная сфера	0,00%	10 чел. (31,3)%
Сфера окружающей среды	2 чел. (12,5)%	4 чел. (12,5)%

Вместе с тем ни у одного из пациентов обеих групп, при интерпретации результатов анкетирования, низкого балла по всем четырем составляющим выявлено не было.

Столь низкие оценки качества жизни у опрошенных пациентов могут быть вызваны несколькими причинами. Во-первых, пожилой возраст характеризуется тем, что вклад в общую оценку их состояния вносит не только основное заболевание, но и другие, им сопутствующие. Во-вторых, естественные для их возраста низкие функциональные резервы организма способствуют более глубокому нарушению гомеостаза, что усиливает нежелательные проявления уже имеющихся у них хронических заболеваний. В-третьих, по нашему мнению, семьи пациентов получают недостаточную психологическую поддержку, что влечет за собой низкий уровень мотивации самих больных к продолжению активной жизни и борьбе с основным заболеванием.

Оказание паллиативной помощи – это очень сложная система мероприятий, необходимых для того, чтобы улучшить качество жизни не только самого пациента, страдающего от неизлечимого заболевания, но и его семьи, и близких ему людей. Деятельность медицинской сестры в оказании помощи пациентам очень важна, ведь на стационарном лечении круглосуточного содержания пациенты не могут находить постоянно, не всем пациентам необходимо круглосуточное наблюдение, большую часть времени они проводят вне стен больницы. Именно в этот период они нуждаются в поддержке, информировании и уходе. Медицинская сестра, должна учитывать все нюансы данной ситуации и сопровождать больного на этом нелёгком пути.

Литература

1. Федеральный закон от 02 июля 2021г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».- URL: <https://sudact.ru/law/> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016г. №164-р «Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». - URL: <https://docplayer.com/33614162> (дата обращения 20.10.2021). Текст: электронный.
3. Приказ Минздрава РФ от 1 февраля 2020г. №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». – URL: <https://docs.cntd.ru/document/> (дата обращения 19.10.2021). Текст: электронный.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2019г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL:<https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 16.09.2021)
5. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». – URL: <https://base.garant.ru/70195856/https://docs.cntd.ru/> (дата обращения 12.04.2022).

6. Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология». – URL: <https://base.garant.ru/70346920/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#friends> (дата обращения 12.04.2022).
7. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_179388/ (дата обращения 12.04.2022).
8. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». – URL: <https://base.garant.ru/71022908/>(дата обращения 12.04.2022).
9. Введенская, Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России. Паллиативная помощь и реабилитация. - 2012. - № 2. - С. 55-58.– Текст непосредственный.
10. Гнездилов, А.В. Проблемы хосписной службы в России: Материалы Конференции «Всемирно против рака» / А.В. Гнездилов. - Москва: Спец Лит, 2015. – 24, 25с. - Текст: непосредственный.
11. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. Г.А. Новикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 248 с.- Текст: непосредственный.
12. Костина Н. И., Кропачева О. С., Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4, спецвыпуск 1.- Текст: непосредственный.
13. Красникова Н.В., Шеметова Г.Н./ Организация и нерешенные вопросы оказания паллиативной помощи больным терапевтического профиля// В сборнике: Интегративные исследования в медицине. Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. Саратов: изд-во Саратов.гос.мед.ун-та.- 2014.- Текст: непосредственный.

РУССКИЙ ВКЛАД ОТ КРЫМСКОЙ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.

МИЛОСЕРДИЕ В ИСТОРИИ КРАСНОГО КРЕСТА

Лопатина Екатерина Павловна

Руководитель: Волкова Наталья Петровна, социальный педагог

Красноуфимский филиал

государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г.Красноуфимск

Международный Комитет Красного Креста, который был основан в 1863 году, работает по всему миру, оказывая помощь людям, пострадавшим в результате конфликтов и вооруженного насилия, а также распространяя знания о законах, защищающих жертв войны.

Крымской войны (1853–1856). Первая обученная группа Сестер состояла из 28 человек. Получив из рук Елены Павловны кресты, на голубой ленте и ее благословение они отправились в Севастополь к Н. И. Пирогову. Они делали все: готовили еду, перевязывали, ассистировали на операциях, кормили и поили лежачих, мыли их и одевали, писали письма, занимались постелями и одеждой, медикаментами и процедурами. Вплоть до окончания войны сестры милосердия были в госпиталях не только Севастополя, но и Симферополя, Бахчисарая, Евпатории, Перекопа и других городах. Лучшей помощницей Пирогова стала Екатерина Бакунина, которую впоследствии Княгиня Елена Павловна назначает на должность главной сестры настоятельницы Крестовоздвиженской общины. В качестве сестер и санитарок добровольно работали так же жены, вдовы и дочери офицеров и матросов. [1]

Первый серьёзный опыт оказания помощи русским войскам РОКК получило во время *русско-турецкой войны 1877–1878* годов. Красный Крест сформировал госпитали, лазареты, передовые отряды, на которые легла вся тяжесть походной жизни, спасения и лечения больных и раненых. Отряды Красного Креста неоднократно сопровождали русские войска во время военных экспедиций в Среднюю Азию и принимали участие в Китайском походе 1900–1901 годов. Тяжёлым испытанием для русской армии, военной медицины и Красного Креста стала проигранная Россией русско-японская война 1904–1905 годов. [2]

В 1878 году в станице Ветлянка Астраханской губернии очень быстро началось распространение *эпидемии чумы*. Проводя дезинфекции и уничтожая бельё и одежду в семьях, где появились случаи заболевания, Общество снабжало эти семьи новым бельём, обувью и одеждой, громадное количество которого стекалось на склад вещей Красного Креста. [3]

Голод 1891-1892 годов стал национальной трагедией. РОКК собрал 5 миллионов рублей пожертвований. На эти средства было создано 2.763 столовых на 213 546 человек, 40 приютов и ночлежных домов на 1 283 человека, выдано около 4-х миллионов обедов. Голод вызвал

распространение эпидемий. Поэтому РОКК направил в наиболее зараженные районы передвижные санитарные отряды, в составе которых было 710 сестер милосердия. [3]

Одной из ярких страниц в истории Общества стала его деятельность в *годы Великой Отечественной войны*. Общество продолжало готовить для страны медсестер и сандружинниц, санинструкторов и санитаров. Всего за годы войны подготовлено 263 669 медсестер, 457 286 дружинниц и санинструкторов, 39 956 санитаров, для местной противовоздушной обороны сформировано 5 247 сандружины и 210 тыс. санпостов. Воспитанницы Общества, проявляя на поле боя чудеса храбрости и героизма, спасали жизни защитников Родины. 18 воспитанниц Красного Креста были удостоены звания Героя Советского Союза, одна - полный кавалер орденов Славы. Большое внимание уделялось вовлечению населения в ряды доноров. На фронт было отправлено 700 тыс. литров донорской крови. В годы Великой Отечественной Войны из всех умерших от ран только 1% составили погибшие от потери крови. (В годы Первой мировой войны по этой причине погибло 65% раненых). В 1944 г. Президиум Верховного Совета СССР утвердил нагрудный знак "Почетный донор СССР". В 1988 году во время землетрясения в Армении был создан первый спасательный отряд Красного Креста. [4]

Российское общество Красного Креста стало важной частью международного движения Красного Креста. Следуя христианским принципам, РОКК оказывало медицинскую помощь русской армии во время войн, мирному населению во время природных и социальных бедствий, воюющим сторонам в ходе международных конфликтов.

Литература

1. Крымская война. Первые сёстры милосердия 2015г. / Электронный ресурс URL: Крымская война. Первые сёстры милосердия (prichod.ru) (дата обращения 27.03.2022)
2. Блог Исторического Музея / Полянская Е. / [Статья] Опыт милосердия: Российское общество Красного Креста (1867 – 1918) / Электронный ресурс URL: <https://blog.mediashm.ru/?p=3527#:~:text=%> (дата обращения 10.05.2022)
3. Валерия Лукашина / [Статья] «Красный Крест в России. От зарождения до 1920-х годов» / Электронный ресурс URL: Красный Крест в России. От зарождения до 1920-х годов — VATNIKSTAN (дата обращения 10.05.2022)
4. РИА НОВОСТИ / [Статья] Российский Красный Крест: история милосердия в России 2020г. / Электронный ресурс URL: Российский Красный Крест: история милосердия в России - РИА Новости, 03.03.2020 (ria.ru) (дата обращения 10.05.2022)

У ИСТОКОВ МИЛОСЕРДИЯ: РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ

Комарова Оксана Владимировна

Руководитель: Ершова Светлана Владимировна, преподаватель

Красноуфимский филиал

государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск

Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца действует во всех государствах в мире и поддерживается миллионами неравнодушных людей. В России Общество Красного Креста начинает свою историю в 1867 году. Начиная с этого времени и до наших дней, организация оказывает помощь людям, пострадавшим в вооружённых конфликтах или ставшим жертвами насилия. На её счету бесценный опыт работы, множество добровольцев и, самое главное, миллионы спасённых жизней.

15 мая 2022 года Российский Красный Крест отметил своё 150-летие. Это событие является очень важным и почётным как для России, так и для всего мира. Историю данной организации можно с уверенностью назвать историей милосердия в России.

Целью данной работы является привлечение внимания людей к юбилею Российского Общества Красного Креста путём ознакомления с его историей.

Исходя из цели, поставлены следующие *задачи*:

1. Изучить историю основания и развития Российского общества Красного Креста
2. Выяснить роль РОКК в современном мире
3. Провести анкетирование среди студентов Красноуфимского филиала ГБПОУ «СОМК» на тему: «История Российского Красного Креста» и сделать выводы об их знаниях данной темы
4. Провести классный час для студентов на тему: «У истоков милосердия»

Начало деятельности и развития Российского Красного Креста положили Великая княгиня Елена Павловна, знаменитый русский хирург Н.И. Пирогов и сестры милосердия Крестовоздвиженской общины. Именно они положили начало общественной медицинской помощи раненым и больным воинам во время Крымской войны (1854-1855).

Велик вклад в создание Российского общества Красного Креста известного хирурга Николая Ивановича Пирогова. Он называл Крымскую войну «травматической эпидемией» и считал своим долгом оказывать медицинскую помощь пострадавшим. Им было принято решение объединиться с Великой княгиней Еленой Павловной, и совместными усилиями они основали первую в России общину сестёр милосердия, которая стала предшественницей Российского общества Красного Креста.

Елена Павловна Романова – русская княгиня, благотворительница и общественный деятель. Вместе с Н.И. Пироговым она становится основательницей Крестовоздвиженской общины сестёр милосердия. Великая княгиня финансировала деятельность общины, ежедневно ездила в больницы и своими руками перевязывала раны. После войны деятельность общины продолжилась: сёстры под попечительством Елены Павловны ухаживали за ранеными в госпиталях и оказывали помощь в лечебницах для неимущих.

15 мая 1867 года Императором Александром II был утверждён Устав Общества попечения о раненых и больных воинах, которое в 1879 г. было переименовано в Российское общество Красного Креста. Начиная с этого времени, не было ни одной военной экспедиции или войны, в которых организация не принимала участия. Общество учредило множество военных госпиталей с врачами и медсёстрами, санитарные поезда, перевозившие раненых, объединило тысячи добровольцев для решения проблемы донорства.

При этом круг деятельности организации постоянно расширялся. С 1872 г. Российский Красный Крест начал оказывать помощь населению, пострадавшему от стихийных бедствий. Общество приходило на помощь людям при наводнениях, принимало участие в борьбе с холерой, дифтерией, проказой и при других чрезвычайных ситуациях, а также помогало одиноким ветеранам войны.

В настоящее время приоритетными направлениями работы Российского Красного Креста являются оказание помощи и поддержка наиболее уязвимых групп населения Российской Федерации: пожилых людей, инвалидов, мигрантов и беженцев, детей из неблагополучных семей, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Российский Красный Крест оказывает гуманитарную помощь гражданам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, малообеспеченным и социально – незащищенным группам населения, а также ведет активную работу по обучению людей навыкам оказания первой помощи.

В ходе работы был проведён опрос среди студентов Красноуфимского филиала ГБПОУ «СОМК» на тему: «История Российского Красного Креста». В опросе приняло участие 147 человек. По результатам опроса можно сделать следующие выводы:

1. Большинство студентов (94,5 %) считает, что датой основания РОКК является 15 мая 1867 года.
2. 67,4 % опрошенных считают, что в начале своего существования РОКК носило название «Общество попечения о больных и раненых воинах».
3. 65 % студентов считают, что первой общиной сестёр милосердия в России и Европе является Крестовоздвиженская.
4. 74,5 % опрошенных считают, что основная роль в основании РОКК принадлежит княгине Елене Павловне и хирургу Н.И. Пирогову.
5. Основными современными направлениями деятельности РОКК большинство

студентов выбрало оказание гуманитарной помощи, поддержку уязвимых групп населения и помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Проанализировав результаты опроса, был запланирован классный час для студентов на тему: «У истоков милосердия». Он направлен на расширение знаний об истории Российского общества Красного Креста, а также повышение заинтересованности в его современной деятельности.

Таким образом, в ходе работы мы установили, что Российское общество Красного Креста имеет богатую и уникальную историю. Это помогает привлечь внимание к деятельности РОКК в современном мире, ведь организация долгое время развивалась и продолжает расширять круг направлений. 150 лет с момента основания Российского Красного Креста – дата, которая играет большую роль для каждого неравнодушного человека, ведь история РОКК – это история милосердия в России.

Литература

1. Зуева, В. А. История медицины: учебное пособие для СПО / В. А. Зуева. — Санкт-Петербург: Лань, 2021. — 144 с. — ISBN 978-5-8114-5999-5. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/156399> (дата обращения: 10.06.2022). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

2. Олешкова, А. М. Институционализация красно-крестного движения на Урале / А. М. Олешкова. — Текст: непосредственный // История и археология: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Пермь, май 2014 г.). — Т. 0. — Пермь: Меркурий, 2014. — С. 65-68. — URL: <https://moluch.ru/conf/hist/archive/117/5619/>(дата обращения: 12.06.2022).

ДОБРОВОЛЬЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ

ГАПОУ СО «Нижнетагильский техникум металлообрабатывающих производств и сервиса»

Имамиева Елена Николаевна

Преподаватель, ВКК

Аннотация: сегодня роль волонтерского движения приобретает возрастающее значение для социального развития общества. Для отдельного человека участие в волонтерской деятельности способствует самореализации и самосовершенствованию, дает возможность получить новые знания и опыт, что особенно важно для молодых людей, имеющих ограниченные возможности. Иными словами, участие в волонтерской деятельности студенческого волонтерства приобретает сегодня всё большее значение в общественной жизни страны. В работе рассматривается волонтерская деятельность студентов направления подготовки «Социальная работа», основные

проблемы и возможности ее осуществления. В статье обосновывается значимость волонтерской деятельности для студентов.

Ключевые слова: социальная работа; добровольчество; инклюзивное образование; социализация; волонтерская книжка.

На основании ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях»: «добровольцы – граждане, осуществляющие благотворительную деятельность в форме безвозмездного труда в интересах благополучателя, в том числе в интересах благотворительной организации» [2, с.18].

В техникуме металлообрабатывающих производств и сервиса с 1994 года открыт набор по профессии «Социальный работник», а с 2012 года по специальности Социальная работа (специалист по социальной работе) – заочное отделение.

Социальная работа, изначально возникшая в виде добровольной, благотворительной помощи [6,с.54], существует и реализуется в современном обществе на профессиональном и непрофессиональном уровнях.

Добровольческая деятельность по своему смыслу и назначению имеет те же гуманистические ценностные основания, что и профессиональная социальная работа. Можно сказать, что добровольчество – это практический гуманизм [5, с.28]. Поэтому не оценим вклад добровольческой деятельности в процесс формирования гуманистических профессионально-личностных ценностных ориентаций специалистов по социальной работе [4,с.92]. Участие будущих специалистов в социально значимой неоплачиваемой деятельности прививает им стремление к ответственности не только за собственную жизнь, но и за благополучие общества в целом, не дает развиваться инфантильным и иждивенческим настроениям.

Добровольчество способствует формированию у волонтеров таких качеств, как милосердие, доброта, эмпатия, стремление помочь ближнему [1, с.76]. Немаловажным результатом участия в социальном добровольчестве становится понимание возможности изменить что-то в обществе, в окружающем мире в лучшую сторону [10, с.71].

Спецификой профессиональной подготовки по профессии/специальности является инклюзивное образование, когда наравне со здоровыми сверстниками, дети с ограниченными возможностями здоровья получают профессиональное образование. Социальная интеграция понимается как конечная цель специального инклюзивного обучения, направленного на включение индивидуума в жизнь общества. В 2014-15 учебном году в техникуме обучалось 1041 человек, из них 2,3 % составляли студенты-инвалиды, в 2015-16 году – 2,6%. По следующим заболеваниям: нервно – психические нарушения; нарушение зрения, слуха; соматические заболевания и др. В техникуме открыта особая группа по профессии «Станочник», состоящая только из слабослышащих студентов. В контингенте техникума много детей-сирот и детей,

оставшихся без попечения родителей, проживающих в общежитии, в том числе и дети с ограниченными возможностями (ОВ) здоровья [8, с.69].

В техникуме на основе Закона №1749-РП [3] для лиц с ОВ здоровья созданы следующие условия:

- табло «Бегущая строка»;
- входная группа оборудована кнопкой въезда;
- оборудован пандус и поручни;
- расширены дверные проемы входной группы;
- создана специально оборудованная туалетная комната;
- наличие звукоусиливающей аппаратуры;
- наличие специалистов сопровождения: педагог-психолог, социальный педагог,

медицинский работник, сурдопереводчик.

Педагогический коллектив техникума отмечает высокую социализацию таких студентов, многие из которых вовлечены в волонтерское движение, причём помощь оказывается всем социально незащищённым слоям населения, в том числе людям с ОВЗ.

Студенческий отряд волонтеров техникума активно участвует в благотворительных акциях, проводимых администрацией города, комитетом по физической культуре, спорту и молодежной политике [9, с.85]. В Центре социальной помощи семье и детям проводятся акции по сбору вещей, игрушек, строительству снежных городков, проведению праздников. Студенты активно сотрудничают с общественными организациями инвалидов (ВОИ), «Новая жизнь».

Для инвалидов (детей и взрослых) студентами осуществляется - организация и проведение традиционных праздников, «Новогодняя акция», ток – шоу «Зимние забавы», поздравление инвалидов – колясочников, содействие в выезде на святые источники, экскурсии.

Привлечение людей с ограниченными возможностями здоровья к фотографии, участие в различных конкурсах привели к победе на региональном конкурсе. Для граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарном социальном учреждении – пансионат «Тагильский», студентами организуются праздники, концерты. Особый интерес для людей с ОВ представляют выступления слабослышащих студентов с жестовым пением, проведением конкурсов «Чтобы жить», «Равные среди равных».

Ежегодно организуется летний волонтерский отряд, состоящий из добровольцев. Много студентов – социальных работников в составе волонтерского отряда техникума, по состоянию здоровья в школе были на домашнем обучении. Организация внеучебной деятельности таких студентов с синдромом аутизма, ДЦП и др. с пользой для гражданского общества способствует лучшему пониманию будущей профессии, социализации. Следует отметить, что практика по

профессии/специальности Социальная работа – бесплатная, это продолжение добровольческой деятельности, направленной на поддержку людей в трудной жизненной ситуации.

Актив волонтерского движения техникума составляет около 20 человек. Администрация города совместно с отделом по молодежной политике разработали макет волонтерской книжки. Каждый член отряда в течение периода обучения заполняет книжку, в которой отражается дата проведения (участия) в мероприятии, вид акции, роспись ответственного за мероприятие, а также отзывы. Книжка входит в портфолио студента, с 2020 года 49% студентов НТТМПС зарегистрированы в федеральной базе «ДОБРО».

Характерная особенность участия студентов в добровольческой деятельности – возможность увидеть результаты собственного труда [7, с. 41] – улыбку воспитанника детского дома после благотворительного праздника, посаженные деревья в парке, благодарность людей за приведённые в порядок могилы безымянных участников войны и т.д.

Добровольческая деятельность за счет названного фактора формирует у человека привычку, потребность в деятельности, приносящей созидательные плоды, дающей неоспоримый результат. Закрепляясь, такая потребность в будущей профессиональной деятельности [11, с.81] станет ориентировать сегодняшнего студента на достижение поставленных целей, доведение начатого дела до желаемого результата.

Студентами техникума смонтирован фильм о деятельности волонтерского (добровольческого) отряда "ДОБРОволец" https://vk.com/video-192807272_456239318

Список литературы

- Григорьев И.Н. Специфика организации волонтерства в молодежной среде // Социальная работа. – 2018. – № 3. с С. 100-104.
- Закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях». М.-ФЗ № 135 от 11.08.1995.
- Закон № 1749-РП от 30.09.2011 «О создании и внедрении автоматизированной системы «Доступная среда Свердловской области» по учёту доступности социальных объектов для инвалидов и маломобильных граждан.
- Меньщикова И.Ю. Социальная работа и волонтерство: ценностно-практический аспект взаимодействия // Научные исследования в образовании. – 2017. – № 1. С 42-43.
- Кудринская Л.А. Добровольческий труд: сущность, функции, специфика // Социологические исследования. – 2019. – № 5. С 15-22.
- Новиков М.А. История, проблемы и перспективы развития молодежного волонтерства в России // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2020. – № 6-3. С 141-144.

- Онищенко Е.В. Перспективы развития волонтерского движения в России // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2021. – № 2, с.183-187
- Программа развития социокультурного пространства техникума. НТТМПС, Нижний Тагил. 2020, с.24-28
- Словарь-справочник по социальной работе. / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Феникс. – 2019. – 319 с.
- Социальная работа с молодежью: учебное пособие / под ред. Басова Н.Ф. – М. – 2019. – 235 с.
- Холина О.И. Волонтерство как социальный феномен современного российского общества // Теория и практика общественного развития. – 2021. – № 8. – С.71-73.

БЕЛЫЙ ХАЛАТ – СИМВОЛ МИЛОСЕРДИЯ

Братчун Ксения Анатольевна

Руководитель: Чернухина Элеонора Михайловна

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Нижний Тагил

А знаешь, есть в мире хорошие люди:

Есть люди-улыбки и люди-сердца,

А значит, наверное, все еще будет.

Нам надо лишь жить от души, до конца.

Понятие милосердие заимствовано из старославянского языка - сострадательное, доброжелательное, заботливое, любовное отношение к другому человеку. В толковом словаре В. И. Даля дано толкование слова «милосердие» – сочувствие, любовь на деле, готовность делать добро, жалостливость.

Сестра милосердия – так называли женщин, которые посвящали себя тяжелому делу - служению людям в те минуты, когда к человеку приходит беда - болезнь. Сестры милосердия, осознающие помощь ближнему как свой долг, принимают чужую боль как свою, могут вынести тяжкие испытания и не потерять свою человечность и доброту.

Российское общество красного креста возникло накануне войны и объединило 109 общин сестер милосердия. Их цель: подготовка опытного женского санитарного персонала в уходе за ранеными. В общину принимались девицы от 18 до 40 лет всех сословий и вероисповеданий.

Примеры милосердного служения людям выступают медицинские работники. Один из них, Евгений Сергеевич Боткин (28.05 1865 - 17.07.1918). Имел образование выпускника Военно-

Медицинской Академии. Был лейб-медик семьи Николая II. В его обязанности входило лечение всех членов царской Фамилии. Расстрелян вместе со всей императорской семьёй в Екатеринбурге в Ипатьевском доме в ночь с 16 на 17 июля.

Анна Степановна Демидова (26.01.1878 - 17.07.1918). Выпускница «Учительской женской школы с рукодельными классами» при Иоанно - Предтеченском Леушинском монастыре Ярославского художественного училища. В ее обязанности входило обучение шитью, вышиванию, вязанию Великих Княжон, была горничной императрицы Александры Федоровны. Добровольно разделила судьбу Царской семьи Претерпела мученическую кончину в Екатеринбурге в ночь на 17 июля 1918 года. В 1991 году А. С. Демидова причислена в лигу святых Русской Православной церковью за границей.

Понятие милосердие в наше время находится в одном ряду с такими понятиями как: гуманизм, сочувствие, сопереживание, сострадание, доброта, любовь, человеколюбие, эмоциональная отзывчивость, люби ближнего как самого себя. «Будьте милосердны к несчастным, будьте снисходительны к счастливым», - слова *Виктор Гюго* современно и актуально для всех медицинских работников. Не смотря на социальный статус человека, обратившегося за помощью, медицинский работник должен проявить себя не только профессионально, но и проявить эмоциональную отзывчивость.

Несмотря на противоречивые тенденции в молодежной среде, студенты медицинского колледжа на наш взгляд, не спешит отказываться от ценностей и идеалов, которыми дорожит старшее поколение и это вселяет оптимизм.

Белый цвет – символ спасения Здоровье людей во все времена было и остаётся наивысшей ценностью, а труд медицинской сестры, брата – необычайно сложный. Носить белый халат не просто- ведь это ответственность за человеческое здоровье, за жизни людей. Белый цвет – это цвет божественной чистоты, чистых помысел и высокого доверия.

Литература:

1. Википедия <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
2. Духовно-нравственные ориентиры российской молодежи и ее представления о проблемах современного общества \ Под ред. М.А Слободской .- М.: Академия, 2008-230с.
3. История медицины – биография Е.С Боткин <https://gcmp.ru/virtualshowjune/>

РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ: ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ РАНеным НА ПОЛЕ БОЯ СО ВРЕМЕН КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ ДО ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Домбровский Роман Юрьевич, преподаватель

Казанцева Марина Юрьевна, преподаватель

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Город Нижний Тагил

Россия стала одной из первых стран мира, где было организовано Общество Красного Креста по инициативе лейб-медика Двора Его Императорского Величества Ф.Я. Кареля для облегчения участи больных и раненых воинов на полях сражений [2, с.8].

По уставу 1867 г. РОКК, утвержденного Александром II, общество должно было содействовать в период войн военной администрации в уходе за ранеными и больными путем формирования лазаретов, санитарных отрядов и отправки их на фронт [2, с.8]. Также эта общественная организация включилась в решение целого ряда острых проблем не только мирного, но и военного времен (помощь раненым на театре военных действий и подготовка к тому, что военные действия неожиданно начнутся, развитие общин сестер милосердия, первых внешних кампаниях) [3]. В развитие идей гуманизма в деятельность РОКК внес большой вклад Н. И. Пирогов. Также у истоков Общества стоял Н. Н. Бурденко.

Закладка фундамента под доброе здание оказание помощи раненым на поле боя была заложена Николаем Пироговым во время Крымской войны 1853 – 1855 годов. Он лично оперировал раненых в период обороны Севастополя, использовал эфир для наркоза, придумал систему сортировки раненых, т.н. «пироговские ряды», разработал принципы эвакуации раненых «на себя» и «от себя». Все эти находки великого русского хирурга, участвовавшего также в Кавказской войне и в русско-турецкой войне 1877 – 1878 годов, до сих пор актуальны и применяются во всех армиях мира. Вместе с Н. Пироговым трудились активисты с медицинским образованием и добровольцы - представители гражданского населения, прошедшего краткосрочное обучение по оказанию помощи раненым. Особенно выделяется в этом плане сформированная Пироговым Крестовоздвиженская община сестер милосердия.

Во всем мире широко известна деятельность Флоренс Найтингейл. В Императорской России в осажденном Севастополе действовала молодая девушка, которую по заслугам можно смело ставить в один ряд с прославленной иностранкой. Дарья Лаврентьевна Михайлова, или, как ее называли, Даша Севастопольская, в ходе боев за город русской славы, продала свое имущество, на свои средства оборудовала первый перевязочный пункт, купила повозку с лошастью и под артиллерийским огнем неприятеля доставляла воду раненым солдатам и матросам русской армии, участвовала в их перевязке и эвакуации. За свои замечательные подвиги юная девушка была награждена медалями «В память Крымской войны», «За защиту Севастополя» и «За усердие».

Оказание помощи на поле боя сводилось к остановке кровотечений и наложения давящей повязки на место ранения, формирования культи при отрыве конечности, проведения терморегуляции (через укрывание раненого от холода) и скорейшей доставки раненого в развернутый в прифронтовой зоне лазарет – пункт медицинской помощи. Санитарной деятельностью занимались мужчины, в исключительных случаях к процессу присоединялись сестры милосердия.

В период русско-турецкой войны 1877 - 1878 годов и во время русско-японской войны 1904-1905 годов в глубине России и в прифронтовых территориях разворачивались лазареты Красного Креста для лечения раненых воинов и милосердного облегчения их страданий (т.е. широко применялась паллиативная помощь и уход).

Во время Первой мировой войны активно шла подготовка сестер милосердия. В период военного времени те общины, которые организовали 1-годичные курсы, получили поручения сократить срок обучения до 2 месяцев. Общинам и местным комитетам, взявшим на себя обучение сиделок в течение 6 недель, постановили довести их подготовку также до 2 месяцев. Таким образом, был сформирован новый тип сестры - сестра милосердия военного времени, с названием «сестра военного времени» использовались наименования «временные сестры», «сестры ускоренного выпуска». Качество выпускников, к сожалению, зачастую страдало и компенсировалось лишь позднее с обретенным опытом. Хочется особо подчеркнуть первенство России в изобретении самой идеи санитарной помощи фронту, деятельность общин сестер милосердия на фронте в период Первой мировой войны.[3]

Непосредственно на поле боя действовали и выносили раненых под огнем противника по-прежнему мужчины. Исключением стал ударный женский батальон смерти, которым командовала Мария Леонтьевна Бочкарева (до этого она «работала неустанно на поле сражения, оказывая помощь раненым, часто под сильным ружейным и артиллерийским огнем противника»). Отметился в оказании санитарной помощи в период Великой Забытой войны, в переноске и эвакуации раненых и молодой поэт Сергей Александрович Есенин.

Гражданская война в России, бои за Хасан и Халхин-Гол, освободительный поход в Польшу и советско-финская война потребовали большое количество граждан, обученных оказанию первой помощи раненым воинам Рабоче-Крестьянской Красной Армии. В целом, можно сказать, что кадров для действующей армии хватало, поскольку местные отделения Российского общества Красного Креста и Красного Полумесяца в течение двух десятилетий успешно и активно проводили работу по подготовке и обучению сандружинников, санитаров и санинструкторов. У предвоенной молодежи значок «Готов к санитарной обороне» был вторым по популярности после «Ворошиловского стрелка» и «Готов к ПВХО».

В годы Великой Отечественной войны члены РОКК в тылу ухаживали за ранеными в эвакогоспиталях, были активистами – донорами, а на фронте, спасая раненых показывали чудеса героизма. Типичен пример тагильчанки Солиной Таисии Ивановны. После окончания годовых курсов медсестер запаса Красного Креста и Красного Полумесяца в сентябре 1942 года, ушла в РККА. С 1942 г. по 12.1943 г. была младшим сержантом, санитарным инструктором в 39 стрелковом полку, воевала в Сталинграде, под Курском и на Малой Земле[5]. Награждена медалью «За отвагу» за то, что в бою 18-19 июля 1943 в районе села Кочетовка Курской области вынесла с поля боя 15 человек и командиров с оружием [4].

Кроме оказания помощи раненым в период Великой Отечественной, санитарам и санинструкторам зачастую приходилось отбивать себя и раненых от атакующего противника. После окончания курсов РОКК попросилась на фронт, написав письмо Сталину и 15-летняя Екатерина Илларионовна Михайлова-Демина. В рядах разведки 369-го отдельного батальона морской пехоты санинструктором она прошла с 1941 года от Смоленска, Кавказа и Крыма до Вены, совокупно оказала помощь и эвакуировала более 200 раненых и спасая раненых, уничтожила до 20 гитлеровцев. Стала Героем Советского Союза.

В годы войны 1941 – 1945 годов общие потери медицинской службы составили 210601 человек, из которых 88,2% потерь приходится на рядовой и сержантский состав, действовавший на поле боя [1, с.8.]. Впрочем, есть еще одна статистическая цифра: до 80% медработников выживало при ранениях, поскольку они умели и могли качественно оказать себе самопомощь на поле боя. Этому они до войны научились в отделениях общества Красного Креста и Красного Полумесяца.

Литература

1. Домбровский Р.Ю. Книга Памяти и Славы. Нижнетагильские медики – участники Великой Отечественной войны. - Нижний Тагил: «Он-лайн 24», 2021. – 689 с.
2. Олешкова А.М. Российское общество Красного Креста в годы русско-японской войны. // Глобальный научный потенциал. №6. 2009. - С. 8.
3. Олешкова А.М. Эволюция организации и деятельности Российского общества Красного Креста во второй пол. XIX в. - 1917 г.: на материалах Урала. Автореферат диссертации - Нижний Тагил, 2012. - 305 с.
4. ЦАМО РФ. Ф. Оп. Приказ №22/Н от 14.09.1943 г. по 2 Украинскому фронту.
5. Электронный банк документов «Подвиг народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» <http://podvignaroda.ru>.

ПРАВОСЛАВНОЕ СЕСТРИЧЕСТВО МИЛОСЕРДИЯ ВО ИМЯ СВТ. ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО). КРАТКАЯ ИСТОРИЯ

Казакова Анастасия Геннадьевна

Сестра Милосердия

Город Нижний Тагил

Предыстория создания православного сестричества милосердия. Сестричество милосердия было образовано в 2015 году по благословению правящего тогда архиерея епископа Нижнетагильского и Серовского Иннокентия. К этому моменту в городе уже было сестричество милосердия, созданное в 2009 году при обществе православных врачей. ОПВ духовно окормлялось в Казанском мужском монастыре. И первых 4 сестер посвящал настоятель монастыря, ныне

митрополит Челябинский и Миасский Алексей (Орлов). Поэтому важно понимать, что сестричество – это общество православных женщин, которые несут свое послушание во имя любви ко Господу, не иначе.

Посвящение в сестры. 7 апреля 2015 года, в праздник Благовещения Пресвятой Богородицы, в сестричество было посвящено еще 5 православных женщин и девушек. Все они до этого момента были активными участниками добровольческой службы при отделе социального служения Нижнетагильской епархии. Духовником сестричества стал руководитель Отдела соц. служения протоиерей Олег Шабалин.

Служение в больницах. Первые 9 сестер активно начали развивать больничное служение. Посещали стационар (основное здание, где расположен Домовый храм во имя свт. Николая Чудотворца) Демидовской гор. больницы; неврологическое отделение Демидовской (Кузнецкого) больницы; терапевтический корпус больничного городка на Т/с (сначала), позднее пост сестер был перенесен в здание онкодиспансера там же, в медгородке. Сестричество постепенно растет, каждый год посвящались новые кандидатки. Когда в сестричество вступили жительницы Вагонки Любовь Николаевна Бастрикова и Наталья Валентиновна Прохоренко служба милосердия стала развиваться и в этом районе, при храме Воскресения Христова. Сестры стали окормлять стационар 1 ГБ.

Служение социальных приютах. Кроме больниц сестры посещают приюты и психонаты для одиноких пожилых людей и инвалидов, детские дома и социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних. Ухаживают за лежачими больными, помогают желающим готовиться к Таинствам, оказывают помощь священникам при совершении Причастия, Крещения и т.д. Для детей организуют досуг, проводят беседы, мастер-классы, игры, поздравляют с праздниками, дарят подарки.

Развития патронажной службы. С началом пандемии коронавируса доступ в больницы и детские дома был резко ограничен. Зато появилась потребность ухода за лежачими больными на дому. У кого-то родственники не справляются, работают или тоже по состоянию здоровья не могут оказать полноценный уход, кто-то совсем одинок и беден. Одним словом, появилась реальная нужда в создании патронажной службы «Внимание и забота». Для создания службы были выиграны и реализованы два гранта от фондов Владимира Потанина и КАФ. Наши лежачие подопечные были обеспечены не только постоянным гигиеническим уходом, но и бытовой помощью. Кроме того, важной составляющей является внимание к человеку, возможность поговорить и быть услышанным. Доброе внимательное отношение наших сестер стало приводить к тому, что люди начали отказываться от услуг государственных социальных служб.

Участие в других мероприятиях. Вообще, сестры милосердия – активные участники всех мероприятий отдела социального служения. Это и благотворительные акции, и сборы пожертвований, и просто праздничные мероприятия.

Праздник «Белый цветок». В общем списке таких событий, конечно, стоит упомянуть отдельно праздник благотворительности «Белый цветок». В нашем городе он был впервые проведен в 2015 году и стал традиционным. Проводится обычно в течение мая месяца и посвящен памяти святых Царственных страстотерпцев. Это череда многодневных мероприятий: бесед и мастер-классов в различных учреждениях города (чаще всего в общеобразовательных и учреждениях доп. образования), концертов классической музыки ко Дню рождения последнего Российского императора Николая II в Нижнетагильской филармонии, благотворительные кинопоказы, литературные гостиные и, конечно, завершающее мероприятие – большой праздничный концерт в парке Бондина. Традиционно, все участники мероприятий получают на память символы праздника – белые цветы ручной работы.

Обучение сестер. Сестры милосердия постоянно совершенствуют свои навыки, проходят курсы повышения квалификации (по уходу за лежачими (тяжелыми, паллиативными больными). Для них духовник сестричества постоянно проводит беседы и лекции по катехизации и основам духовной жизни.

Духовная жизнь сестричества. Неотъемлемой частью жизни сестер является участие в духовной жизни Церкви, в таинствах Исповеди и Причастия. Сестры являются прихожанками разных храмов города, но раз в месяц они собираются в храме Сергия Радонежского на совместную Литургию. Вместе причащаются Святых Христовых Таин, читают Акафист небесному покровителю сестричества - свт. Луке Крымскому, собираются на совместную трапезу, проводят собрания, обсуждают наболевшие проблемы. Вместе встречают большие церковные праздники (Рождество, Пасху), совершают паломничества к святыням Урала.

ЖИЗНЬ НУЖДАЕТСЯ В МИЛОСЕРДИИ. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ. НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ВОЛОНТЕРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

Мирзоева Ширинмох, Щелокова Александра

Руководитель: Хуснутдинова Ирина Викторовна

Нижнетагильский филиал

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Город Нижний Тагил

g.irina09@mail.ru

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Паллиативная помощь – это предотвращение и облегчение страданий

любого рода – физических, психологических, социальных или духовных, – испытываемых взрослыми людьми и детьми, живущими с медицинскими проблемами, ограничивающими срок их жизни.

Цели:

Паллиативной помощи не должны ограничиваться лечением болевого синдрома и контролем показателей жизнедеятельности, а также не должны ограничиваться лечением болевого синдрома и контролем показателей жизнедеятельности

Паллиативная помощь должна также охватывать психиатрические, психосоциальные, экзистенциальные и духовные аспекты жизни больного;

Обучение родственников уходу за паллиативными больными.

Задачи:

1. Адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов.
2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников.
3. Выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека.
4. Удовлетворение физиологических потребностей больного и его близких.

Направления при обучении:

контроль за симптомами

психологическая, духовная и эмоциональная поддержки

решение проблем биомедицинской этики

поддержка членов семьи во время ухода

Формы оказания помощи на дому:

Помощь на дому

«Помощь выходного дня», предоставляющая возможность дать отдых лицам, постоянно ухаживающим за больным.

Задачи медицинской сестры при оказании паллиативной помощи:

Общий уход:

Контроль за симптомами;

Психологическая поддержка пациента и его семьи;

Обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи;

Облегчение боли и смягчение других тягостных симптомов;

Психологическая и духовная поддержка пациента;

Поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти;

Создание системы поддержки в семье больного во время болезни и смерти.

Получив дополнительно занятия и навыки в рамках реализации проекта «Волонтеры паллиативной помощи» стали активно применять на практике, учитывая психологические особенности пациента



В рамках реализации проекта волонтеры совершили выход по поступившему запросу с горячей линии г. Нижний Тагил, по оказанию помощи пациенту на дом. Измерили артериальное давление, проконсультировали пациента и родственников по интересующим вопросам.

Литература:

1. Ст. 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит нормы, регулирующие оказание паллиативной медицинской помощи в РФ

2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" (утв. Постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. N 2505)

3. Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования реализации государственных программ субъектов Российской Федерации, содержащих мероприятия по развитию системы паллиативной медицинской помощи (Приложение N 6 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 24 января 2019 г. N 34)

4. Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального

обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»)

5. Перечень медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н)

6. Порядок передачи от медицинской организации пациенту медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 июля 2019 г. N 505н)

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 года N 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»

ИСТОРИЯ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА В НИЖНЕМ ТАГИЛЕ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С МИЛОСЕРДНЫМ СЕСТРИЧЕСТВОМ

Шишкина Валентина Дмитриевна, преподаватель

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Город Нижний Тагил

15 (3) мая 1877 был организован Екатеринбургский комитет Российского Красного креста. Основу его местного руководящего органа составили врачи Екатеринбурга [3]. Членами общества стали высшие чины горной администрации, купцы, духовенство. В состав уральских учреждений РОКК входили представители практически всех сословий и социальных групп: дворянства, духовенства, чиновников, военных, купечества, мещанства, крестьянства при преобладании чиновничества [5]. На начало 1880 г. всего было 56 действительных членов, среди которых такие известные имена, как К. Нуров, А. Казанцев, И. Симанов, Н. Русских, А. Миславский [2].

Руководитель Земской больницы Нижнего Тагила, земский врач Пётр Васильевич Кузнецкий (25.03.1844 – 21.05.1912) был активным деятелем Российского общества Красного Креста, а с 1904 года являлся председателем Нижнетагильского комитета Красного Креста. Пётр Васильевич был хирургом-патриотом, он участвовал в русско-турецкой войне 1877 - 1878 годов, возглавлял «Выдвижной госпиталь верхотурского комитета помощи раненым», расположенный вблизи Одессы и оснащенный на средства тагильчан и во время русско-японской войны 1904-1905 годов руководил лазаретом Красного Креста в Нижнем Тагиле.

Его сын Дмитрий Петрович Кузнецкий (04.09.1875 – 14.08.1939), уролога, профессора, доктор медицинских наук, специалиста военно-полевой хирургии. Уроженец Нижнего Тагила, он до 1903 г. трудился в Нижнетагильской земской больнице, затем во время русско-японской и первой мировой войны в дальневосточных госпиталях Красного Креста и хирургом на Западном фронте.

Первая мировая война потребовала расширения масштабов работы учреждений Красного Креста. Помимо основных форм учреждений, появились новые многопрофильные и специализированные пункты и отряды. В период Первой мировой войны, как и во время Русско-японской кампании, основными учреждениями РОКК на Урале оставались госпитали и лазареты. В Нижнем Тагиле в годы Первой Мировой войны Госпиталь Красного креста располагался в здании нынешнего Высокогорского металлургического техникума. На протяжении большей части войны Нижнетагильский комитет РОКК демонстрировал умение конструктивно сотрудничать с правительственными структурами, общественными организациями, частными лицами, которые оказывали благотворительную помощь обществу.

В послереволюционный период началась работа по организации Советского Красного Креста. Активисты уральского отделения РОКК активно боролись с паразитарными тифами и холерой и занимались санитарно-просветительской работой в Красной Армии в 1922 году [1, с.84-98]. Нижнетагильское отделение Российского общества Красного Креста также продолжало свою работу, сосредоточившись на профилактической работе.

В предвоенные годы начинает активно развиваться донорское движение

Развитие донорского движения в годы Великой отечественной войны и в советское время

Когда в начале войны от тагильского пункта крови потребовалось для раненых бойцов большое количество крови, заведующая пунктом врач Лидия Павловна Кипарисова одна из первых сдала свою кровь. Ее примеру последовали старшая сестра пункта т. Седышева, старшая сестра хирургического отделения 2-й Советской больницы т. Борисова и другие. Вскоре патриотический подъем охватил весь коллектив больницы, и сейчас уже несколько десятков работниц больницы регулярно сдают кровь.

Донорский коллектив 2-й Советской больницы за время войны дал фронтовикам сотни литров крови. Почти каждая из врачей, сестер, санитарок и других работников в любой момент готова отдать кровь для спасения жизни раненого красноармейца и офицера, для жителя нашего города. Часто, не замечая этого, они делают по настоящему героические поступки. Как-то в 11 часов вечера в больницу привезли мальчика в тяжелом состоянии. Спасти его могло только немедленное вливание крови четвертой группы. Тогда вызвали врача т. Соловьеву, и она ночью, в непогоду пошла в больницу, несмотря, на то, что четыре – пять дней до этого у нее была очередная сдача крови.

Л. П. Кипарисова за 28 раз сдала 8,4 литра крови, а деньги, причитавшиеся за это, передала в фонд Красной Армии; тов. Борисова сдавала кровь 27 раз, тов. Седышева – 20 раз, Н. П. Кипарисова – 15 раз. Вокруг этой группы организовался актив женщин-патриоток, каждая из которых отдала для фронтовиков 4-5 литров крови.

П. С. СКРЯБИН, Член РОКК, донор.

23 Июля 1942 | №172 стр.2

С первых дней войны в Н-Тагильский горком РОКК начали поступать заявления от многих патриоток Тагила о своем желании изучить медицинское дело .

Сотни женщин Тагила с воодушевлением идут на курсы медсестер, в кружки санитарной обороны и т. д. Все они – слесари, токари, фрезеровщики, бухгалтеры, счетоводы, машинистки, учителя, домашние хозяйки – торопятся приобрести новую, необходимую сейчас специальность медицинских сестер.

Активно взялись за изучение санитарного дела служащие управления Ново-Тагильского завода. Все слушательницы кружка просят зачислить их дружинницами. Они заявляют:

– В любую минуту мы готовы пойти на фронт, оказывать помощь бойцам Красной Армии.

Очень скудная информация о деятельности РКК в советский период, но мы знаем, активная работа Красного Креста возобновилась в 1949 году, по архивным данным взятым из городского архива:

В документах архивного фонда Исполнительного комитета Нижнетагильского городского Совета депутатов трудящихся "О работе общества Красного Креста" указано следующее

В 1949 году 522 организации – 31050 членов

в 1953 году в состав гор комит кр кр входили : заведующ горздравом, заведующий горно, инструктор гор комит КПСС, заведующий отделом пропаганды гор комит ВЛКСМ, городск военный комиссар, председатели заводских комитетов , председатель горкома Союза медиц работников, председатель горкома Красного креста и др организации.

В 1983 году было 320 организаций – насчитывающих 155800 членов

На 28 лет приостановилась работа кр кр в Нижнем Тагиле и вот в 2011

В городе Нижний Тагил, было открыто местное отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», на организационном собрании председателем была избрана преподаватель колледжа Шишкина Валентина Дмитриевна

Традиции милосердия, сподвижничества не канули в лета, в 2003 году было основано Общество православных врачей, которым руководила Ланцова Нелля Викторовна. А также в этом году было основано тагильское общество милосердия. Его было решено назвать «Обществом православных врачей во имя святителя Луки Архиепископа Симферопольского и Крымского». Святитель Лука, в миру Войно-Ясенецкий, был основателем советской гнойной хирургии. В честь этого гениального, но необычайно скромного и глубоко верующего в Бога (все операции он

проводил с Крестом и молитвою) и была организовано направление деятельности «Православное сестричество» куда вошли 4 сестры. Его возглавила Нелли Викторовна Ланцова, врач эпидемиолог. Целью создания этого общества, явилось возрождение традиций милосердия, высшего чувства любви к ближнему.

Ланцова Нэля Викторовна родилась 13 апреля 1951 года в Нижнем Тагиле. Окончив Свердловский медицинский институт и получив диплом врача-гигиениста, много лет проработала в санэпидстанции.

В 1990 году обрела православную веру. Нэля Викторовна стала не просто благочестивой христианкой, она понесла свет Христовой веры в мир. За подвижническую деятельность Нэля Викторовна была удостоена архиерейской грамоты Екатеринбургской епархии и награждена медалью святой Екатерины II степени.

Члены общества под руководством Нэли Викторовны проводили городские конференции, принимали участие в различных семинарах и форумах Екатеринбургской епархии, занимались организацией православных выставок и проведением благотворительных акций. Сестры милосердия несут миссию в приходе во имя святителя Николая и священномученика Пантелеимона в Демидовской больнице. Нэля Викторовна плодотворно занималась издательской и исследовательской деятельностью.

23 июня 2013г., в праздник Святой Троицы, тихо и кротко угасла после тяжелой болезни председатель Общества православных врачей Нэля Викторовна Ланцова.

Сестры милосердия, в последующие годы стали активными помощниками Нижнетагильскому отделению Красного Креста.

В 2015 году на базе отдела социального служения Нижнетагильской Епархии было создано «Сестричество МИЛОСЕРДИЯ», в которое вошли и сестры общества православных врачей.

В этом же году в Нижнетагильском филиале ГБПОУ «СОМК» были выпущены необычные выпускницы, ими стали сестры милосердия отдела социального служения Нижнетагильской Епархии, прошедшие специальные медицинские курсы. Обучение заняло 6 месяцев, занятия педагоги медколледжа проводили по вечерам 4 раза в неделю.

Перед волнительной церемонией вручения дипломов студенток ждал самый сложный экзамен. Он состоял из 100 теоретических вопросов и двух практических заданий.

Поздравить и благословить сестёр милосердия из Серова приехал проректор по науке Института социально-экономического развития, доктор медицинских наук священник Сергей Вогулкин. Он привёз с собой особую икону преподобномученицы великой княгини Елизаветы Романовой с частицей мощей.

Анализ подшивок газеты «Тагильский рабочий» фронтового времени [4] показывает, что в годы Великой Отечественной войны члены РОКК участвовали в деятельности сандружин и

активно сдавали кровь для воинов Красной Армии, а вырученные от этого средства чаще всего перечисляли в фонд обороны.

Литература

1. Ананьин. Отчет Всероссийского Военно-санитарного съезда. // Уральский врач. 1922. № 3, с.84-98.
2. Микитюк, местный комитет Российского общества Красного Креста / // Екатеринбург : энциклопедия. - Екатеринбург, 2002. - С. 198.
3. На посту милосердия : [120-летие со дня орг. о-ва Красного креста в г. Екатеринбурге] / А. Бальчугов // Вечерний Екатеринбург. - 1997. - 20 мая.
4. Тагил военной поры. Тагильский рабочий. <http://www.tr41-45.tagilib.ru/>
5. Харитонов, О. И. РОКК на перекрестке человеческих судеб : [125 лет Свердл. обл. орг. Красного креста / // Большой Урал. Свердловская область: Мир событий, 2002: ежегодник. - Екатеринбург, 2003. - С. 277.

МИЛОСЕРДИЕ В СЕРДЦЕ КАЖДОГО. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КРАСНОГО КРЕСТА НА ТЕРРИТОРИИ УРАЛА

Богатырева Дарья Сергеевна, студентка 3 курса

Высотина Анна Сергеевна, преподаватель

Ревдинский центр медицинского образования «ГБПОУ» «СОМК»

Город Ревда

Международный Комитет Красного Креста является беспристрастной, нейтральной и независимой организацией. Его цель состоит в облегчении человеческих страданий, защите жизни и здоровья людей и отстаивании человеческого достоинства, особенно во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций [5]. Движение действует во всех странах мира, и его поддерживают миллионы добровольцев. Общество Красного Креста в России было основано 15 мая 1867 и официально зарегистрировано как «Российское Общество попечения о раненых и больных воинах», далее в 1925 оно было переименовано в Союз Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца в СССР. После его распада организация сменила свое название на «Российский Красный Крест» и в данный момент является частью Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца [4].

В конце XIX в. волна создания региональных отделений охватила и Урал. Каждое подразделение могло существовать автономно, при этом представляя собой сеть учреждений: окружное управление, местное управление, местный комитет, община сестер милосердия.

На Урале общины сестёр милосердия стали открываться при местных комитетах РОКК (Российское общество Красного Креста) достаточно быстро, активно действуя с конца XIX в. [6]. В ряде комитетов на Урале были созданы общины сестер милосердия, наиболее известные — Екатеринбургская, Пермская, Надеждинская, Вятская и Уфимская Александровская.

Списочная численность сестер милосердия к августу 1915 года составляла 150 сестер Екатеринбургской общины и 31 сестру Уральской общины сестер милосердия Красного Креста во имя Святого Архистратига Михаила. Сестричества организовываются при храмах и ведут широкую деятельность в богадельнях и на дому (патронаж), больницах и детских учреждениях, работают с бездомными и алкоголе- и наркозависимыми людьми [3].

В Екатеринбурге и области насчитывается несколько десятков сестричеств. Например, одним из первых и старших стало Свято-Пантелеимоновское сестричество (с 2002 года).

Структура управления РОКК на Урале включала и дополнительные учреждения «второго порядка» (кружки, приюты, столовые и др.). Эти отделения организовывались самими жителями губерний и существовали на добровольные пожертвования [2]. Работа данных ячеек была формой выражения гражданской активности местного населения, личного интереса к проблемам, решаемым РОКК, что придавало красно-крестной организации общественный характер.

Представительство в Перми (ранее она являлась частью Уральского региона) начало работу 14 марта 1868 г. В Екатеринбурге РОКК действует с 1876 г. К началу Русско-турецкой войны Пермское управление включало 3 уездных комитета: Екатеринбургский, Кунгурский, Нижнетагильский с числом членов Общества 515 человек [6]. Таким образом, уральские отделения начали свою работу практически сразу после образования РОКК.

В красно-крестной системе Урала очевидно лидирующее положение Вятского региона, в рамках которого действовало более 20 подразделений. Вятский Красный Крест с 70-х гг. XIX в. действовал в Елабуге, Котельниче, Нолинске, Орлове, Сарапуле, Уржуме, Яранске, всего было 15 филиалов.

В функциональном отношении можно выделить распорядительные, исполнительно-финансовые, врачебно-санитарные, заведения для помощи нуждающимся, а также реабилитационные учреждения на Урале. Особое значение имели врачебно-санитарные учреждения целевой направленности, осуществляющие помощь на фронте [1, с. 23]. Такие структуры действовали по ситуации, при необходимости возникая и самоликвидируясь.

Сегодня организация Красного Креста на Урале обладает большим количеством полномочий и функций. Отмечают создание службы, занимающейся поиском пропавших без вести людей, также относят организацию добровольной сдачи крови от граждан, санитарное просвещение жителей государства, прием и распределение гуманитарной помощи от других стран и предприятий [7]. Кроме того, в городах Урала проводятся мероприятия по профилактике

социальной заболеваемости и негативных явлений. Они также проводят различные социальные программы для жителей города.

На Урале 15 мая 2022 отметили 155-летие общероссийской общественной организации Российский Красный Крест - старейшей благотворительной организации России и 145-летие Свердловского регионального отделения. Эта дата демонстрирует богатую историю и проделанный им опыт, а также правильный путь для дальнейшего следования принципам гуманизма, милосердия и добровольчества.

Сегодня Свердловское региональное отделение Красного Креста - крупнейшая благотворительная организация, в деятельности которой принимают участие добровольцы и волонтеры со всей Свердловской области и Уральского Федерального округа [8]. Многолетняя история создания общественной организации на территории Свердловской области, ее опыт и достижения полностью отражают значимость и важность деятельности Российского Красного Креста в настоящее время.

Литература:

1. Боцяновский В. Ф. Исторический очерк деятельности Российского общества Красного Креста [Текст] / В. Ф. Боцяновский. –СПб.: Гос. тип., 1896. –148 с.
2. Ф. Олешкова, А. М. Институционализация красно-крестного движения на Урале / А. М. Олешкова. — Текст : непосредственный // История и археология : материалы II Междунар. науч. конф. — Т. 0. — Пермь : Меркурий, 2014. —[Электронный ресурс] URL: <https://moluch.ru/conf/hist/archive/117/5619>
3. История милосердного служения на Урале [Электронный ресурс] URL: https://svelisaveta.ru/index.php?pid=articles_show.php&npid=20171121_istoriya_miloserdnogo_sluzheniya_na_urale.html
4. Красный Крест/Энциклопедия Кругосвет [Электронный ресурс] URL:<https://www.krugosvet.ru/enc/gosudarstvo-i-politika/krasnyy-krest>
5. Международный Комитет Красного Креста [Электронный ресурс] URL:<https://www.icrc.org/ru/who-we-are>
6. Олешкова А. М. Организация и деятельность Екатеринбургского местного комитета Красного Креста[Электронный ресурс] URL:https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/88515/1/978-5-8295-0139-6_2012-26.pdf
7. Российское общество Красного Креста: история создания, цели и функции[Электронный ресурс] URL:<https://fb.ru/article/380720/rossiyskoe-obschestvo-krasnogo-kresta-istoriya-sozdaniya-tseli-i-funktsii>
8. Свердловское региональное отделение Красного Креста сегодня[Электронный ресурс] URL:<https://midural.ru/news/list/document123431/>

ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ

Макеева Юлия Алексеевна, студентка 3 курса
руководитель Высотина Анна Сергеевна, преподаватель
Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК»
городской округ Ревда

Паллиативная помощь оказывается тем пациентам, заболевания которых признано неизлечимыми. Именно поэтому цель современной паллиативной помощи состоит в том, чтобы облегчить боль и иные физические симптомы, поддержать пациента психологически, эмоционально, организовать уход, дать возможность человеку жить полноценной жизнью настолько, насколько это возможно.

Паллиативная медицинская помощь необходима при многих заболеваниях. Большинство нуждающихся в ней взрослых страдают такими хроническими заболеваниями, как сердечно-сосудистые (38,5%), онкологии (34%), хронические респираторные заболевания (10,3%), СПИД (5,7%) и диабет (4,6%).

Паллиативная помощь может оказываться в специализированных отделениях паллиативной помощи, в хосписах, в дневных центрах, на дому у больного, в домах престарелых, в стационарах, т.е. в любых медико-социальных учреждениях, где имеются специалисты, обученные специфике оказания паллиативной помощи.

Паллиативная помощь в современном понимании - это инновационный метод оказания медико-социальной помощи неизлечимым больным.

Цель работы: изучить проблему паллиативной помощи.

Задачи работы:

1. Дать определение понятию «паллиативный уход».
2. Произвести анализ данных о количестве больных, нуждающихся в паллиативном уходе.
3. Классифицировать организации паллиативного ухода по различным признакам.
4. Рассказать об истории возникновения термина «паллиативный уход».
5. Исследовать мнение населения о необходимости увеличения количества организаций, осуществляющих паллиативный уход за больными.

Объект исследования: пациенты, нуждающиеся в паллиативном уходе.

Предмет исследования: деятельность организаций паллиативного ухода.

Использованные методы исследования: анализ научно-методической литературы; метод анкетирования; математико-статистическая обработка данных.

Гипотеза: возможно в России наблюдается нехватка организаций паллиативного ухода. Доступность паллиативной помощи.

Паллиативный уход - это активная, всеобъемлющая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента (ВОЗ).

Паллиативная помощь появилась в средние века, в первых домах сестринского ухода, домах приюта, богадельнях, которые возникали в средневековье при монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих. Но только лишь христианская церковь брала на себя в те времена заботу о безнадежно больных людях и умирающих, обеспечивая им социальную и духовную помощь и поддержку силами сестёр милосердия. Всего в России сейчас существует около 20 хосписов.

Компонентами паллиативной помощи являются: контроль за симптомами, реабилитация, забота об умирающих, психотерапия, поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти, обучение, исследования.

Аспекты паллиативной помощи:

- медицинские аспекты по снятию болевого синдрома, уходу за открытыми очагами, правилам асептики, питания и личной гигиены пациента.

- психологические аспекты, связанные с уменьшением уровня стресса и страха, вызванного прогрессирующим заболеванием, и снижающего качество жизни пациента и его близких.

- социальные аспекты, связанные с решением ряда социально-бытовых вопросов и проблем, обеспечения необходимой социальной поддержки для больного, его семьи и ухаживающих лиц.

- духовные и культурные аспекты, связанные с удовлетворением религиозных и культурных потребностей больного и членов его семьи на основе признания и уважения этнокультурных различий и особенностей.

Цели и задачи паллиативной помощи заключаются в адекватном обезболивании и купировании дискомфорта, в грамотном оказании психологической и духовной поддержки пациента, а также в поиске более эффективных методов решения данных задач и т.д.

Помощь в конце жизни» или «помощь умирающим» является частным разделом паллиативной помощи. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки пациента и его семьи. Поэтому часто говорят, что паллиативная помощь — это философия. Главной целью паллиативной помощи в конце жизни является избавление пациента и умирающего от страдания.

Оказание паллиативной помощи умирающим пациентам и их родственникам является наивысшим проявлением фундаментальных и гуманных принципов биомедицинской этики.

Главный враг пациента — это болезнь, а главный помощник — семья. Нужно помочь родным научиться делать что-то для пациента. И это возможно, если вся система выстроена и работает хорошо.

Одним из немаловажных элементов оказания паллиативной помощи можно выделить обучение родственников, благодаря этому был создан план обучения.

План обучения родственников ухода за пациентом.

1. Вовлечение родственника или группы родственников для последующего обучения.
2. Подробное информирование родственников пациента о заболевании, паллиативном уходе, всех его составляющих (Сущность ухода, профилактика осложнений, общий режим дня, манипуляции, психологический аспект, разрешение проблем пациента).
3. Подробный разбор манипуляций и обучение родственников.
4. Контроль родственников на результативность обучения, т.е. выполнены ли манипуляции правильно и качественно.
5. Выдача рекомендации для родственников по поводу ухода за пациентом.

Плюсы данного обучения

- Родственники проводят достаточно времени со своими близкими.
- Приобретение самостоятельности и опыта в уходе и наименьший затрат денежных средств – можно обойтись без услуг сиделки.
- Достаточное общение с паллиативным больным, улучшение его эмоционального фона за счёт соблюдения и информированности о наиболее востребованных предпочтениях пациента.
- Домашняя, более спокойная и привычная обстановка.
- Вероятно максимальное восполнение потребностей, т.к. пациент испытывает наименьшее стеснение, в отличие от контакта с медицинским работником.
- Возможность контакта со своими домашними питомцами, т.к в какой-то мере является зоотерапией и несёт положительный эффект для паллиативного больного.
- Разнообразие меню больного в зависимости от его кулинарных предпочтений.

В результате исследования и проделанной работы во время формирования проекта можно прямо заявить о том, что гипотеза подтвердилась. В России наблюдается явная нехватка организаций паллиативного ухода, доступность паллиативной помощи. В частности из-за того, что болезнь затрагивает близких больного. И чем сильнее болезнь, тем выше роль влияния близких на пациента, и тем больше им самим нужна помощь, и тем больше внимания всей семье должен уделять врач.

Список использованных источников

1.Методические рекомендации по организации паллиативной помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 сентября 2008 г.

2.Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010.

3.Липтуга М.Е., Поляков И. В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь: краткое руководство, 2001.

4.Хетаругова А. А. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. М.: ФГОУ «ВУНЦ Росздрава», 2006, стр. 160.

КРАСНЫЙ КРЕСТ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Файзрахманова Дарья, студентка 3 курса

Высотина Анна Сергеевна, преподаватель

Ревдинский центр медицинского образования ГБПОУ «СОМК»

городской округ Ревда

Великая Отечественная война является одним из самых героических и драматических периодов истории нашей страны. Советский народ внес огромный вклад в разгром фашистской Германии и ее союзников. [2, с.3]

Любое государственное мероприятие может быть успешно воплощено в жизнь лишь при активной поддержке общества. А особенно необходима такая поддержка в условиях войны. Советское государство в период Великой Отечественной войны опиралось в своей деятельности на ряд общественных и оборонно-массовых организаций. В том числе на Советскую Организацию Красного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП, Одновременно в советские годы официально использовалось и другое название - Российская Организация Красного Креста - РОКК). [1]

Челябинский областной и Башкирский республиканский комитеты Красного Креста в годы Великой Отечественной войны были одними из самых многочисленных на территории Южного Урала. Так, в Башкирии на 1 января 1941 года действовало 1450 первичных организаций с количеством членов 55 600 человек. В начале января 1942 года их уже стало 1793, объединяющих 69 858 членов. К концу войны первичных организаций в Башкирской республике насчитывалось 2480 общей численностью 107 450 человек. [3, с. 127]

Накануне и в период войны 1941-1945 гг. Челябинский обком РОКК координировал работу 28 райкомов с платными председателями и один дорожный комитет. В первый же месяц войны было развернуто 11 госпиталей на 3 100 коек, а в июле 1941 года их мощность увеличилась до 11 150 коек. Из числа госпиталей, развернутых в первую очередь, в Челябинске было четыре ведущих

[1]. Всего в Челябинской области за годы войны было создано 116 госпиталей, в том числе и специализированных.

К концу войны в Челябинской области действовало 2263 первичных организации Красного Креста с численностью 157 267 человек [1]. В 1941 году численный состав обществ Красного Креста на Южном Урале увеличился в 1,5 раза. В конце войны в его рядах насчитывалось 374 417 человек. [3, с.127]

Госпиталям не хватало штатов. Штаты были малы и ещё сократились в процессе перевода госпиталей в систему Наркомздрава СССР. В целях экономии уменьшали количество палатных нянь, санитарок, рабочих кухни и т. д. Без труда добровольных помощников положение тяжелораненых оказывалось невыносимым. Дело помощи раненым нашло широкий отклик среди населения. Силами населения Кургана проводилась работа по устройству подъездных путей к зданиям формируемых госпиталей. В Шадринске домохозяйки летом 1941 г. готовили здание госпиталя: вымыли, вычистили, принесли 700 банок с цветами. Актив Красного Креста включился в процесс оборудования зданий госпиталей, в сбор белья, посуды, продовольствия. [1]

Важным звеном в развитии Красного Креста на территории Южного Урала являлась молодежь. По сообщению секретаря Чкаловского обкома ВЛКСМ Н. Королева, к 4 июля 1941 года в Чкалове, Орске, Бугуруслане, Бузулуке, Медногорске и Абдулино на курсах медсестер обучалось 3500 человек. В период с 1942 по 1945 год комсомольцами Чкаловской области совместно с обществами Красного Креста было подготовлено 3595 медицинских сестер [3, с. 128]. После объявления войны в Кыштыме проводилась большая оборонно-массовая работа, были организованы курсы медсестер без отрыва от производства. Тысячи кыштымцев: лучшие люди города, рабочие, молодежь ушли на фронт.

В период развёртывания госпиталей активистки мыли полы, расставляли кровати, набивали матрацы, доставляли мебель, продукты питания. Работали на погрузке и разгрузке санитарных поездов, участвовали в дезинфекции вещей раненых. Трудились в приёмном покое: регистрировали поступивших раненых, проводили их санитарную обработку. Следили за чистотой раненых и их белья, кормили тяжёлых больных, осуществляли медицинские манипуляции под руководством медперсонала. Занимались заготовкой бинтов, их стерилизацией, перевязками. Помогали хозяйственному персоналу на кухне и в столовой. Занимались пошивом нового и ремонтом старого белья. Челябинские организации РОКК были обязаны ежеквартально отчитываться о своей помощи в эвакогоспиталях перед военными отделами комитетов партии. В годы войны Южный Урал являлся важным тыловым районом страны, куда эвакуировались десятки промышленных предприятий вместе с коллективами. [1]

Важным аспектом деятельности Красного Креста была пропаганда донорства. Доноры организационно были включены в РОКК. В 1941-1942 гг. в Челябинске было привлечено в ряды 11600 доноров. К 1945 г. число доноров выросло до 15,1 тыс [1]. Но имевшиеся 13 пунктов

переливания были слишком малы, для того чтобы удовлетворить потребности гражданских и военных медицинских учреждений в продуктах крови.

Группы доноров в госпиталях оформлялись как организации Красного Креста. Большинство из награждённых званием «Почётный донор» были медсёстрами или санитарками. Так, из двенадцати доноров в Троицке, награждённых этим званием в феврале 1945 г., 9 были медицинскими работниками.[1]

Организации Красного Креста не только подготавливали кадры для системы военно-санитарного обеспечения войск, но и принимали самое живое участие в судьбах раненых в тылу. Не имея материальных ресурсов, активисты РОКК отдавали свой труд и время. Они обеспечили разгрузку санитарных поездов, покрывали недостаток обслуживающего персонала в госпиталях, включились в донорское движение. Всё это способствовало повышению эффективности медицинской реабилитации раненых в госпиталях.

ИСТОЧНИКИ

1. Кусков С. А. Красный Крест в Челябинской области: шефство над госпиталями в период Великой Отечественной войны / С.А. Кусков // Официальный сайт Государственного учреждения «Объединенный государственный архив Челябинской области. – 2012. – URL: <https://archive74.ru/krasnyi-krest-v-chelyabinskoi-oblasti-shefstvo-nad-gospitalyami-v-period-velikoi-otechestvennoi-vojn> (дата обращения: 12.06.2022).

2. Усольцева Н.Л. Здравоохранение на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны, 1941 - 1945 гг. диссертация ... канд. ист. наук: 07.00.02 / Усольцева Наталья Леонидовна. – Челябинск, 2002. – 220с.

3. Магомедов Р.Р. Красный Крест на Южном Урале в годы Великой Отечественной войны: численность и социальный состав / Р.Р. Магомедов, А. И. Ампилогов // Вестник Оренбургского государственного педагогического университета. – 2014. – №4. – С. 126-130.

ОБЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРОВ С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Виноградова Елена Евгеньевна, педагог-психолог

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Серов Свердловская область

Болезнь - тяжелое испытание – как для пациента, так и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего лечения жизнь пациента и его близких меняется: то, что было доступным и естественным становится трудным, невозможным. Поэтому паллиативная

помощь должна быть направлена на семью в целом.

Тяжелое заболевание или внезапное ухудшение, это всегда кризис, всегда вызов для самого пациента, его родственников и естественно, медработника, волонтера. Семья – основной источник поддержки для пациентов, страдающих смертельно опасным заболеванием. Именно родственники обычно берут на себя основной уход, и именно они обеспечивают поддержку близкому человеку в последние дни его жизни, активно участвуя в принятии решений и играя роль посредников и его представителей при общении с медицинскими работниками и волонтерами. Болезнь, можно сказать, «разделяется» близкими людьми и оказывает мощное влияние на всех членов семьи.

Заболевая, человек вступает в комплекс отношений в системе «Человек-Болезнь». Так как элемент «Болезнь» имеет свою динамику, то и соответственно меняется и отношение человека к своей болезни. Главный враг пациента – это болезнь, а главный помощник – семья. Нужно помочь родным научиться делать что-то для пациента.

В этой ситуации волонтеру нужно быть очень тонким, молчаливым, и при этом – с большими ушами, которые умеют слышать. Если семья сложная, то нужно приложить максимальные усилия, чтобы человек убедился, что семья – самое близкое и дорогое. Очень не хочется думать в свои последние месяцы жизни, что не с тем человеком прожил жизнь. Что вырастил бестолковых детей. Что ты прожил непутевую жизнь и теперь за тобой никто не ухаживает. И нужно избежать любых намеков, которые могут спровоцировать такие мысли. Поэтому встает задача показать больному человеку, что его родственник самый заботливый и любящий, сделать родственника соучастником процесса помощи: научить его кормить своего близкого, мыть, сажать на постели. А если он боится – помочь и объяснить. У родственников возникает страх, проистекающий из-за восприятия ситуации как уникальной и непохожей на ситуации с другими людьми.

В паллиативном уходе волонтеры должны придерживаться принципов медицинской этики: уважайте жизнь, допускайте возможность смерти, рационально используйте возможные ресурсы, делайте добро, сводите к минимуму вред

Литература

1. Рядом с тяжелобольным. Паллиативная помощь на дому. Материалы для близких пациента. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 252 с.
2. Федермессер, А.К. Общение волонтеров с родственниками паллиативных пациентов URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/patsienta-i-ego-blizkie-edinoe-tseloe/?ysclid=14xqch1d56496751846>
3. Ястребов, В.С., Михайлова, Н.М., Сейку, Ю.В. Старость и психическое здоровье. Пособие для пациентов и членов их семей. – М: МАКС Пресс, 2008. – 37 с.

Исполнитель: Куцык Яна Игоревна
Руководитель: Гончарова Т.И, председатель ГК Серовского отделения РКК
Логинова Е.А., преподаватель Серовского филиала ГБПОУ «СОМК»
Серовский филиал ГБПОУ «СОМК»
г. Серов

Более 30 лет на базе Серовского филиала Свердловского областного медицинского колледжа работает волонтерский студенческий кружок под руководством преподавателя Логиновой Е.А. Реализуется студенческий проект «Рокковские медицинские сестры».

Социальным партнером является Серовское отделение Российского Красного Креста. Студенты организовывали акции в детской больнице, Доме ребенка, Доме сестринского ухода.

Основными направлениями студенческой деятельности стали: поиск архивных документов, волонтерская работа, социальное сопровождение ветеранов

Цель нашей работы: нравственное воспитание в системе среднего профессионального образования.

Из архивных документов установлено, что 22 ноября 1918 года в Богословском Горном округе было организовано отделение Красного Креста для оказания помощи больным и раненым воинам. Первым председателем Серовского городского комитета общества Красного Креста и Красного Полумесяца была Александра Григорьевна Сизикова.

На базе горкома Красного Креста в военное время были организованы курсы медсестер запаса Красного Креста и Красного Полумесяца без отрыва от производства. После окончания ускоренных курсов РОКК выдавались удостоверения. Практику проходили в госпиталях, оборудованных в школах, больницах и домах культуры города.

Самыми ценными артефактами в представленной работе являются личные воспоминания слушателей ускоренных курсов Красного Креста, организованных в военное время на базе Серовского отделения Российский Красный Крест для работы в госпиталях нашего города. Госпитали были развернуты в школах, домах культуры, больницах.

Совместное многолетнее сотрудничество с Серовским отделением ООО Российский Красный Крест позволяет воспитывать у обучающихся чувство гордости за выбранную профессию, милосердие, умение и желание помогать близким. Архивные материалы хранятся в музее отделения ООО РКК. Студенты колледжа приходят на экскурсии, знакомятся с историческими материалами, оказывают посильную помощь ветеранам.

Сопровождение, поддержка и участие в жизни РОККовских сестер, передача опыта, воспоминаний и той жизненной энергии, которая присуща только людям, пережившим годы Великой отечественной войны – вот направления работы Серовского отделения общероссийской

общественной организации Российский Красный Крест совместно со студентами Серовского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж».

Список литературы

1. Женевские конвенции и дополнительные протоколы к ним. // Международный Комитет Красного Креста, - Москва: «Инфра-М». – 2018. – 162с.
2. Исторический очерк деятельности русских женщин на войне// Вельяминов И.А. – Санкт-Петербург: «Искра» – 2018. – 46-52с.
3. Архивные документы Серовского отделения Красного Креста.

ОБЩЕНИЕ ВОЛОНТЕРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Каторгина Надежда Сергеевна, Каторгина Мария Сергеевна, Привалова Надежда Александровна

Руководитель Виноградова Елена Евгеньевна, педагог-психолог

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Серов Свердловская область

Характер общения волонтера паллиативной помощи с людьми пожилого и старческого возраста оказывает влияние на течение болезни и состояние человека. Знание особенностей поведения, психологических и эмоциональных черт пациентов пожилого и старческого возраста необходимо для волонтеров, чтобы принять их душевное, физическое и психологическое состояние.

Если волонтер научится правильно общаться, ему будет легче понять пожилых людей. Действуя подобным образом, волонтеры показывают свое уважение и признание. Волонтеры могут не согласиться с тем, что говорят им пациенты, но они обязаны принимать их и относиться к ним уважительно

В пожилом возрасте проявляется «заострение» личностных черт. Типичны изменения личности, отличающиеся своеобразной полярностью: упрямство, ригидность суждений сочетаются с повышенной внушаемостью и легковерием, сниженная эмоциональная отзывчивость – с чувствительностью и слезливым слабодушием. Общение пациентов пожилого и старческого возраста с волонтерами базируется на пяти основных видах жизненной позиции пожилых людей: конструктивная, зависимая, защитная, враждебности миру, враждебности к себе и своей жизни. Часто жизненная позиция зрелого возраста к старости обостряется под влиянием новых обстоятельств.

Волонтер паллиативной помощи должен обладать особым даром человеческого, профессионального общения, основой которого является гуманное, уважительное, терпимое и сострадательное отношение к людям. Для формирования контакта между волонтером и пациентом

важную роль играет умение выслушать пациента. Именно этим качествам уделялось большое внимание при обучении волонтеров паллиативной помощи.

Важные качества волонтера в общении

1. *Терпение.* Волонтер должен иметь способность внимательно выслушивать замедленную речь.

2. *Сострадание* – это лучший способ помочь справиться и с трудностями, и с эмоциями, вызванными в пациентах их собственной беспомощностью или слабостью.

3. *Последовательность.* Многие пожилые люди легко запутываются и испытывают растерянность даже при незначительно стрессовой ситуации. Соблюдение установленной последовательности в своих привычных действиях помогает им чувствовать себя комфортнее и безопаснее. Это облегчает им жизнь.

4. *Простота.* В разговоре с пожилыми людьми оптимальный вариант – это использование простого, понятного языка общения.

Уход за пожилым человеком – это непростой труд, требующий определенных навыков, знаний и умения найти контакт с пожилым человеком. В любой ситуации есть время поговорить и есть время слушать и молчать.

Литература

1. Пономарева И.П., Современная стратегия паллиативной помощи в гериатрии // Медицинская сестра. 2015. № 4. – С. 4-7.

2. Седова, Е.В., Палеев, Ф.Н. Основы гериатрии – М., 2019. – 52 с.

3. Кузнецова, О. Ю., Моисеева, И. Е. Особенности паллиативной помощи пациентам с деменцией // Российский семейный врач. 2017. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-palliativnoy-pomoschi-patsientam-s-dementsiey>

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Автор: Юсупова Зайнап Сухрабовна

Руководитель: Сутолкина Светлана Александровна

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г.Сухой Лог

Злокачественные образования в мире сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Наиболее распространенными в нашей стране являются

следующие новообразования: рак легкого, рак молочной железы, рак толстой кишки, меланома кожи и другие.

В настоящее время меняется социальный подход к лечению онкологических пациентов. Во главу угла ставится не только излечение болезни, но прежде всего адаптация и реабилитация пациентов в целом, улучшение качества его жизни. Ни для кого не секрет, что угрожающая смертью болезнь наносит психическую травму пациенту и существенно затрагивает его социальный статус.

На сегодняшний момент уже назрела потребность в смещении роли медицинской сестры от технического исполнителя назначений врача в сторону высококвалифицированного помощника врача по уходу и обеспечению высокого уровня оказания медицинской помощи.

Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

Профессиональная паллиативная помощь онкологическим больным оказывает позитивное влияние на разные аспекты жизни самого пациента и его близких.

При решении поставленных задач можно смоделировать действия среднего медицинского персонала по улучшению качества жизни онкологических пациентов.

Исходя из этого, у медицинских сестер возрастет ответственность за здоровье пациента. Это позволит повысить образовательный уровень пациента.

Паллиативная помощь складывается из двух компонентов. Первый — облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); второй — медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Задачей паллиативной помощи является обеспечение лучшего, насколько это возможно, качества жизни пациента. Смерть в этом случае рассматривается как естественный процесс. Паллиативная медицина не имеет намерений отсрочить или приблизить ее наступление.

Сущность паллиативной помощи — не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход, кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и при необходимости, духовную помощь. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи.

Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими.

Непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего.

Поддержка членов семьи больного. Это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи.

Паллиативная помощь включает в себя три подхода, каждый из которых имеет значение для достижения максимального эффекта.

Купирование боли и симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия направлена на борьбу с болями и другими соматическими проявлениями. Имеет своей целью обеспечение максимально удовлетворительного качества жизни при минимальном благоприятном прогнозе.

Психологическая поддержка

При оказании паллиативной помощи с больным и его родственниками работают профессиональные психологи. Также в работе могут участвовать и волонтеры, восполняя пациенту недостаток общения. Если пациент нуждается в духовной поддержке, его посещает священнослужитель. По желанию больного могут быть проведены религиозные обряды.

Социальная поддержка

В функции специалиста по социальной работе при этом рекомендуется включать: диагностику социальных проблем больного; разработку совместно с врачами индивидуального плана социальной реабилитации; проведение мероприятий по социализации, поддержке, бытовому устройству; информирование больного о правах и льготах и помощь в их получении; организацию и проведение медико-социальной экспертизы.

Паллиативный уход за тяжелобольным пациентом - это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Создание благоприятных условий для онкологического пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

Информационные источники

1. Булычев, Н. Победить рак / Н. Булычев. - М.: Геликон Плюс, 2020. - 392 с.
2. https://glavonco.ru/cancer_register/Забол_2019_Электр.pdf
3. <https://www.oncology-centr.ru/patients/articles/prichiny-raka/>
4. <https://polyclin.ru/articles/diagnostika-raka/>

ЭМБЛЕМА КАК СИМВОЛ ЗАЩИТЫ

Федорова Дарина Сергеевна

Толмачёва Галина Евгеньевна, Хрусталева Карина Сергеевна

Асбестовско-Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК» г. Сухой Лог

carin.hrust@yandex.ru

История медицины – это летопись борьбы за жизнь и здоровье, столкновений с невежеством, суевериями и предрассудками. На протяжении своего развития медицина имела много символических изображений, отражающих восприятие здоровья и болезни, жизни и смерти и напоминающих об образе врача и методах лечения. Одни из этих символов исчезли навсегда, другие существуют поныне.

Знание истории медицины, её символики крайне важно для студентов, получающих медицинское образование, так как значение и происхождение медицинских символов и эмблем помогает оценить значимость и ценность данной профессии.

Мне, как студентке первого курса специальности Сестринское дело, стало интересно узнать историю символов медицины, и знают ли их студенты нашего филиала.

Целью данной работы является изучение истории медицинских символов и эмблем.

Для решения данной цели мы определили задачи:

- познакомиться с историей возникновения и развития символов и эмблем медицины;
- выяснить, знают ли студенты первого курса символы и эмблемы медицины сквозь призму истории;
- привлечь студентов 1 курса специальности 34.02.01 Сестринское дело к изображению символов медицины настоящего времени;
- провести анализ рисунков.

Эмблема – это условное изображение какого-либо понятия, идеи в рисунке. От символа эмблема отличается тем, что смысл ее иносказания установлен и не подлежит толкованиям. На XIII Международном конгрессе по истории науки (Москва, 1971) предложена классификация медицинских эмблем, символизирующих медицинскую сферу, принадлежность к медицинской профессии, различных отраслей медицины, какие-то отдельные медицинские специальности. Их разделяют на две группы:

- общие медицинские эмблемы;
- частные медицинские эмблемы

К частным медицинским эмблемам относятся: изображение ландыша - эмблема терапии; флорентийский младенец – эмблема педиатрии; надломленное молодое деревце - ортопедии и

травматологии; лотарингский крест и белая ромашка -противотуберкулезные организации; капля крови - эмблема хирургического профиля; ступки, ступки с пестиком – эмблемыфармации и медицинских обществ; военно - медицинские эмблемы и др.

Таким образом, общие медицинские эмблемы символизируют врачевание вообще, а частные являются символами отдельныхразделов и направлений врачебной деятельности.Общеисторическое значение символов и эмблем велико потому, что они показывают тесную связь медицины с общейисторией и культурой народов.

Мы провели со студентами беседы по данной теме и предложили в рисунках отразить свое видение символов медицины.

Всего было представлено 31 работа. Студенты выразили свое видение символов медицины следующим образом:

- в виде кубка со змеями – 45%;
- в виде креста – 51%;
- в виде сердца – 29%;
- в виде жезла со змеями – 23%;
- в виде медицинских работников – 19%

Одна студентка представляет медицинскую эмблему в виде земного шара, на голове которого медицинская шапочка, на шаре медицинская маска, внизу шприц и медицинские перчатки.

Так как большинство студентов видели символом медицины в виде красного креста, то мы решили узнать историю этого символа.

Красный крест и красный полумесяц на белом поле принадлежат к числу немногих знаков, которые легко узнают люди во всем мире. Созданные первоначально для обозначения санитарных служб вооруженных сил и обеспечения защиты больных и раненых, они постепенно превратились в символы беспристрастной гуманитарной помощи, предоставляемой всем, кто страдает. Эти символы являются официальными эмблемами Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца. Инициатором создания Движения в 19 в. стал швейцарец Анри Дюнан. У этой эмблемы есть еще одна особенность, которая отличает ее от обычных торговых знаков или брендов.

В период конфликтов эмблема выполняет роль видимого знака защиты, предоставляемой в соответствии с положениями Женевских конвенций. Её цель - показать вооружённым силам, что под защитой Женевских конвенций и Дополнительных протоколов, находятся определённые:

- лица (добровольцы из национальных обществ, медицинский персонал, делегаты Международного Комитета Красного Креста и др.)
- медицинские формирования (госпитали, пункты оказания первой помощи, подвижные лазареты и др.), а также,

- транспортные средства (наземные, морские и воздушные).

Красный крест является не просто эмблемой, а символом важных человеческих качеств, которыми должны обладать члены организации:

- мужества рисковать своей жизнью;
- благоразумия при оказании помощи;
- справедливого отношения ко всем страждущим;
- умеренности в работе.

Эмблема Красного Креста является ключом к осуществлению всей гуманитарной деятельности - эмблема призвана защищать как пострадавших, так и людей, пришедших им на помощь.

В настоящее время использовать эмблему Красного креста и красного полумесяца помимо Международной Федерации Общества Красного Креста и Красного Полумесяца и Международного Комитета Красного Креста разрешено национальным обществам и лицам, имеющим отношение к данной организации. В военное время изображение красного креста или полумесяца на белом фоне служит отличительным знаком и защитой военно-медицинских формирований, а также госпиталей, больниц и транспортных средств, оказывающих помощь нуждающимся.

Медицинский персонал во время вооруженного конфликта выполняет гуманитарную работу и является «защищенными лицами» в соответствии с международным гуманитарным правом. Будь то военные или гражданские, они считаются некомбатантами и не могут подвергаться нападению или захвату в качестве военнопленных сторонами конфликта. Они используют защитный знак, такой как красный крест, красный полумесяц или красный кристалл. Нападение на медицинский персонал, транспортные средства или здания, отмеченные одним из этих защитных знаков, является военным преступлением.

Кроме того мы узнали, что существует ряд общих медицинских эмблем:

1) изображение змеи, в том числе в сочетании с чашей, с треножником Аполлона, свечой, зеркалом, посохом;

2) изображение сердца на ладони;

3) изображение горящей свечи, символизирующие какое-то определенное направление в области медицины:

а) символы терапии – ландыш, флорентийский младенец, пеликан, уринарий (сосуд для сбора мочи), рука, которая прощупывает пульс;

б) символы хирургии – капля крови, различные хирургические инструменты, пентаграмма;

в) различные военно-медицинские эмблемы, эмблемы различных медицинских обществ.

Самым «молодым» из медицинских символов является звезда жизни, используемый с 1 февраля 1977 года, это эмблема скорой медицинской помощи в США. В центре обычно размещен

посох Асклепия. Лучами звезды жизни обозначены функции скорой медицинской помощи: обнаружение, оповещение, отклик, оказание медицинской помощи на месте, помощь во время транспортировки, транспорт для последующей помощи.

В России эта эмблема под названием «Гиппократова чаша» стала основным медицинским символом в VIII веке. Как отличие врачебной службы в армии чаша со змеей (двумя змеями) была введена при Петре I. Змея, обвивающая ножку чаши и склонившая голову над самой чашей, как символ военной медицины, был утвержден в нашей стране Реввоенсоветом в 1924 году. Этот знак сохраняется в России до сих пор в качестве официальной эмблемы военно-медицинского состава всех родов.

Наиболее общепринятой является применение эмблемы в виде чаши со змеей для фармацевтической деятельности.

Уже более ста лет красный крест и красный полумесяц стоят на службе у человечества, обеспечивая защиту жертв вооруженных конфликтов, а также тех, кто оказывает им помощь

Список литературы

1. Гасайниева Х. Р. Эмблемы в медицине // БМИК. 2014. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emblemu-v-meditsine> (дата обращения: 27.04.2022)
2. Грибанов Э.Д. 'Медицина в символах и эмблемах' - Москва: 'Медицина', 1990 - с.208
3. Краткая история медицины в контексте развития естествознания(учебно-методическое пособие). Часть 1 / И.А. Латфуллин. – Казань: Изд-воКазан. ун-та, 2018.
4. Марчукова С. М. Медицина в зеркале истории. "Европейский дом", 2003г. с.36, 42, 55

СТАРЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА. ЕСТЬ ЛИ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ?

Поликарпова Анастасия Николаевна

Руководитель: Чернухина Элеонора Михайловна

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Мы выбрали эту тему проекта «Старение человека. Есть ли решение проблемы?», потому что она актуальна. В наше время каждый человек хочет выглядеть молодо и привлекательно. Сохранение здоровья, а значит и красоты цель большей массы людей. Организм человека—это великолепная самообновляющаяся система, но даже она не может нормально функционировать, не имея нужных материалов. Сегодня ученые всего мира объединились для борьбы с тем, что разрушает человеческий организм, – со старением и преждевременной смертью.

Цель исследования заключается в выявлении причины старения и составление схемы профилактических мероприятий, способствующих человеческому долголетию.

Старение - биологический разрушительный процесс, ведущий к недостаточности физиологических функций и гибели клеток, ограничению адаптационных возможностей организма, снижению его надежности, развитию возрастной патологии, увеличению вероятности смерти.

Увы, мы пока не можем остановить процесс старения, но мы можем продлить свою молодость, если будем упорно работать над ним. Как в природе происходит смена времен года, так и в жизни человека. Россия занимает 129 место по продолжительности жизни среди стран – 66,05 лет (2021г.). В нашей стране более половины россиян подвержены преждевременному старению - их биологический возраст опережает календарный. А это и есть гериатрические пациенты которым в большей степени нужна полиативная помощь. Сегодня как никогда необходимо, чтобы каждый россиянин осознал степень ответственности за своё здоровье.

Причины преждевременного старения:

*Высокий уровень сахара (Вовсе необязательно быть больным сахарным диабетом. Просто в результате переизбытка уровень сахара повышается и глюкоза (сахар) начинает негативно воздействовать на белки, на ДНК, изменяя форму и структуру.

*Кислородное голодание также способствует гибели клеток. Нарушение или отсутствие режима и нормального сна. Чтобы клетка питалась полноценно, необходимы такие важные компоненты питания, как:

-витамины запускают эти процессы,

*несбалансированное питание

*недостаток воды

*образ жизни-50%

*отсутствие физической нагрузки

*климат-20%

*наследственность-20%

*услуги системы здравоохранения-10%

*стресс

Профилактические мероприятия, способствующие человеческому долголетию.

Поскольку мы знаем основные причины, ведущие к старению, то основываясь на этом знании, мы можем разработать конкретный план действий по борьбе со старением. Нам необходимо:

1. Исключить воздействие разрушающих факторов: хроническое утомление, стрессы, ядовитые вещества внешнего и внутреннего происхождения, и др.

2. Стимулировать организм таким образом, чтобы восстанавливающие системы лучше ремонтировали наши клетки.

Нижний Тагил один из самых неблагополучных в плане экологии городов Свердловской области. Несколько лет назад город был объявлен зоной чрезвычайной экологической ситуации. В областном объеме вредных выбросов в атмосферу доля выбросов г. Нижнего Тагила составляет 15, 7 процента. Не все могут сменить место жительства, но есть способы, которые могут уменьшить риск преждевременного старения, даже если вы живете в грязных городах: чаще бывать в лесу, использовать фильтры для воздуха и воды, тщательно мыть фрукты и овощи, делать дыхательную гимнастику, меньше находиться в местах с источниками загрязнения.

В практической части мы провели анкетирование на тему "Влияние образа жизни на процесс старения человека» среди обучающихся колледжа и преподавателей. В опросе участвовало 58 человек, в основном женского пола.

На основе анкетирования можно сделать вывод, что основные критерии здорового образа жизни не соблюдаются у опрошенных, что и приводит к ускорению процесса старения. Проведен классный час в своей группе на тему проекта. В качестве продукта мы создали буклет на тему «Продли свою молодость!». Создали таблицу «Основные критерии, влияющие на здоровье человека».

Заключение: наивно полагать, что волшебная таблетка избавит от старения, стресса, лишнего веса, депрессии и решит за нас все проблемы. Мы сами распоряжаемся своей жизнью и решаем, как и сколько есть, сколько двигаться, чем заниматься. Именно это главным образом и определяет наш запас молодости. В результате проведения исследовательской работы мы выявили некоторые причины старения и постаралась составить схему профилактических мероприятий, способствующих человеческому долголетию, опираясь на задачи проекта. В процессе создания проекта нам удалось получить новую информацию и создать на изученном материале продукты проекта.

Желаем всем здоровья и долголетия!

Список использованной литературы

1. Антонов А.И. Сорокин С.А. Судьба семьи в России XXI века. // М.: Грааль, 2021
2. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. // М.: Эдиториал УРСС, 2020
3. Фильм «Таблетка от старости» П. Лобков 2008 г
4. Кодекс здоровья и долголетия (старшая возрастная группа)