

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 08:17:46
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df655173820157a6d87

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

кафедра пропедевтики внутренних болезней

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
А.А. Ушаков
«06» июня 2025 г.



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
ОСНОВЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

Специальность: 34.03.01. Сестринское дело
Уровень высшего образования: бакалавриат
Квалификация: Академическая медицинская сестра
(для лиц мужского пола – Академический медицинский брат)
Преподаватель

Екатеринбург
2025 год

Фонд оценочных средств дисциплины «Основы паллиативной помощи» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата), утверждённого Приказом Министерства образования и науки РФ от 22.09.2017 г. № 971, и с учётом требований профессионального стандарта 02.069 «Специалист по организации сестринского дела», утверждённого Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.07.2020 г. № 479н.

Фонд оценочных средств составлен Шурыгиной Е.П., д.м.н., профессором кафедры хирургических болезней ФБГОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Фонд оценочных средств рецензирован Кравцовой И.Ф., заведующей корпусом паллиативной медицинской помощи ГБУЗ СО «ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского».

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней 27.03.2025 г., протокол № 9.

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен Методической комиссией направления подготовки «Сестринское дело» 24.04.2025 г., протокол № 4.

1. Кодификатор результатов обучения по дисциплине

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Индекс трудовой функции и ее содержание (из ПС)	Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые учебные элементы, формируемые в результате освоения дисциплины			Методы оценивания результатов освоения дисциплины
					Знания	Умения	Навыки	
Сестринская деятельность в рамках оценки и коррекции состояния здоровья	ПК-1. Готовность оценить состояние пациента для составления плана сестринских вмешательств	ИПК-1.1. Осуществляет организацию квалифицированного сестринского ухода за конкретным пациентом ИПК-1.2. Консультирует пациентов и членов их семей по вопросам профилактики заболеваний и их обострений и осложнений, травматизма, организации рационального питания, обеспечения безопасной среды, физической нагрузки ИПК-1.3. Осуществляет технологии сестринского ухода, предусмотренные при проведении паллиативной помощи	ТФ А/02.5 Организация отдельных процессов деятельности структурного подразделения медицинской организации	ДЕ 1. История развития паллиативной помощи и современные принципы её организации. ДЕ 2. Окружающая среда паллиативного пациента, приемы ухода. Кинестетика. ДЕ 3. Синдром хронической боли. ДЕ 4. Купирование тягостных симптомов. ДЕ 5. Зачётное занятие.	Основные принципы паллиативной помощи везде, где находится пациент и его семья. Принципы межличностного общения, необходимые для оказания паллиативной помощи. Синдром хронической боли. Симптоматику тягостных синдромов в паллиативной помощи. Принципы организации и оказания паллиативной помощи.	Обеспечивать максимальный физический комфорт пациенту на всех этапах болезни. Обеспечивать максимальный физический комфорт пациенту на всех этапах болезни. Купировать синдром хронической боли. Купировать тягостные симптомы. Организовывать и осуществлять паллиативную помощь.	Оказание паллиативной помощи. Оказание паллиативной помощи. Купирование синдрома хронической боли. Купирование тягостных синдромов. Оказание паллиативной помощи.	Тест Ситуационная задача

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

2.1. Перечень практических навыков:

- оценка качества жизни инкурабельных пациентов и установка факторов, на него влияющих;
- оценка интенсивности боли у паллиативных больных;
- оказание паллиативной помощи больным онкологическими заболеваниями;
- оказание паллиативной помощи больным при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем;
- оказание психологической помощи и поддержки родственникам и близким больного;
- обеспечение психологической защиты медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь.

Методика оценивания практических навыков:

«не выполнено» – 0 баллов

«выполнено частично» – 5 баллов

«выполнено с недочетами» – 10 баллов

«выполнено в полном объеме» – 15 баллов

2.2. Примерная тематика рефератов

1. Паллиативная помощь: определение, терминология
2. Цели и задачи паллиативной помощи
3. Историческая справка о хосписах и паллиативной помощи
4. Хосписное движение в России
5. Сесилия Сондерс и её роль в развитии паллиативной помощи
6. Принципы паллиативной помощи и формы её организации
7. Показания к оказанию паллиативной помощи
8. Основные компетенции, необходимые при оказании паллиативной помощи
9. Психологические проблемы терминальных больных
10. Этические проблемы паллиативной помощи
11. Этические вопросы взаимоотношений с родственниками больного при оказании паллиативной помощи
12. Паллиативная помощь и качество жизни, факторы, влияющие на качество жизни инкурабельных пациентов;
13. Переживание утраты и помощь при этом
14. Поддержка персонала и эмоциональное выгорание при работе в отделении паллиативной помощи
15. Мультидисциплинарная команда в паллиативной помощи
16. Боль и принципы обезболивания в паллиативной помощи
17. Клинические классификации хронического болевого синдрома
18. Методы и средства лечения хронического болевого синдрома
19. Опиоидные анальгетики и облегчение боли при онкологических заболеваниях
20. Проблема анорексии и кахексии в паллиативной помощи
21. Профилактика и лечение асцита и гидроторакса
22. Профилактика и лечение запоров и диареи у паллиативных больных
23. Профилактика и лечение рефлюкс–эзофагита у инкурабельных пациентов.
24. Профилактика и лечение тошноты и рвоты у паллиативных больных
25. Тревожность и депрессия в паллиативной помощи
26. Уход за кожей у паллиативных больных
27. Уход за пациентами со стомами
28. Гигиена полости рта у терминального больного
29. Нарушение функции органов мочевыводящей системы у терминальных пациентов
30. Профилактика и лечение пролежней у паллиативных больных

Правила и порядок подготовки реферата

В структуре работы должны присутствовать актуальность темы, аргументированные доказательства, выражающие личное мнение автора, вывод, содержащий заключительное суждение (умозаключение). Работа должна восприниматься как единое целое, идея должна быть ясной и понятной. Работа не должна содержать ничего лишнего, включать только ту информацию, которая необходима для раскрытия позиции. Должна иметь грамотное композиционное построение, быть логичным, четким по структуре. Каждый абзац должен содержать только одну основную мысль.

Основными целями работы являются: демонстрация знаний учащихся по конкретной теме, практических навыков информирования, убеждения читателя, самовыражение автора или комбинация одной или нескольких целей.

Оформление текста работы

1. Обязательно соблюдение правил типографики. Для оформления используют стандартные средства Microsoft word. Оформление титульного листа: вверху указывается полное наименование учебного заведения. В среднем поле по центру указывается название работы без слова «работа» и кавычек. Ниже заголовка, указывается вид работы и учебный предмет. Ещё ниже, ближе к правому краю титульного листа, указывается фамилия, имя и отчество студента полностью, его группа и факультет. Ещё ниже – ФИО и должность куратора курса, руководящего работой. В нижнем поле по центру указывается город и год выполнения работы (без слова «год»). Размер шрифта – 14 кегль, гарнитура times new roman, обычный, интервал между строк – 1,5, размер полей по 20мм. Все страницы нумеруются, начиная с титульного листа, но на ней сам номер не ставится. Цифру номера страницы ставят внизу листа по центру страницы. Сноски обозначаются в самом тексте так: [2, с. 12-15], где первая цифра обозначает номер книги или статьи в списке использованной литературы, а вторая – номер страницы в этом литературном источнике.

2. Во вводной части указать актуальность темы, назвать две-три основные проблемы (вариант плана), краткую характеристику литературных и иных источников (не менее трех).

3. Основной текст раскрывает содержание обозначенных выше проблем (вопросов). Стилль изложения - свободный, но научный.

4. В заключительной части указать историческое значение разрешения рассматриваемой проблемы, деятельности видного персоналия.

5. Литература в списке должна быть современной, источники 5–7-летней давности, можно использовать ранние труды (при условии их уникальности).

Литература в списке указывается в следующем порядке:

- законодательные акты (если они есть), источники;
- основная и периодическая литература;
- электронные ресурсы (если имеются).

Пример оформления списка литературы:

1. Федеральный закон от 31 мая 2002 г. № 62-ФЗ «О гражданстве Российской Федерации» (с изм. и доп. от 11 ноября 2003 г.) // СЗ РФ. - 2002. - № 22. Ст. 2031.

2. Гельман В.Я. Медицинская информатика: практикум. – СПб: Питер, 2002. – С.155–164.

Методика оценивания реферата:

Содержание не соответствует теме, оформлен реферат не правильно – 0 баллов

Содержание не полное, реферат оформлен с незначительными погрешностями – 5 баллов

Содержание недостаточно полное, реферат оформлен правильно – 8 баллов

Содержание полное развернутое, оформление верное – 10 баллов

2.3. Вопросы тестового контроля

1. Паллиативная помощь это: а) система мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний б) оказание реабилитационной помощи пациентам на базе санаторно-курортных учреждений в) всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития г) оказание помощи на дому инвалидам и пациентам пожилого возраста социальной и духовной поддержки д) оказание доврачебной медицинской помощи на врачебном участке.
2. Паллиативную помощь инкурабельным больным оказывает: а) госпиталь ветеранов войн б) клиническая больница в) хоспис г) медико-санитарная часть д) поликлиника.
3. Целью проведения паллиативного лечения является: а) снижение затрат на лечение больных б) достижение адекватного качества жизни инкурабельных пациентов и членов их семей в) психологическая помощь больным с терминальными стадиями заболеваний г) подготовка медицинских кадров д) проведение ранней диагностики онкологических заболеваний.
4. Главной задачей паллиативной помощи является: а) симптоматическая терапия хронических соматических заболеваний б) клиническая апробация новых обезболивающих препаратов у онкологических больных в) снижение смертности населения г) купирование боли и других симптомов, а так же решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов и их родственников д) применение цитостатических препаратов у онкологических больных.
5. Хоспис это: а) медицинское учреждение, оказывающее врачебную помощь геронтологическим больным б) медицинское учреждение, оказывающее помощь инвалидам на дому в) медицинское учреждение, оказывающее паллиативную помощь инкурабельным больным г) онкологическая клиника д) учреждение для оказания социальной помощи пожилым пациентам.
6. Медицинские работники при общении с инкурабельным больным должны руководствоваться принципом: а) уважения жизни и неизбежность смерти б) принятия отказа пациента от пищи и лечения в) нерациональное использование возможных ресурсов г) добрым отношением только пациенту, но не к его родственникам д) уважения мнения пациента, в том числе отказ от пищи и лечения.
7. В первую очередь медицинским персоналом должны учитываться желания: а) родственников больного б) больного в) сослуживцев больного г) супруга или супруги больного д) врач имеет право не учитывать чьи-либо желания.
8. Действия медицинского персонала хосписа при отказе больного от пищи и воды: а) насильственное кормление б) увлажнение губ пациента в) внутривенное введение 5% раствора глюкозы г) внутривенное капельное введение физиологического раствора д) организация питания через зонд.
9. К принципам диетического питания при онкологических заболеваниях относится: а) повышение потребления жира б) увеличение потребления фруктов, овощей и злаков в) неограниченный прием рафинированных углеводов г) ограничение потребление мяса д) повышение потребления тугоплавких жиров.
10. Больным с выраженной кахексией показана одна из перечисленных питательная смесей: а) Козилат б) Линолак в) Роболакт г) Берламин Модуляр д) Малютка.
11. В России эвтаназия: а) запрещена б) проводится при пессимистичном исходе заболевания в) возможна по просьбе больного г) возможна по просьбе родственников д) проводится при терминальных стадиях онкологических заболеваний.
12. Вероятный конец паллиативной терапии: а) больной направлен на санаторно-курортное лечение б) больной направлен на хирургическое лечение в) больной выписан под наблюдение участкового врача г) больной умер д) больной выздоровел.
13. Актуальная тематика бесед с больным в хосписе: а) последние научные тенденции в медицине б) политическая обстановки в стране в) последние бренды моды г)

психологический климат в коллективе отделения д) обсуждение проблем, вызывающих тревогу у пациента.

14. Основными задачами выездных бригад хосписа является: а) динамическое наблюдение, коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых манипуляций, обучение родственников уходу за больным б) проведение обезболивания, выполнение необходимых внутривенных инъекций, психологическая помощь родственникам в) обучение родственников уходу за больным, материальная и психологическая поддержка г) коррекция схем обезболивания, обучение родственников уходу за больным, психологическая поддержка, проведение эвтаназии д) динамическое наблюдение, коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых манипуляций, обучение родственников уходу за больным, психологическая поддержка.

15. К основной группе препаратов на первой ступени обезболивающей терапии препараты относятся: а) препараты кодеина б) ненаркотические анальгетики в) препараты морфина г) антидепрессанты д) миорелаксанты.

Методика оценивания тестового контроля:

менее 71% правильных ответов - тест не сдан, баллы не начисляются

71-80% правильных ответов - 5 баллов

81-90% правильных ответов - 10 баллов

91-100% правильных ответов - 15 баллов

2.4. Ситуационные задачи

1. Пациент В., 32 лет. Страдает анкилозирующим спондилитом 12 лет, с 2008 г. находится в вынужденном положении, обусловленном тотальным анкилозом позвоночника и анкилозом тазобедренных суставов, генерализованной мышечной атрофией. Пациент не способен стоять без опоры, самостоятельно вставать и садиться. Инвалид I группы. Нуждается в постоянном постороннем уходе. Каковы принципы оказания паллиативной помощи в этом случае?

2. Больной Ч., 68 лет, диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения III ф.к. Перенесенный инфаркт миокарда в 2012 г. Артериальная гипертензия III ст, риск 4. Синусовая тахикардия. ХКН II ст., III ф.к. по NYHA. Самостоятельное обслуживание затруднено. Нуждается ли больной в паллиативной помощи?

3. Больная М., 56 лет, с диагнозом рак толстого кишечника с метастазами в печень, легкие, просит медсестру узнать о возможности проведения ей эвтаназии. Кто правомочен решить этот вопрос?

4. У больного имеется сужение (стриктура) пищевода после ожога. Питание через естественные пути затруднено. Больному назначены питательные клизмы. Как проводится процедура? Какие вещества можно вводить при помощи питательной клизмы?

5. Больной В., 59 лет, с терминальной стадией рака толстой кишки постоянно жалуется на сильные боли внизу живота, крестце. Обезболивающая терапия Sol. Morphini 1% 1мл в/м 3 раза в день приводит к кратковременному уменьшению болей на 1-2 часа. Онколога в поликлинике нет. Куда и к каким специалистам необходимо обратиться родственникам для проведения коррекции лечения?

6. Больной С., 78 лет. Диагноз: Рак легкого с метастазами в головной мозг. Постоянно получает обезболивающую терапию (ТТС фентанила 50 мг). Состояние тяжелое. Больной все время лежит, поворачивается в постели с трудом. На коже в области крестца появилось покраснение и мацерация кожи. Тактика ведения пациента. Какие рекомендации необходимо дать пациенту и родственникам.

7. Больной К., 57 лет с диагнозом: Рак желудка с метастазами в легкие, печень, терминальная стадия. Нуждается в постоянной обезболивающей терапии сильнодействующими препаратами. Родственники и больной от госпитализации

отказываются. Возможно ли, назначение длительно действующего препарата с выраженным обезболивающим действием в неинвазивной форме.

8. Больная М., 78 лет с диагнозом: Рак матки с метастазами в крестец, желудок, нуждается в постоянной обезболивающей терапии морфином 1% 1,0 в/м 3 раза в день. Родственники обеспечить своевременную медикаментозную терапию не могут, настаивают на госпитализации. Какая тактика ведения больной?

9. Онкологический больной нуждается в назначении морфина. Родственники опасаются развития побочных явлений. Какие побочные явления морфина Вы знаете? Тактика ведения больного

10. Больная М, 75 лет, наблюдается у врача-онколога. Предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры до высоких цифр, боли в правом подреберье и левой подвздошной области, кожный зуд. По результатам обследования больной выставлен диагноз: Рак толстой кишки с метастазами в печень. Возможно ли повышение температуры с онкологическим заболеванием? Тактика ведения пациента.

11. Больная К., 82 лет, имеет терминальную стадию хронической сердечной недостаточности. Родственников нет, ухаживать некому. При каких условиях, возможно, госпитализировать больную в хоспис?

12. Больной с хронической сердечной недостаточностью III стадии, IV функциональный класс по NYHA отмечает снижение веса более чем на 5 кг, отсутствие аппетита. Какое питание для поддержания веса Вы порекомендуете больному?

13. У терминального больного с хронической сердечной недостаточностью отмечается увеличение веса более 3 кг за последние 2 дня. О чем говорит этот симптом? Какие рекомендации необходимо дать больному?

14. Больная С. 76 лет, длительное время страдает атопической бронхиальной астмой. При проведении кожных проб выявлена аллергическая реакция на шерсть животных (кошек, собак) и пищевая аллергия на цитрусовые. Ваши рекомендации по образу жизни больной.

15. У больного длительно находящегося в постели после перенесенного мозгового инсульта, появились боли в поясничной области больше справа, стала повышаться температура тела по вечерам до 38°C с ознобами, моча стала мутной, О каком заболевании можно думать? Какие исследования необходимо провести? Какому специалисту показать больного?

Методика оценивания решения ситуационной задачи:

«ответ не правильный» – 0 баллов

«ответ не полный» – 5 баллов

«ответ недостаточно полный» – 8 баллов

«ответ полный развернутый» – 10 баллов

3. Описание технологии оценивания

Методика балльно–рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов

	Критерии оценивания	примечание
Работа в семестре:	мин. - 40 баллов, макс. – 60 баллов	сумма баллов за лекции и практич. занятия не должна превышать 60 баллов
– лекции (12 часов)	1 час – 1 балл (за посещение)	
– практические занятия, три темы	цену 1 балла на занятии определяет преподаватель	
Самостоятельная работа	является обязательным для допуска к зачету	при отсутствии – 25 баллов
Экзамен	мин. - 15 баллов, макс. – 40 баллов	
– практические навыки	«выполнено частично» - 5 баллов «выполнено с недочетами» - 10 баллов «выполнено в полном объеме» - 15 баллов	

– тестовый контроль	менее 71% правильных ответов - тест не сдан, баллы не начисляются. 71-80% правильных ответов - 5 баллов; 81-90% правильных ответов - 10 баллов; 91-100% правильных ответов - 15 баллов;	
– решение ситуационных задач	«ответ не полный» – 5 баллов «ответ недостаточно полный» – 8 баллов «ответ полный развернутый» – 10 баллов	
ИТОГО	от 60 до 10 баллов	

Выдержка из БРС УГМУ

Студент допускается до итогового контроля по дисциплине (зачета или экзамена) в том случае, когда его рейтинг в семестре по дисциплине составил 40 и более рейтинговых баллов.

По решению заседания кафедры студент, показывавший в ходе освоения дисциплины повышенный уровень знаний, может получить оценку «отлично» в формате автомат без сдачи экзамена или зачета. В этом случае из премиальных (поощрительных) баллов складывается аналог *экзаменационного рейтинга по дисциплине*.

Премиальные (поощрительные) баллы могут быть получены студентом:

- за высокий уровень учебных достижений, продемонстрированный на рубежных контролях по дисциплине;
- за демонстрацию повышенного уровня учебных достижений (научно-исследовательская работа, олимпиады, конкурсы и др.) в академической группе, УГМУ, Уральском регионе или Российской Федерации.

Количество премиальных (поощрительных) рейтинговых баллов по конкретным дисциплинам определяет кафедра, за которой закреплено преподавание этих дисциплин.

Экзаменационный рейтинг по дисциплине у студента на экзамене менее чем в 20 рейтинговых баллов или на зачете менее чем в 10 рейтинговых баллов считается неудовлетворительным (независимо от рейтинга студента по дисциплине в семестре).

В этом случае при определении итогового рейтинга студента по дисциплине неудовлетворительный экзаменационный рейтинг учитывается, в экзаменационной ведомости выставляется оценка *неудовлетворительно*. Студент вправе пересдать промежуточную аттестацию по соответствующей дисциплине не более двух раз в сроки, установленные вузом.

4. Показатели и критерии оценки

Для перевода итогового рейтинга студента по дисциплине в аттестационную оценку вводится следующая шкала:

Аттестационная оценка студента по дисциплине	Итоговый рейтинг студента по дисциплине, рейтинговые баллы
«неудовлетворительно»	0 – 59
«удовлетворительно»	60 – 69
«хорошо»	70 – 84
«отлично»	85 – 100