

**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:

Сестринское дело в паллиативной медицинской помощи

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования-программа бакалавриата

34.03.01 Сестринское дело

Тестовые задания для прохождения 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. Основоположником 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. Научный подход к симптоматическому лечению можно кратко выразить в виде
 - акронима
 - +TOOLK
 - SPIKES
 - EEMMA
 - SOCRATES
 39. 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
 40. Факторы, уменьшающие боль
 - +снижение уровня тревоги, расслабление
 - депрессия

- психическая изоляция и социальная заброшенность
 непонимание ситуации
41. Факторы, усиливающие боль
 +тревога
 улучшение настроения
 сон
 облегчение других симптомов
42. В понятие «тотальной боли» входит,
 физические страдания
 психологические аспекты
 социальные и духовные аспекты страдания
 +всё перечисленное
43. Акроним оценки болевого синдрома
 +SOCRATES
 TOOLK
 SPIKES
 EEMMA
44. 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
45. 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
46. 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
47. 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
48. Когда возбуждение и беспокойное поведение больного сопровождаются стоном и гримасами, это часто истолковывают как свидетельство:
 +физической боли
 постепенного угасания сознания
 душевной боли
 признаков депрессии
49. Побочным эффектом действия опиоидных анальгетиков является:
 +угнетение дыхания
 бессонница
 диарея
 кашель
50. 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

51. 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

52. Характеристикой нейропатической боли являются:

+жжение

постоянная «грызущая» боль

ноющие боли

боль, сопровождающаяся чувством перерастяжения внутренних органов

53. 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 отсутствие боли, а 10 – нестерпимая боль, называется

+ цифровая рейтинговая (числовая ранговая) шкала

цветовая шкала оценки боли

визуально-аналоговая шкала

шкала вербальных оценок

54. Характеристика нейропатической боли:

+ жалящая

ноющая

тянущая

раздирающая

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

+ ненаркотические анальгетики

препараты морфина

антидепрессанты

миорелаксанты

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

+препараты морфина

миорелаксанты

антидепрессанты

препараты кодеина

57. Укажите эволюционное значение боли

+ активизирует защитное поведение

подавляет настроение

снижает работоспособность

нарушает сон

58. 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

59. Повышенная болевая чувствительность носит название:

+гипералгезия

гиперсенситизация

гиперчувствительность

гиперосмия

60. Болевые ощущения в отсутствующих, ампутированных конечностях либо при спинальной параплегии, носят на звание:

+фантомные боли

мигрени

парестезии

феномена отраженных болей

61. Для «светлой» боли характерно:

+возникает быстро, сила пропорциональна повреждению

нарастает постепенно, достигая максимума

интенсивность не постоянна и не пропорциональна силе повреждения

нет четкой локализации, часто разлитая иррадиация

62. Для «темной» боли характерно:

+интенсивность не постоянна и не пропорциональна силе повреждения

возникает быстро, сила пропорциональна повреждению

хорошо локализована

активная оборонительная реакция

63. Боль считается острой, если ее продолжительность составляет

+не более 3 месяцев

менее 72 часов

12 месяцев

1,5 месяца

64. Боль считается хронической, если ее продолжительность составляет

+более 3 месяцев

более 12 месяцев

более 1,5 месяца

более 3 лет

65. Если локализация боли совпадает с очагом повреждения, тогда эта боль называется:

+местная

проецируемая

отраженная

фантомная

66. 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

67. При передозировке наркотических анальгетиков вводится в/в струйно:

+Налоксон

Просидол

Дипидорол

Буторфанол

68. При перерастяжении капсулы паренхиматозных органов; стенок полых органов, сдавление органов средостения возникает

+висцеральная боль

соматическая

нейропатическая

центральная

69. Для оценки болевого синдрома у невербальных пациентов используют

+шкалу PAINAD

комплексную шкалу оценки боли

шкалу Вонга-Бейкера (Face scale)

шкалу FLACC

70. Для оценки болевого синдрома у пациентов с когнитивными нарушениями применяют
 + шкалу PAINAD
 цифровую рейтинговую шкалу
 шкалу NIPS
 визуально-аналоговую шкалу
71. Для оценки боли у детей в возрасте до 1 года используют шкалу
 +NIPS
 PAINAD
 FLACC
 Вонга-Бейкера
72. Эта поведенческая шкала применяется для детей в возрасте до 3 лет
 +FLACC
 PAINAD
 NIPS
 Эланды
73. Ксеростомия – это
 +сухость во рту
 разновидность запора
 серый цвет кожи
 обезвоживание организма
74. 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
75. К нарушениям вкусового восприятия не относится
 +адгезия
 дисгевзия
 гипогевзия
 агевзия
76. Анорексия – это
 +плохой аппетит
 крайняя степень истощения
 нарушение вкусового восприятия
 спонтанная агрессия
77. Рекомендуются 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
78. Дисфагия – это
 +затруднение глотания
 снижение аппетита
 невнятность речи
 нарушения перистальтики тонкого кишечника
79. Клиническим проявлением пареза желудка не является
 +дисфагия
 раннее насыщение
 вздутие в эпигастральной области
 изжога
80. К немедикаментозному лечению запоров относится
 +обеспечение двигательной активности пациента
 ограничение двигательной активности пациента
 уменьшение потребления жидкости

- ограничение приема пищи
81. Диарея — это
+увеличение частоты дефекаций и/или жидкий стул
снижение частоты дефекаций
затруднение глотания
вздутие в эпигастральной области
82. 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
83. 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
84. «Трехглотковая проба» проводится для
+оценки дисфагии
+профилактики аспирации
оценки сознания
нутритивной поддержки
85. К методам нутритивной поддержки относят
+энтеральное и парентеральное питание
энтеральное питание
парентеральное питание
трехглотковую пробу
86. 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
87. 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
88. Поверхностное, быстрое дыхание у пациентов с одышкой
+усугубляет чувство тревоги и паники
уменьшает тревогу и панику
облегчает засыпание
не применяется в медицине
89. При контролируемом дыхании пациентам с одышкой рекомендуется делать
+нормальные полные вдохи и выдохи
удлиненный выдох
резкий, быстрый выдох
удлиненный вдох
90. 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
91. лежа на спине, откашляться эффективно
+невозможно
запрещается
92. В случае массивного кровохарканья наиболее распространенными причинами являются:
+бронхоэктазы
+рак легких
геморрагические нарушения
иммунные расстройства
93. 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
94. 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
95. 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
96. Затрудненное мочеиспускание — термин, который включает в себя
+затрудненное начало мочеиспускания
+медленное мочеиспускание
+дриблинг (подтекание мочи каплями после мочеиспускания)
императивный позыв
97. 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
98. Проявления панической атаки:
+сердцебиение, тахикардия
+ощущение нехватки воздуха
+головокружение, предобморочное состояние
эйфория
99. 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
100. При отсутствии лечения депрессия
+усугубляет другие симптомы
+приводит к социальной изоляции
+не позволяет пациенту закончить «незавершенные дела»
проходит самостоятельно
101. Подтипы делирия на основании уровня возбуждения и психомоторной активности
+гиперактивный и гипоактивный
гипертонический и гипотонический
произвольный и спровоцированных

неожиданный и предсказуемый

102. 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

103. 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

104. Паллиативное лечение лимфедемы

+уход за кожей

+оптимальное положение конечности

+сдерживание отека компрессией

резкое ограничение физической нагрузки

105. При злокачественных опухолях вторичная лимфедема обычно вызвана следующими причинами:

+всё перечисленное

хирургическое вмешательство в подмышечной или паховой области

лучевая терапия

метастазы в лимфатические узлы

106. 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

107. У обездвиженных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить

+ежедневно

через день

раз в неделю

раз в месяц

108. Страх смерти является проблемой

+ психологической

физической

социальной

духовной

109. 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

110. Проявления гипогликемии

тремор

нарушение координации

чувство голода

+всё перечисленное

111. 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 .

112. К причинам передозировки опиоидными препаратами относятся
+накопление препарата в связи с замедленным выведением вследствие почечной недостаточности
+ ошибки при назначении/введении препарата
ускоренное выведение препарата
наличие одышки у пациента

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

114. 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

115. 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

116. Целью планирования помощи в конце жизни является
+оптимизация помощи пациенту
+расширение возможностей, предоставляемых пациенту
сокращение помощи пациенту
ограничение возможностей, предоставляемых пациенту

117. 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

118. 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

119. 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

120. Факторы, способствующие образованию пролежней:
+длительное пребывание больного в одном положении

психическая травма

белковое питание

применение антидепрессантов

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

+оглушение

сомнолентность

кома

сопор

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

+сопор

оглушение

сомнолентность

кома

123. Глубокое угнетение сознания, полное отсутствие реакции на раздражители

+кома

оглушение

сомнолентность

сопор

124. Шкала оценки глубины комы

+Глазго

Ватерлоу

Бартела

Морсе

125. 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

126. 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

127. К задачам паллиативной помощи в конце жизни относится:

+своевременное устранение симптомов

прекращение медицинской помощи

активные действия, направленные на продление жизни

пероральное введения лекарственных препаратов

128. 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

129. 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).

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

+предсмертный хрип

дыхательная паника

терминальное дыхание
брадипное

131. 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

132. 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

133. 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

134. Всасывание и метаболизм лекарственных препаратов у детей до 12 лет

+протекают иначе, нежели у взрослых

протекают так же, как у взрослых

135. Наиболее распространенные побочные эффекты опиоидов у детей

+зуд

+задержка мочи

судороги

ажитация

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

1.	Дайте определение понятию «паллиативная медицинская помощь».	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.
2.	Какие виды помощи включает в себя паллиативная медицинская помощь?	Паллиативная медицинская помощь включает: паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь; паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь; паллиативную специализированную медицинскую помощь.
3.	В каких условиях может оказываться паллиативная медицинская помощь?	Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях.
4.	Перечислите медицинские организации и/или структурные подразделения, оказывающие специализированную паллиативную медицинскую помощь взрослым.	Специализированную паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе в дневном стационаре, взрослые могут получить в кабинете ПМП взрослым, отделении выездной патронажной ПМП взрослым, дневном стационаре ПМП взрослым, хосписе для взрослых, респираторном центре для взрослых. Специализированная ПМП взрослым в стационарных условиях оказывается в отделении ПМП взрослым, хосписе для взрослых, доме (больнице) сестринского ухода для взрослых, отделении сестринского ухода для взрослых, респираторном центре для взрослых.

5.	Перечислите медицинские организации и/или структурные подразделения, оказывающие специализированную паллиативную медицинскую помощь детям.	Специализированную паллиативную медицинскую помощь детям оказывают в отделениях выездной патронажной ПМП детям, в отделениях (на койках) ПМП детям, в дневном стационаре ПМП детям, в хосписе для детей.
6.	Перечислите заболевания или состояния, при которых взрослым оказывается паллиативная медицинская помощь.	Паллиативная медицинская помощь оказывается взрослым с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний: различные формы злокачественных новообразований, органная недостаточность в стадии декомпенсации, хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии развития, тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, травм, дегенеративные заболевания нервной системы на поздних стадиях развития заболевания, различные формы деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания, социально значимые инфекционные заболевания в терминальной стадии развития, необходимость проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи.
7.	Перечислите заболевания или состояния, при которых детям оказывается паллиативная медицинская помощь.	Паллиативная медицинская помощь оказывается детям с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность, в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, по медицинским показаниям с учетом тяжести, функционального состояния и прогноза основного заболевания: распространенные и метастатические формы злокачественных новообразований, при невозможности достичь клинко-лабораторной ремиссии; поражение нервной системы врожденного или приобретенного характера, неоперабельные врожденные пороки развития, поздние стадии неизлечимых хронических прогрессирующих соматических заболеваний, последствия травм и социально значимых заболеваний, сопровождающиеся снижением (ограничением) функции органов и систем, с неблагоприятным прогнозом.
8.	Назовите основные этические принципы оказания паллиативной медицинской помощи.	<p>Этические принципы паллиативной медицины:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уважайте жизни, • рационально используйте ресурсы, • делайте добро, • сводите к минимуму вред, • допускайте неизбежность смерти.
9.	Раскройте понятие «эффективной коммуникации» в паллиативной медицинской помощи.	<p>Эффективная коммуникация – способность выстраивать диалог таким образом, чтобы видеть реальность другого и максимально точно донести свою.</p> <p>Для эффективной коммуникации необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подготовиться к разговору, заранее; • выбрать время для неспешного разговора, которому ничто не помешает; • найти уединенное и комфортное помещение; • представиться и, если это допустимо с точки зрения принятых культурных норм, пожать пациенту руку; • спросить, как пациент хотел бы, чтобы к нему обращались;

		<ul style="list-style-type: none"> • сесть рядом с пациентом, чтобы показать, что у вас есть время выслушать его; не смотреть на часы во время разговора; • установить зрительный контакт, не перебивать пациента; • избегать медицинской терминологии; убедиться, что пациент понимает, что вы ему говорите.
10.	Дайте определения понятиям «острая боль», «хроническая боль».	<p>Острая боль возникает внезапно и является реакцией организма на травму или повреждение. Она обычно имеет кратковременный характер и исчезает при устранении причин, вызвавших повреждение, после заживления тканей или выздоровления.</p> <p>Хроническая боль продолжается в течение длительного времени; это боль, которая формируется при длительном болевом воздействии - сверх нормального периода заживления (3 мес.). она может быть связана с различными заболеваниями и иметь значительные последствия для качества жизни человека.</p>
11.	Расскажите, как можно определить интенсивность боли у взрослого человека.	<p>Основными методами оценки качественных и количественных характеристик боли являются ранговые и визуально-аналоговые шкалы, анкеты и опросники. Среди наиболее используемых методов оценки интенсивности боли - визуальные аналоговые шкалы, словесные оценочные шкалы, нумерологические оценочные шкалы и шкалы, использующие для оценки рисунки лиц с разным выражением, от улыбки до страдания.</p>
12.	Объясните, как можно провести оценку болевого синдрома у невербальных пациентов и пациентов с когнитивными нарушениями.	<p>У невербальных пациентов и пациентов с когнитивными нарушениями обычно оцениваются поведенческие характеристики, которые могут быть проявлениями боли. При многообразии имеющихся шкал наблюдений, общими для всех являются ключевые параметры поведения, свидетельствующие о боли: выражение лица (например, недовольство, печаль, гримасы), язык тела (настороженность, ригидность, суетливые движения, изменение походки) и паралингвистические звуки (плач, звуки, словесная агрессия, стоны). Эти три элемента присутствуют и валидированы во всех оценочных шкалах боли для больных с когнитивными нарушениями. Другие дополнительные поведенческие показатели отражают нюансы различных шкал и могут включать такие элементы, как изменение поведения (например, агрессия), физиологические изменения (например, учащенный пульс), физические изменения (например, синяки, рваные раны), внезапные изменения повседневных привычек (например, еда, сон) и изменение дыхания.</p>
13.	Назовите способы оценки интенсивности боли у ребенка.	<p>Для оценки боли у детей применяются специальные шкалы. Чтобы использовать их эффективно, нужно подбирать шкалы в зависимости от возраста ребенка. При оценке боли учитываются невербальные знаки со стороны пациента, уровень его развития и интеллекта. При заполнении шкалы у вербальных пациентов старше 3-х лет нужно ориентироваться на то, что ребенок говорит о своей боли. Однако стоит помнить, что, если ребенок не говорит о боли, это не значит, что ее нет.</p> <p>Примеры: NIPS – Neonatal Infant Pain Scale, Шкала Вонга-Бейкера (Face scale), Шкала Эланда (Eland body tool)</p>
14.	Перечислите основные побочные эффекты терапии опиоидами.	<p>Основные побочные эффекты терапии опиоидами: запоры, сонливость, тошнота, сухость во рту. Редко: угнетение дыхания, задержка мочеиспускания, кожный зуд, зависимость.</p>
15.	Опишите симптомы передозировки опиоидов.	<p>Клиническая картина передозировки опиоидными препаратами: точечные зрачки (зрачки размером с булавочную головку),</p>

		потеря сознания, угнетение дыхания (ЧДД <8 в минуту ± цианоз).
16.	Какая помощь должна быть оказана пациенту при передозировке опиоидов?	При передозировке опиоидов необходимо прекратить применение препарата, обеспечить подачу кислорода, ввести налоксон.
17.	Какие виды терапии боли и коррекции качества жизни пациента относятся к немедикаментозному лечению болевого синдрома?	Параллельно с фармакологическими методами обезболивания необходимо использовать в полной мере другие виды терапии боли и коррекции качества жизни пациента. <ul style="list-style-type: none"> • Физическая активность. Активность и подвижность (стимуляция, смена деятельности, улучшение кровоснабжения) положительно воздействуют на способность организма самостоятельно подавлять боль. • Расслабление. Техники релаксации крайне важны для расслабления напряженных мышц и снижения уровня общего физического напряжения. Чтение, музыка, встречи с друзьями, медитация, танцы и прогулки – примеры эффективных способов расслабиться. • Психотерапия. Психологическая терапия боли предполагает более эффективное, чем раньше, использование своих ресурсов для преодоления боли. В рамках терапии изучаются стратегии снижения боли. Кроме того, терапия включает в себя обучение тому, как изменить поведение и образ мыслей, которые способствуют развитию боли. Психотерапия способствует тому, что боль занимает все меньше места в повседневной жизни пациента, а на первый план выходят другие, более важные сферы жизни.
18.	Перечислите признаки недостаточности питания (нутритивной недостаточности).	Субъективная оценка клинических признаков нутритивной недостаточности: снижение или отсутствие подкожной жировой прослойки, дряблость кожных покровов, худоба рук и ног, выступающие лопатки, ребра, сухость глаз, ломкость волос, ногтей. Объективная оценка клинических признаков нутритивной недостаточности: расчет индекса массы тела по Кетле, проведение скрининга (рекомендует проводить 2-ступенчатый скрининг с использованием шкалы NRS-20021).
19.	Перечислите основные задачи медицинской сестры при организации и проведении нутритивной поддержки паллиативного пациента.	В обеспечении нутритивной поддержки велика роль медицинской сестры как лица непосредственно осуществляющего большую часть манипуляций по оказанию ПМП. Задачами медсестры в данном аспекте являются: <ul style="list-style-type: none"> • скрининг на наличие нутритивной недостаточности и выявление ее вероятных причин, • выявление и коррекция дисфагии, • выявление и коррекция дегидратации, • выявление и коррекция тошноты и рвоты, • выявление и коррекция снижения аппетита, • выявление и коррекция запоров, • выявление боли и обезболивание.
20.	Раскройте понятия «энтеральное питание» и «парентеральное питание».	Энтеральное питание – это процесс субстратного обеспечения больных через ЖКТ с помощью специальных методов, отличающихся от обычного приема пищи, и специально разработанных для этой цели энтеральных питательных смесей. Парентеральное питание – субстратное обеспечение, при котором питательные вещества вводятся в организм (внутривенно), минуя желудочно-кишечный тракт.
21.	Перечислите пути осуществления энтерального питания.	Энтеральное питание может быть реализовано: <ul style="list-style-type: none"> • пероральным приемом специальных обычных или загущённых питательных смесей или путем обогащения обычных блюд с необходимой для облегчения глотания

		<p>консистенцией порошкообразными и иными энтеральными питательными смесями;</p> <ul style="list-style-type: none"> • с использованием различных методик одновременно (через рот и с использованием зондов и стом).
22.	Назовите признаки нарушения глотания.	<p>Признаками нарушения глотания могут являться: медленное и затрудненное жевание и глотание («долго держит во рту»), поперхивание едой или жидкостью, вплоть до назальной регургитации и чихания, появление кашля во время еды или питья, иногда чувство нехватки воздуха, удушье, неразборчивая или «булькающая» речь после попытки глотания</p>
23.	Опишите особенности проведения скрининга дисфагии.	<p>Единственным критерием для скрининга дисфагии у паллиативных пациентов является ясное сознание и способность проглотить свою слюну. Все, что нужно для скрининга (его еще называют «трехглотковая проба») — это ложка, вода и обычный стакан.</p> <p>Сначала пациенту предлагается сделать последовательно три глотка из ложки, а потом выпить полстакана воды. Согласно исследованиям нейрофизиологов, если человек справляется именно с такой нагрузкой (нет поперхивания, удушья, клокочущего дыхания), это означает, что проблем с глотанием у него нет. Если на каком-то этапе возникает затруднение, это означает, что у пациента дисфагия 1 или 2 степени. Если же пациент не может сделать ни одного глотка (хотя слюну при этом глотает) — это уже 3 степень.</p>
24.	Назовите клинические проявления кахексии.	<p>Симптомами кахексии являются резко выраженная слабость, утрата трудоспособности, резкая потеря массы тела, часто сопровождаемая признаками обезвоживания организма. Характерными внешними являются выявляемые при клиническом обследовании уменьшение или отсутствие подкожной жировой клетчатки, пониженный тургор кожи, выступающие кости скелета. Усиленный катаболизм белка сопровождается мышечной атрофией, хорошо видимой в области дельтовидной, четырехглавой и жевательной мышц; может быть истончение волос, ногтей.</p>
25.	Перечислите диетические рекомендации при кахексии у паллиативного пациента.	<p>Диетические рекомендации включают следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • режим питания, например: есть мало и часто; • напитки на основе молока, например: горячий шоколад, солодовые напитки; кофе с молоком предпочтительнее, чем чай или кофе без молока; • назначение концентрированного энтерального питания с высоким содержанием белка в малом объеме, например: нутридринк, компакт протеин и др.; • обогащение диеты питательными веществами, например: использование молока и сливок с повышенным содержанием жиров, добавление масла и сахара (жиры являются наиболее концентрированным источником энергии); • может иметь смысл ослабить диетические ограничения, например, диабетическую диету.
26.	Назовите основные направления ухода за пациентом с тошнотой и рвотой.	<ul style="list-style-type: none"> • обеспечить покой и комфортное окружение, • помочь сохранять гигиену (обеспечить гигиеническими пакетами, влажными салфетками, водой для полоскания рта и т.п.), • убедить пациента пить и есть понемногу, но часто, • исключить из меню все, что усиливает тошноту и рвоту, • наблюдать за состоянием пациента
27.	Чем может быть обусловлено развитие запора у паллиативного пациента?	<p>Под запором понимается нерегулярный и затрудненный пассаж твердых каловых масс небольшого объема. Он часто сопровождается поздние стадии заболевания и обусловлен обычно множеством факторов, например недостаточным</p>

		приемом пищи и жидкости, слабостью, сопутствующим заболеванием, приемом лекарственных средств (в особенности опиоидов).
28.	Назовите основные направления немедикаментозного лечения запоров у паллиативных пациентов.	<p>Основные направления немедикаментозного лечения запоров у паллиативных пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • по возможности прекратить прием или уменьшить дозу препаратов, способствующих запору, • по возможности обеспечить двигательную активность пациента, • незамедлительно реагировать на просьбу пациента помочь ему сходить в туалет или воспользоваться креслом-туалетом, • использование кресла-туалета вместо подкладного судна, • использование положения, которое увеличивает давление в брюшной полости и способствует дефекации.
29.	Дайте определение понятию «респираторная поддержка».	<p>Респираторная поддержка (РП) определяется как дополнение неадекватного самостоятельного дыхания различными методами и режимами ИВЛ.</p> <p>Респираторная поддержка включает в себя</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кислородный концентратор • ИВЛ/НИВЛ • Аппаратные способы очистки дыхательных путей (откашливатель, виброжилет)
30.	В чем разница между НИВЛ и ИВЛ?	<p>ИВЛ – инвазивно: вентиляция легких проводится с помощью интубационной трубки или через трахеостомическую трубку.</p> <p>НИВЛ – неинвазивно: респираторная поддержка без использования искусственных путей (через маску, специальные носовые канюли, мундштук.)</p>
31.	Перечислите основные симптомы острой задержки мочи.	<p>На наличие острой задержки мочи указывает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • невозможность мочеиспускания при наполненном мочевом пузыре, • сильные и бесплодные позывы на мочеиспускание, • боль в надлобковой области, чувство распирания внизу живота, • выпячивание в надлобковой области, • перкуторно над мочевым пузырем определяется тупой звук, • пальпация болезненна, прощупывается переполненный мочевой пузырь и при пальпации возникают резкие позывы на мочеиспускание. <p>Персоналу следует обращать внимание на наполненность подгузника мочой, особенно если контакт с пациентом затруднен.</p>
32.	Дайте рекомендации родственникам, осуществляющим уход за близким с постоянным мочевым катетером.	<p>В уход за постоянным уретральным входит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • опорожнение мочевого пузыря по мере наполнения накопительного резервуара на 2/3 и более его объема, • ежедневная замена мочевого пузыря, а также, при нарушении его целостности или появлении неприятного запаха, • антисептическая обработка наружного отверстия мочеиспускательного канала не менее 2 раз в сутки, • обработка антисептиком на водной основе наружного участка катетера на расстоянии не менее 10 см не менее 2 раз в сутки (обработку необходимо производить по направлению от уретры к наружному концу катетера).
33.	Назовите современные средства ухода для поддержания личной	<p>Средства для ухода за кожей делятся на три большие группы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гели и пенки для очищения кожи, • Кремы и лосьоны для питания кожи,

	гигиены маломобильного паллиативного пациента.	<ul style="list-style-type: none"> • Гели и кремы для защиты кожи.
34.	Как часто следует менять/опорожнять калоприемник у стомированного пациента?	<p>При заполнении на 2/3 недренируемый калоприемник требует замены.</p> <p>Дренируемые калоприемники следует регулярно опорожнять. При заполнении 1/3 объема мешка каловыми массами его следует опорожнить.</p>
35.	Перечислите особенности обработки раздраженной кожи вокруг стомы.	<p>Алгоритм использования средств ухода примерно такой:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снимается калоприемник с помощью антиклея. • Обрабатываем очистителем кожу вокруг стомы и вытираем сухой салфеткой, которая не оставляет волокна. • Если есть раздражения, то наносим ранозаживляющее средство, например и крем, минут через 10 после впитывания крема, удаляем остатки и даем коже подсохнуть несколько минут. • Мацерированную кожу посыпаем пудрой или порошком абсорбирующим, он впитывает излишки влаги, сдуваем излишки, чтобы не нарушать адгезию. • Далее наносим спрей вторая кожа и ждем пока подсохнет. • Наносим герметизирующие средства для выравнивания кожи. Выдавливает пасту на пластину вокруг отверстия. Пасту герметик без спирта можно наносить на поврежденную кожу. Либо использовать кольцо, полоску герметика, моделируя их и располагая вокруг стомы. • Наклеиваем калоприёмник согласно инструкции к нему. Обязательно перед приклеиванием прогреть пластину, прижав к телу, чтобы адгезив лучше наклеивался.
36.	Что понимают под «неотложным состоянием» в паллиативной медицине?	<p>Под неотложным состоянием в паллиативной помощи понимают внезапное изменение состояния пациента, когда задержка с купированием симптомов может привести к неблагоприятным последствиям, например к возникновению мучительных симптомов, к инвалидизации или смерти.</p>
37.	Дайте определение понятию «пролежни».	<p>Пролежни — это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных с нарушенной микроциркуляцией, на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению.</p>
38.	Перечислите факторы риска развития пролежней.	<p>Факторы риска развития пролежней.</p> <ul style="list-style-type: none"> • старческий возраст • терминальное состояние • дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная) • неврологические расстройства • истощение/ожирение • нарушения подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность) • плохой гигиенический уход • неправильно подобранные методы и средства по уходу и др.
39.	Опишите механизм развития пролежней.	<p>Некроз чаще всего возникает в тех местах, в которых костные выступы оказывают наибольшее давление на ткани. А также в областях с минимальной прослойкой жира.</p> <p>К развитию пролежней предрасполагает:</p> <p>Сдавление мягких тканей при длительном пребывании пациента в одном положении. При сдавлении диаметр сосудов уменьшается, в результате чего наступает кислородное</p>

		<p>голодание тканей. При полном кислородном голодании даже в течение нескольких часов наступает некроз.</p> <p>Сдвиг и разрыв мягких тканей, которые нарушают кровообращение. Сдвиг и разрыв тканей может происходить при вытягивании мокрого белья из-под пациента, при перетаскивании его во время перестилания постели, при «подпихивании» судна, при попытке подтянуть тяжелобольного в одиночку, при медленном «сползании» пациента в постели или кресле-каталке.</p>
40.	Перечислите действия среднего медицинского персонала для профилактики пролежней.	<p>Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:</p> <ul style="list-style-type: none"> • своевременная оценка риска развития пролежней; • своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий; • адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в т. ч. по уходу.
41.	Назовите инструменты для оценки риска развития пролежней.	<p>Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Оценка риска развития пролежней проводится с помощью специальных шкал: шкала Нортон, шкала Ватерлоу, шкала Брейден, шкала Медалей и другие. Каждая шкала имеет свое построение для удобства применения в тех или иных условиях.</p>
42.	Какие параметры учитываются при оценке риска развития пролежней с помощью шкал?	<p>При оценке риска развития пролежней с помощью шкал учитывают и оценивают такие показатели как физическое состояние, сознание и активность, подвижность и наличие недержания.</p>
43.	Расскажите, как медицинская сестра может провести оценку риска падения пациента.	<p>Для оценки риска падения медсестра может использовать валидированные опросники и тесты для скрининга риска падений, шкалу Морсе для оценки риска падений у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста.</p>
44.	Опишите изменения в состоянии пациента перед смертью.	<p>Процесс ухода человека из жизни — уникален, но все же есть ряд общих признаков, указывающих на то, что человек умирает. Любой из этих признаков по отдельности не обязательно означает приближение смерти.</p> <p>Есть три категории изменений в состоянии человека, которые свидетельствуют, что его жизнь приближается к концу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сокращение потребности в воде и пище, • изменения в характере дыхания, • уход в себя.
45.	Перечислите факторы, влияющие на умирание.	<p>факторы, влияющие на умирание:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Облегчают умирание: смирение и принятие своего состояния, прощание и прощение • Делают умирание тяжелым: ложь о диагнозе и прогнозе, одиночество, отсутствие смирения и принятия, некупируемая боль
46.	Перечислите признаки биологической смерти.	<p>Посмертные изменения имеют функциональные, инструментальные, биологические признаки:</p> <p>Функциональные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • отсутствие сознания • отсутствие дыхания, пульса, артериального давления • отсутствие рефлекторных ответов на все виды раздражителей <p>Биологические:</p> <ul style="list-style-type: none"> • максимальное расширение зрачков • бледность и/или цианоз, и/или мраморность (пятнистость) кожных покровов

		<ul style="list-style-type: none"> • снижение температуры тела <p>Инструментальные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • электроэнцефалографические • ангиографические
47.	Дайте определение понятию «синдром эмоционального выгорания».	Синдром эмоционального (профессионального) выгорания — это неблагоприятная реакция на хронические стрессы, возникающая вследствие самых разных причин, связанных с выполнением профессиональных обязанностей
48.	Перечислите факторы риска развития синдрома эмоционального выгорания.	<p>Существует множество причин, влияющих на развитие СЭВ. К наиболее распространенным причинам эмоционального выгорания медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Значительные психологические, эмоциональные и физические нагрузки • Неизлечимый характер заболевания пациентов • Непредсказуемость течения болезни • Психологическая неподготовленность медицинского персонала к работе с терминальными пациентами • Этические проблемы взаимоотношений с терминальными больными и их родственниками • Отсутствие необходимых профессиональных знаний и навыков взаимоотношений с умирающими пациентами и их родственниками • Личностное отношение к смерти в целом и т.д. <p>Индивидуальные, личностные особенности, оказывают существенное влияние на медицинский персонал в ПМП, их можно отнести к группе предрасполагающих факторов</p> <p>Индивидуальные факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Возраст (лица молодого возраста больше подвержены риску «выгорания») • Пол: можно предположить, что лица женского пола в связи с большей эмоциональностью, склонностью к самопожертвованию могут быть более предрасположены к развитию СЭВ. Но достоверных исследований не обнаружено • завышенный уровень ожидания результатов своей профессиональной деятельности • Проблема ответить на просьбу отказом и сказать «нет» и Тенденция быть «отдающим» и не принимать помощь от других • Склонность к самопожертвованию • Тип личности т.д. • Межличностные конфликты с коллегами, пациентами, их родственниками и членами своей семьи и т.д.
49.	Как проявляется синдром эмоционального выгорания у медицинских работников?	<p>Синдром эмоционального выгорания развивается постепенно и практически незаметно.</p> <p>При этом медицинский персонал часто продолжает работать в том же режиме, что, в свою очередь, может приводить к серьезным профессиональным, медицинским и социальным последствиям, а также снижать качество оказания паллиативной помощи.</p> <p>Последствиями развития синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала могут быть циничность, астенический синдром, психопатии, психосоматические расстройства, вредные привычки, снижение профессиональных возможностей, уход из профессии, из социума.</p>
50.	Назовите подходы к профилактике развития синдрома эмоционального	Положительный результат в отношении профилактики выгорания дают программы совершенно разной направленности.

<p>выгорания у среднего медицинского персонала при оказании паллиативной медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none">• Организация работы медицинских сестер: это касается удобного графика работы, оптимизации распределения выполняемых функций, организации рабочего пространства, координации действий и профессиональной логистики, передачи смен, подбора коллектива на дежурствах и т. д.• Повышение профессиональной компетентности: участие в различных мастер-классах, тренингах (по осуществлению различных видов манипуляций, уходу, позиционированию, освоению различных устройств и приспособлений, перевязочных материалов, немедикаментозному менеджменту различных симптомов, тайм-менеджменту и т. д.) способствует профессиональному росту, обмену опытом, интеграции медицинских сестер в более широкое профессиональное сообщество и дает им столь необходимую поддержку.• Подготовка сестер к работе с пациентами в конце жизни и их семьями: это делает специалиста менее уязвимым, позволяет ему более эффективно поддерживать подопечных и их близких.• Практики заботы о себе: возможность овладеть навыками понимания себя и самоподдержки в сложных ситуациях позволяет медицинским сестрам самостоятельно оказать себе помощь в ситуациях, когда возможность внешней поддержки отсутствует.
---	--

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00D9618CDA5DBFCD6062289DA9541BF88C
Владелец: Глыбочко Петр Витальевич
Действителен: с 13.09.2022 до 07.12.2023