

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт психолого-социальной работы
Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы

Методические материалы по дисциплине:

**Междисциплинарный курс «Паллиативная помощь пациентам разных
возрастных групп»**

основная профессиональная образовательная программа среднего
профессионального образования - программа подготовки специалистов
среднего звена

34.02.01 Сестринское дело

Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации

1. Согласно 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», паллиативная медицинская помощь – это
+вид медицинской помощи
форма оказания медицинской помощи
условия оказания медицинской помощи
разновидность медицинской помощи
2. Согласно 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», паллиативная медицинская помощь подразделяется на
+паллиативную первичную медицинскую помощь и паллиативную специализированную медицинскую помощь
паллиативную первую медицинскую помощь и паллиативную специализированную медицинскую помощь
паллиативную первичную медицинскую помощь и паллиативную высококвалифицированную медицинскую помощь
паллиативную первичную медицинскую помощь и паллиативную стационарную медицинскую помощь
3. Согласно определению ВОЗ, паллиативная помощь – это подход, целью которого является
+улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания
изменение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями
применение полного спектра реабилитационных мероприятий
составление индивидуального плана коррекции имеющихся проблем со здоровьем
4. Паллиативная медицинская помощь в РФ представляет собой комплекс мероприятий, включающих
+медицинские вмешательства,
+мероприятия психологического характера
+уход
высокотехнологичную медицинскую помощь
5. Паллиативная медицинская помощь в РФ оказывается
+в амбулаторных условиях, в том числе на дому,
+в условиях дневного стационара
+в стационарных условиях
в санаторных условиях
6. В соответствии с «Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи...» данный вид медицинской помощи оказывается взрослым
+с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями
с хронической патологией
с орфанными (редкими) заболеваниями
с онкологической патологией
7. Кабинет паллиативной медицинской помощи взрослым создается в целях оказания паллиативной
+специализированной медицинской помощи взрослым в амбулаторных условиях
доврачебной медицинской помощи взрослым в стационарных условиях
первичной медицинской помощи взрослым в стационарных условиях
специализированной медицинской помощи взрослым в стационарных условиях
8. Паллиативная медицинская помощь оказывается

+**медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи**
только врачами по паллиативной медицинской помощи
врачами-специалистами
медицинскими сестрами, прошедшими обучение современным методам ухода

9. Основоположителем паллиативной помощи как отдельной области медицины считается

+**Сесилия Сондерс**
Брюс Клеминсон
Роберт Твайкросс
Анна Федермессер

10. Слово «паллиативный» происходит от латинского слова pallium, что означает

+ **«плащ» или «покрывало, покров»**
«уход» или «забота»
«сопереживание» или «сострадание»
«безнадежность» или «безысходность»

11. Какие проблемы больных решаются при паллиативной помощи?

+ **физические, психологические, социальные, духовные**
физические, психологические, духовные, материальные
психологические, социальные, духовные
физические, социальные, духовные

12. К задачам паллиативной помощи относятся:

+ **адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов**
осуществление эвтаназии
продление сроков жизни
госпитализация больных в специализированные учреждения социальной помощи

13. К основным профессиональным ценностям в паллиативной помощи не относится:

+**независимость медицинского работника**
ценность человеческой жизни
охрана здоровья пациентов
уважение личности и достоинства пациента

14. Понятие, которое подразумевает необходимость уважения ценностей и пожеланий больного, а также использования наилучших доступных методов помощи и стремление принести человеку ощутимую пользу, действуя при этом справедливо по отношению ко всем участникам помощи, это

+ **«клиническая целостность»**
«клиническая автономия»
«этическая целостность»
«всесторонняя помощь»

15. Лучшим вариантом взаимодействия пациента и медицинского работника является

+**сотрудничество**
независимость
автономность
подчинение

16. Дееспособность пациента в паллиативной помощи предполагает, что

+**пациент может сам принять определенное решение**
пациент не может сам принять определенное решение
медицинский работник должен принять решение за пациента
решения о лечении принимает коллегия врачей

17. В паллиативной помощи важнейшую роль играет

+командная работа

независимость пациента

авторитет врача

привлечение родственников

18. Оформление документа, в котором зафиксирован отказ пациента от сердечно-легочной реанимации,

+в российском законодательстве не предусмотрено

по российскому законодательству является строго обязательным

осуществляется медицинским консилиумом

возможно лишь в присутствии нотариуса

19. Эвтаназия – это

+ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами

ускорение по просьбе родственников пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами

прекращение оказания помощи пациенту по решению врачебной комиссии

то же самое, что не оказание первой помощи

20. Эвтаназия в Российской Федерации

+запрещена законодательно

разрешена в условиях медицинской организации

разрешена по отношению к неизлечимо больным пациентам

может проводиться в случае быстрого прогрессирования тягостных симптомов

21. Согласно определению ВОЗ, паллиативная помощь

+не имеет намерения ни приблизить, ни отдалить наступление смерти

позволяет отдалить наступление смерти

дает возможность применять наркотические средства для обезболивания на дому

подразумевает применение эвтаназии

22. Целью паллиативной помощи является

+достижение наилучшего качества жизни для пациентов и их семей

облегчение страданий пациентов за счет качественного обезболивания

изоляция пациентов с заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни

улучшение качества жизни семей пациентов

23. Медсестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте только:

+ с согласия пациента, а также в случаях, предусмотренных законом

по своим убеждениям

по просьбе родственников

по разрешению лечащего врача

24. Вербальное средство общения:

+устная речь

мимика

жесты

поза

25. Невербальное средство общения – всё, кроме:

+устная речь

мимика

жесты

прикосновение

26. Для эффективной коммуникации необходимо все перечисленное, кроме
+применение медицинской терминологии
установление зрительного контакта
комфортное помещение
подготовка к беседе

27. Целью коммуникации не является
+способствовать отказу от дорогостоящего лечения
установить, развивать и поддерживать отношения
снизить степень неопределенности
облегчить выбор и совместное принятие решений

28. Одним из приемов эффективной коммуникации является
+активное слушание
пассивное слушание
использование негативных невербальных сообщений
применение только закрытых вопросов

29. Структурированный подход для сообщения плохих новостей
+SPIKES
EEMMA
TOOLK
PRICE

30. Надежда играет важную роль в паллиативной помощи; факторы, которые увеличивают надежду
+облегчение боли и симптомов
дискомфорт
отсутствие направления или целей
чувство собственной бесполезности

31. Эффективному взаимодействию со стороны пациента препятствует
+защитные механизмы, например отрицание
профессиональная терминология, использование сложных предложений
симптомы, например усталость, боль, одышка, спутанность сознания
кадровый дефицит специалистов в населенном пункте

32. Эффективному взаимодействию со стороны системы здравоохранения препятствует
+кадровый дефицит специалистов в населенном пункте
защитные механизмы, например отрицание
профессиональная терминология, использование сложных предложений
симптомы, например усталость, боль, одышка, спутанность сознания

33. Эффективному взаимодействию со стороны врача препятствует
+профессиональная терминология, использование сложных предложений
защитные механизмы, например отрицание
симптомы, например усталость, боль, одышка, спутанность сознания
кадровый дефицит специалистов в населенном пункте

34. Одна из самых главных техник эффективного межличностного общения с пациентами, коллегами, родственниками – это техника:
+ активного слушания
ориентировки в собеседнике
аргументации

обратной связи

35. Действия и способы выражения скорби человеком, пережившим утрату, которые часто определяются нашей культурой

+траур

горе

утрата

горевание

36. Состояние человека, пережившего утрату

+горевание

траур

горе

страдание

37. Укажите четыре стадии переживания горя детьми:

+шок и оцепенение; тоска и поиск; дезориентация и дезорганизация; переосмысление и выход из кризиса

отрицание, гнев, депрессия и разрешение ситуации

принятие утраты, переживание боли, адаптация к окружающей среде и уход в себя

боязнь разлуки; регресс в нервно-психическом развитии; отчужденность; смирение

38. Боль — это

+неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани

жалобы пациента, неподтвержденные объективными параметрами

физический дискомфорт

обязательный симптом пациентов, получающих паллиативную помощь

39. Факторы, уменьшающие боль

+снижение уровня тревоги, расслабление

депрессия

психическая изоляция и социальная заброшенность

непонимание ситуации

40. Факторы, усиливающие боль

+тревога

улучшение настроения

сон

облегчение других симптомов

41. В понятие «тотальной боли» входит,

физические страдания

психологические аспекты

социальные и духовные аспекты страдания

+всё перечисленное

42. Причины боли на поздних стадиях онкологических заболеваний могут быть следующими:

собственно злокачественная опухоль (поражение мягких тканей, боль в костях и др.)

лечение (мукозит, вызванный химиотерапией)

другие болезненные симптомы (запор, мышечное напряжение или спазм)

+всё перечисленное

43. Патологические боли можно разделить на следующие группы:

+ноцицептивная боль и нейропатическая боль

ноцицептивная боль и парасимпатическая боль
нейропатическая боль и симпатическая боль
орофарингеальная боль и висцеральная боль

44. Ноцицептивная боль

+вызвана раздражением ноцицептивных волокон из-за деформации тканей или повреждений

+функция сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных) не нарушена

вызвана сдавлением или повреждением нервных волокон

функция сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных) нарушена

45. Нейропатическая боль

+вызвана сдавлением или повреждением нервных волокон

+функция сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных) нарушена

вызвана раздражением ноцицептивных волокон из-за деформации тканей или повреждений

функция сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных) не нарушена

46. Когда возбуждение и беспокойное поведение больного сопровождаются стонами и гримасами, это часто истолковывают как свидетельство:

+физической боли

постепенного угасания сознания

душевной боли

признаков депрессии

47. Побочным эффектом действия опиоидных анальгетиков является:

+угнетение дыхания

бессонница

диарея

кашель

48. Спровоцированная боль

+ боль, вызванная движением или манипуляцией

временное резкое спонтанное или эпизодически возникающее усиление боли на фоне приема препаратов в пролонгированных лекарственных формах

развитие комплекса (синдрома) неприятных симптомов или физиологических изменений, вызванных резким прерыванием или снижением дозы препарата

практика замены одного опиоидного анальгетика на другой

49. Прорывная боль – это

+временное резкое спонтанное или эпизодически возникающее усиление боли на фоне приема препаратов в пролонгированных лекарственных формах

боль, вызванная движением или манипуляцией

развитие комплекса (синдрома) неприятных симптомов или физиологических изменений, вызванных резким прерыванием или снижением дозы препарата

практика замены одного опиоидного анальгетика на другой

50. Характеристикой нейропатической боли являются:

+жжение

постоянная «грызущая» боль

ноющие боли

боль, сопровождающаяся чувством перерастяжения внутренних органов

51. Шкала оценки боль, которая является наиболее простой в применении и понятной для всех пациентов, состоит из ряда цифр от 0 до 10, где 0 – соответствует отсутствию боли, а 10 – нестерпимая боль, называется

+ цифровая рейтинговая (числовая ранговая) шкала

цветовая шкала оценки боли

визуально-аналоговая шкала

шкала вербальных оценок

52. Характеристика нейропатической боли:

+ жалящая

ноющая

тянущая

раздирающая

53. Какие препараты относятся к основной группе на первой ступени обезболивающей терапии?

+ ненаркотические анальгетики

препараты морфина

антидепрессанты

миорелаксанты

54. Какие препараты относятся к основной группе на третьей ступени обезболивания при паллиативной терапии?

+ препараты морфина

миорелаксанты

антидепрессанты

препараты кодеина

55. Укажите эволюционное значение боли

+ активизирует защитное поведение

подавляет настроение

снижает работоспособность

нарушает сон

56. Боль, возникающая вследствие повреждения внутренних органов и локализующаяся в отдаленных от них поверхностных участках тела, которые иннервируются тем же сегментом спинного мозга, что и пораженный внутренний орган, носит название:

+ проецируемая боль

отраженная боль

хроническая боль

висцеральная боль

57. Повышенная болевая чувствительность носит название:

+ гипералгезия

гиперсенситизация

гиперчувствительность

гиперосмия

58. Болевые ощущения в отсутствующих, ампутированных конечностях либо при спинальной параплегии, носят название:

+ фантомные боли

мигрени

парестезии

феномена отраженных болей

59. Боль считается острой, если ее продолжительность составляет

+ не более 3 месяцев

менее 72 часов

12 месяцев

1,5 месяца

60. Боль считается хронической, если ее продолжительность составляет
+**более 3 месяцев**
более 12 месяцев
более 1,5 месяца
более 3 лет

61. Если локализация боли совпадает с очагом повреждения, тогда эта боль называется:
+**местная**
проецируемая
отраженная
фантомная

62. При лечении умеренной боли на II ступени «лестницы обезболивания» применяют
+**комбинацию слабых опиатов и НПВС**
комбинацию НПВС, анксиолитиков и миорелаксантов центрального действия
анальгин и комбинированные препараты на его основе
антиконвульсанты и трамадол

63. При передозировке наркотических анальгетиков вводится в/в струйно:
+**Налоксон**
Просидол
Дипидорол
Буторфанол

64. При перерастяжении капсулы паренхиматозных органов; стенок полых органов, сдавление органов средостения возникает
+**висцеральная боль**
соматическая
нейропатическая
центральная

65. Для оценки болевого синдрома у невербальных пациентов используют
+**шкалу PAINAD**
комплексную шкалу оценки боли
шкалу Вонга-Бейкера (Face scale)
шкалу FLACC

66. Для оценки болевого синдрома у пациентов с когнитивными нарушениями применяют
+ **шкалу PAINAD**
цифровую рейтинговую шкалу
шкалу NIPS
визуально-аналоговую шкалу

67. Для оценки боли у детей в возрасте до 1 года используют шкалу
+**NIPS**
PAINAD
FLACC
Вонга-Бейкера

68. Эта поведенческая шкала применяется для детей в возрасте до 3 лет
+**FLACC**
PAINAD
NIPS

Эланда

69. Ксеростомия – это

+сухость во рту

разновидность запора

серый цвет кожи

обезвоживание организма

70. Обычные симптомы кандидоза полости рта

+белые бляшки на слизистой щек и/или языка

ярко желтый налет на языке

серые бляшки на слизистой щек

сладковатый запах изо рта

71. К нарушениям вкусового восприятия не относится

+адгезия

дисгевзия

гипогевзия

агевзия

72. Анорексия – это

+плохой аппетит

крайняя степень истощения

нарушение вкусового восприятия

спонтанная агрессия

73. Рекомендуемые критерии для постановки диагноза «раковая кахексия» (кахексия при онкологических заболеваниях) следующие:

+непреднамеренная потеря >5% массы тела в течение последних 6 месяцев

увеличение размеров злокачественной опухоли на 20% в течение последних 6 месяцев

увеличение >5% массы тела в течение последних 3 месяцев

резкое снижение психофизической активности

74. Дисфагия – это

+затруднение глотания

снижение аппетита

невнятность речи

нарушения перистальтики тонкого кишечника

75. Клиническим проявлением пареза желудка не является

+дисфагия

раннее насыщение

вздутие в эпигастральной области

изжога

76. К немедикаментозному лечению запоров относится

+обеспечение двигательной активности пациента

ограничение двигательной активности пациента

уменьшение потребления жидкости

ограничение приема пищи

77. Диарея — это

+увеличение частоты дефекаций и/или жидкий стул

снижение частоты дефекаций

затруднение глотания

вздутие в эпигастральной области

78. Асцит — это

+избыточное скопление жидкости в брюшной полости в результате ее избыточной продукции и/или сниженной резорбции

избыточное скопление жидкости в брюшной полости в результате чрезмерного употребления воды

воспаление брюшины при злокачественных новообразованиях

воспалительный процесс верхних отделов желудочно-кишечного тракта

79. Динамическая оценка пищевого поведения и основных показателей нутритивного статуса пациента может проводиться на основе

+методики скрининга нутриционного риска NRS-2002

шкалы FLACC

опросника PainDetect

шкалы Ватерлоу

80. «Трехглотковая проба» проводится для

+оценки дисфагии

+профилактики аспирации

оценки сознания

нутритивной поддержки

81. К методам нутритивной поддержки относят

+энтеральное и парентеральное питание

энтеральное питание

парентеральное питание

трехглотковую пробу

82. Болюсный режим проведения энтерального питания можно описать следующим образом:

+соответствует нормальному физиологическому режиму поступления питания и жидкости в организм

питание проводится в течение суток с регулярными перерывами

введение питательной смеси проводится в течение ночи

питательная смесь вводится непрерывно

83. Режим проведения энтерального питания «постоянный», если:

+питательная смесь вводится непрерывно

введение питательной смеси проводится в течение ночи

питание проводится в течение суток с регулярными перерывами

соответствует нормальному физиологическому режиму поступления питания и жидкости в организм

84. Поверхностное, быстрое дыхание у пациентов с одышкой

+усугубляет чувство тревоги и паники

уменьшает тревогу и панику

облегчает засыпание

не применяется в медицине

85. При контролируемом дыхании пациентам с одышкой рекомендуется делать

+нормальные полные вдохи и выдохи

удлиненный выдох

резкий, быстрый выдох

удлиненный вдох

86. Кашель является патологическим в случае, если:

+он неэффективен, например сухой или непродуктивный
+отрицательно влияет на сон, отдых, питание или социальную активность
способствует выведению мокроты
не нарушает сон и отдых

87. Лежа на спине, откашляться эффективно
+**невозможно**
запрещается

88. В случае массивного кровохарканья наиболее распространенными причинами являются:
+**бронхоэктазы**
+**рак легких**
геморрагические нарушения
иммунные расстройства

89. Дыхательная недостаточность — это
+ **невозможность системы внешнего дыхания обеспечивать нормальный газовый состав крови**
последствие неконтролируемой артериальной гипертензии
редкое явление у паллиативных пациентов
повышенное содержание кислорода в крови

90. Респираторная поддержка включает в себя:
+ **кислородный концентратор**
+ **ИВЛ/НИВЛ**
+ аппаратные способы очистки дыхательных путей (откашливатель, вибροжилет)
применение оценочных шкал

91. Пульсоксиметрия — это
+ **неинвазивный способ измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови**
современный подход к определению основных характеристик пульса
один из методов проведения оксигенотерапии
диагностическая процедура, позволяющая получить объективную оценку состояния барабанной перепонки

92. В норме насыщенность артериальной крови кислородом составляет
+ **95% и более**
90-94%
75-89%
74% и менее

93. Насыщенность артериальной крови кислородом при дыхательной недостаточности I степени составляет:
+ **90-94%**
95% и более
75-89%
74% и менее

94. Насыщенность артериальной крови кислородом при дыхательной недостаточности II степени составляет:
+ **75-89%**
90-94%
95% и более
74% и менее

95. Насыщенность артериальной крови кислородом по результатам пульсоксиметрии при дыхательной недостаточности III степени составляет:

+ 74% и менее

90-94%

95% и более

75-89%

96.

97. Императивный позыв

+внезапное, сильное и труднопреодолимое желание мочеиспускания

продолжительная задержка между попыткой мочеиспускания и самим мочеиспусканием

непроизвольное подтекание мочи во время кашля, чихания, смеха

боль во время или после мочеиспускания

98. Истинное стрессовое недержание мочи, связанное с нарушением механизма работы сфинктера мочевого пузыря

+непроизвольное подтекание мочи

внезапное, сильное и труднопреодолимое желание мочеиспускания

продолжительная задержка между попыткой мочеиспускания и самим мочеиспусканием

боль во время или после мочеиспускания

99. Дизурия – это

+боль во время или после мочеиспускания

непроизвольное подтекание мочи

внезапное, сильное и труднопреодолимое желание мочеиспускания

продолжительная задержка между попыткой мочеиспускания и самим мочеиспусканием

100. Затрудненное мочеиспускание — термин, который включает в себя

+затрудненное начало мочеиспускания

+медленное мочеиспускание

+дриблинг (подтекание мочи каплями после мочеиспускания)

императивный позыв

101. Показания для установки мочевого катетера на поздней стадии заболевания:

+острая задержка мочи

+замедленное опорожнение мочевого пузыря

+недержание мочи, особенно в последние дни жизни

нежелание идти в туалет

102. Если пациент не испытывает сильных страданий и достаточно хорошо себя чувствует, можно применить следующие способы стимуляции мочеиспускания:

+уединенное место для мочеиспускания

+вертикальное положение

срочная катетеризация мочевого пузыря

холодная ванна

103. У паллиативного пациента с затрудненным мочеиспусканием можно применить следующие способы стимуляции мочеиспускания:

+звук текущей воды

+теплая ванна

горизонтальное положение

холодный компресс на проекцию мочевого пузыря

104. При затрудненном мочеиспускании и удовлетворительном самочувствии пациента рекомендуется применять следующие способы стимуляции мочеиспускания:

+уединенное место для мочеиспускания

+теплая ванна

срочная катетеризация мочевого пузыря

горизонтальное положение

105. На наличие острой задержки мочи указывает:

+сильные и бесплодные позывы на мочеиспускание

+выпячивание в надлобковой области

наполненный мочой подгузник

отсутствие жалоб и беспокойства у пациента

106. В уход за постоянным уретральным входит:

+опорожнение мочеприемника по мере наполнения накопительного резервуара на 2/3 и более его объема,

+антисептическая обработка наружного отверстия мочеиспускательного канала не менее 2 раз в сутки

еженедельная замена мочеприемника

обработка наружного участка катетера по направлению от наружного конца катетера к уретре

107. Проявления панической атаки:

+сердцебиение, тахикардия

+ощущение нехватки воздуха

+головокружение, предобморочное состояние

эйфория

108. У пациентов с одышкой

+повышен риск возникновения панических атак

отсутствует риск возникновения панических атак

с большей вероятностью возникнет императивный позыв

повышен риск развития бронхиальной астмы

109. При отсутствии лечения депрессия

+усугубляет другие симптомы

+приводит к социальной изоляции

+не позволяет пациенту закончить «незавершенные дела»

проходит самостоятельно

110. Подтипы делирия на основании уровня возбуждения и психомоторной активности

+гиперактивный и гипоактивный

гипертонический и гипотонический

произвольный и спровоцированных

неожиданный и предсказуемый

111. ДЕЛИРИЙ И ДЕМЕНЦИЯ – сопоставить. Сравнение заболеваний, сопровождающихся когнитивными нарушениями

ДЕЛИРИЙ	ДЕМЕНЦИЯ
нарушение сознания (информация не воспринимается)	повреждение головного мозга (информация не запоминается)
острое или подострое начало	хроническое заболевание (на поздних стадиях может быстро прогрессировать)
часто перемежается периодами ясного сознания	как правило, прогрессирует
обратимое состояние (обратимость хуже в конце жизни)	необратимое состояние

112. В развитии отеков участвуют следующие механизмы:
+ **повышенная фильтрация из капиллярной или венозной сети**
+ **нарушение оттока лимфы**
+ **ограничение подвижности**
сниженная фильтрация из капиллярной или венозной сети

113. Для сдерживания отеков компрессией используют
+ **компрессионное белье**
декомпрессионную терапию
давящую повязку
резкое ограничение употребления жидкости

114. Паллиативное лечение лимфедемы
+ **уход за кожей**
+ **оптимальное положение конечности**
+ **сдерживание отека компрессией**
резкое ограничение физической нагрузки

115. При злокачественных опухолях вторичная лимфедема обычно вызвана следующими причинами:
+ **всё перечисленное**
хирургическое вмешательство в подмышечной или паховой области
лучевая терапия
метастазы в лимфатические узлы

116. Пролежни чаще всего возникают в местах
+ **где костные выступы оказывают наибольшее давление на ткани**
с максимальной прослойкой жира
соприкосновения тела с постельным бельем
подверженных воздействию солнечного света

117. У обездвиженных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить
+ **ежедневно**
через день
раз в неделю
раз в месяц

118. При длительном вынужденном положении пациента сидя, пролежни возникают
+ **в области седалищных бугров**
на коленях
на большеберцовой кости
на ребрах

119. При длительном вынужденном положении пациента лежа на спине, пролежни возникают
+ **на крестце**
в области седалищных бугров
на коленях
на большеберцовой кости

120. Для профилактики пролежней рекомендуется изменять положение тела пациента
+ **не реже, чем каждые 2 часа**
ежедневно
раз в 4 часа

дважды в день

121. Страх смерти является проблемой
+ **психологической**
физической
социальной
духовной

122. Гипогликемия — это состояние, при котором
+ **концентрация глюкозы в крови ниже физиологической нормы**
концентрация глюкозы в крови выше физиологической нормы
концентрация гликогена в крови ниже физиологической нормы
имеется и гиподинамия, и анемия

123. Проявления гипогликемии
тремор
нарушение координации
чувство голода
+ **всё перечисленное**

124. Лечение гипогликемии, если пациент в сознании
+ **3–4 чайных ложки сахара с горкой или 4–5 кусочков сахара, растворенных в воде**
+ **200 мл натурального фруктового сока**
ввести в/в 75 мл 20% раствора глюкозы
ввести в/в 150 мл 10% раствора глюкозы в течение 10–15 мин

125. Если пациент без сознания, для лечения гипогликемии применяют:
+ **введение 1 мг глюкагона внутримышечно**
внутривенное введение 500 мкг эпинефрина
200 мл натурального фруктового сока
внутривенное введение 75 мл 20% раствора глюкозы

126. К причинам передозировки опиоидными препаратами относится
+ **накопление препарата в связи с замедленным выведением вследствие почечной недостаточности**
четкое следование назначениям врача
ускоренное выведение препарата
наличие одышки у пациента

127. Передозировка опиоидными препаратами может произойти из-за
+ **ошибки при назначении/введении препарата**
ускоренного выведения препарата
наличия одышки у пациента
использования шприца объемом более 1 мл

128. Клиническая картина передозировки опиоидными препаратами:
+ **точечные зрачки (зрачки размером с булавочную головку)**
+ **потеря сознания**
+ **угнетение дыхания (ЧДД < 8 в минуту ± цианоз)**
расширенные зрачки

129. Для передозировки опиоидными препаратами характерно:
+ **потеря сознания**
+ **угнетение дыхания (ЧДД < 8 в минуту ± цианоз)**
расширенные зрачки
резкое повышение уровня глюкозы крови

130. При передозировке опиоидами рекомендуется введение
+ **налоксона**
глюкозы
адреналина
морфина

131. Состояние, требующее неотложной помощи, которое возникает на фоне нарушения процессов кровообращения и ухудшения оттока крови от головы, шеи и верхней трети груди называется

+ **синдром верхней полой вены**
отек Квинке
лимфодема
менингоцелле

132. Упреждающее планирование в конце жизни включает в себя

+ **заблаговременный план оказания помощи**
+ **обсуждение пожеланий и целей пациента в последние дни, недели или несколько месяцев жизни**
госпитализацию пациента при появлении угрожающих жизни симптомов
прекращение медикаментозной терапии

133. Целью планирования помощи в конце жизни является

+ **оптимизация помощи пациенту**
+ **расширение возможностей, предоставляемых пациенту**
сокращение помощи пациенту
ограничение возможностей, предоставляемых пациенту

134. Признаки, которые в совокупности свидетельствуют о том, что пациенту почти наверняка осталось жить только несколько дней или часов

+ **физическое истощение, выраженная слабость**
+ **сонливость в течение большей части дня**
+ **изменение дыхания, клочущее дыхание, периоды апноэ**
нежелание общаться с медицинскими работниками

135. По мере приближения пациента к смерти количество потребляемой пищи уменьшается. У пациентов с сахарным диабетом

+ **необходимо снижать дозировку сахаропонижающих препаратов**
необходимо увеличивать дозировку сахаропонижающих препаратов
не следует менять дозировку сахаропонижающих препаратов
требуется срочно отменить сахаропонижающие препараты, в т.ч. инсулин

136. Оптимальной тактикой ведения недержания мочи у пациентов, приближающихся к смерти, как правило, является

+ **установка постоянного мочевого катетера**
применение впитывающих пеленок
использование подгузников
частая смена нательного и постельного белья

137. Факторы, способствующие образованию пролежней:

+ **длительное пребывание больного в одном положении**
психическая травма
белковое питание
применение антидепрессантов

138. Форма помрачения сознания, которая характеризуется повышением порога восприятия всех раздражителей, замедлением всех психических процессов, нарушением ориентации

+**оглушение**

сомнолентность

кома

сопор

139. Бессознательное состояние, характеризуется снижением реакции на раздражители, отсутствием контакта с пациентом

+**сопор**

оглушение

сомнолентность

кома

140. Глубокое угнетение сознания, полное отсутствие реакции на раздражители

+**кома**

оглушение

сомнолентность

сопор

141. Шкала оценки глубины комы

+**Глазго**

Ватерлоу

Бартела

Морсе

142. В число задач паллиативной помощи в конце жизни входит:

+**пассивное, чуткое сопровождение больного**

активные действия, направленные на продление жизни

прекращение страданий путем применения «эвтаназии»

введение широкого спектра лекарственных препаратов для контроля симптомов

143. Задача паллиативной помощи в конце жизни:

+**введение только самых необходимых препаратов и отмена «лишних»**

активные действия, направленные на продление жизни

прекращение страданий путем применения «эвтаназии»

пероральное введения лекарственных препаратов

144. К задачам паллиативной помощи в конце жизни относится:

+**своевременное устранение симптомов**

прекращение медицинской помощи

активные действия, направленные на продление жизни

пероральное введения лекарственных препаратов

145. Укажите, фактор, облегчающий умирание

+**смирение и принятие своего состояния и реальности**

ложь о диагнозе и прогнозе

ожидание родственников, которые не приходят

«борьба за жизнь» у пациента, который не смирился

146. Укажите, фактор, делающий умирание тяжелым

+**не купируемая боль**

смирение и принятие своего состояния и реальности

прощение и прощание

получение «разрешения на смерть» (от близких, медицинского персонала, самого себя).

147. Попадание секрета в центральные дыхательные пути, что вызывает шум, называется:

+предсмертный хрип

дыхательная паника

терминальное дыхание

брадипное

148. Паллиативная медицинская помощь оказывается детям

+с неизлечимыми заболеваниями

+с состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность,

+ в стадии заболеваний, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения

всё перечисленное

нет верного ответа

149. В соответствии с расширенной структурой заболеваний у детей, нуждающихся в специализированной паллиативной помощи в России, выделяют следующую нозологическую группу

+врожденные аномалии развития нервной системы, врожденные аномалии системы кровообращения

аллергозы (крапивница, пищевая аллергия)

менингиты при инфекционных и паразитарных заболеваниях

сепсис после медицинской манипуляции

150. У детей оценка боли может быть более сложной поскольку

+способность выражать боль зависит от возраста и стадии развития ребенка

дети иначе воспринимают боль

не разработаны шкалы для оценки боли у детей

это возможно лишь при дополнительных методах обследования

151. На должность медицинской сестры Отделения выездной патронажной помощи назначается медицинский работник, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам

+оказания паллиативной медицинской помощи детям

оказания паллиативной медицинской помощи

организации паллиативной медицинской помощи детям

организации работы с наркотическими средствами и психотропными веществами

152. Перинатальная паллиативная помощь оказывается:

+с 20-й недели беременности, во время родов и в период новорожденности

во время родов и в период новорожденности

лишь в странах Европы

оказывается женщине во время беременности

153. Определение показаний для оказания паллиативной медицинской помощи детям проводится с использованием шкалы

+PaPaS

NIPS

FLACC

SPIKES

154. Оценка физического развития детей проводится с помощью

+центильных таблиц

индивидуальных стандартов

возрастных стандартов

визуально

155. Для оценки боли у детей в возрасте до 1 года используют шкалу

+**NIPS**

PAINAD

FLACC

Вонга-Бейкера

156. Эта поведенческая шкала применяется для детей в возрасте до 3 лет

+**FLACC**

PAINAD

NIPS

Эланда

157. Наиболее распространенные побочные эффекты опиоидов у детей

+**зуд**

+**задержка мочи**

судороги

ажитация

158. К наиболее распространенным причинам эмоционального выгорания медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, относятся:

+**значительные психологические и эмоциональные нагрузки**

+**выраженная физическая нагрузка**

нежелание следовать СОПам

отсутствие комнаты отдыха персонала

159. К развитию синдрома эмоционального выгорания у сестринского персонала хосписа может привести:

+**отсутствие необходимых профессиональных знаний и навыков взаимоотношений с умирающими пациентами и их родственниками**

+**неизлечимый характер заболевания пациентов**

необходимость применения средств индивидуальной защиты

недостаточная физическая нагрузка

160. К причинам развития эмоционального выгорания медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, относится:

+**психологическая неподготовленность медицинского персонала к работе с терминальными пациентами**

+**этические проблемы взаимоотношений с терминальными больными и их родственниками**

гиподинамия сестринского персонала

нежелание медицинских сестер посещать программы повышения квалификации

161. К индивидуальным факторам риска развития синдрома эмоционального выгорания можно отнести:

+**завышенный уровень ожидания результатов своей профессиональной деятельности**

значительные психологические и эмоциональные нагрузки

неизлечимый характер заболевания пациентов

нежелание медицинских сестер посещать программы повышения квалификации

162. К индивидуальным факторам риска развития синдрома эмоционального выгорания относят:

+**межличностные конфликты с коллегами, пациентами, их родственниками**

нежелание следовать СОПам

отсутствие комнаты отдыха персонала

гиподинамию сестринского персонала

163. Автором «Методики диагностики уровня эмоционального выгорания» является
+ **В.В.Бойко**
К. Маслач
Г. Фрейденбергера
С. Сондерс

164. Наиболее «энергоемкими», отнимающими одновременно много физических и психологических ресурсов, являются следующие функции сестринского персонала в паллиативной медицине:

+ **тщательный уход за подопечными, стремление поддержать высокое качество их жизни**

+ **эмоциональная поддержка пациентов и семьи в ситуации кризиса**

соблюдение санитарно-противоэпидемического режима

следование СОПам при осуществлении ухода за пациентами

165. Положительный результат в отношении профилактики выгорания дают следующие направления:

+ **улучшение профессиональных навыков и различных компетенций, связанных с многообразием функциональных обязанностей медицинских сестер**

+ **овладение навыками понимания себя и самоподдержки в сложных ситуациях**

приобретение опыта разработки памятки для родственников пациентов

введение системы штрафов на рабочем месте