



государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
Самарской области
«Губернский колледж города Похвистнево»

Учебно-методическое пособие
ПМ. 04 Выполнение работ по профессии младшая
медицинская сестра по уходу за больными
МДК. 04.01 Теория и практика сестринского дела
для специальности 34.02.01 Сестринское дело
Сборник теоретического материала

Составитель: Бердникова К.П.

Рассмотрено и одобрено ПЦК
преподавателей профессионального
цикла медицинских специальностей
в качестве учебного пособия
для студентов очной формы
получения образования

Похвистнево, 2018

Содержание

Содержание	2
Пояснительная записка	3
Тема 1. История сестринского дела	
1.1 История сестринского дела в России	6
1.2 Развитие сестринского дела за рубежом. Роль Ф.Найтингейл в сестринском деле	7
1.3 Цели и задачи сестринского дела	8
1.4 Миссия сестринского дела	8
Тема 2. Философия сестринского дела	
2.1 Перспективы профессиональной деятельности сестринского персонала	12
2.2 Принципы и основные положения философии сестринского дела	12
2.3 Этический кодекс медицинской сестры	13
Тема 3. Общение в сестринском деле	
3.1 Профессиональное общение в сестринском деле	17
3.2 Уровни общения	17
3.3 Психологические типы собеседников	18
3.4 Средства общения	19
Тема 4. Обучение в сестринском деле	
4.1 Образование и обучение в сестринском деле	22
4.2 Деятельность сестры в обучающем процессе	23
Тема 5. Основные потребности человека	
5.1 Жизненные потребности человека	27
5.2 Иерархия потребностей человека по А. Маслоу	27
5.3 Устройство личности человека	29
Тема 6. Модели сестринского дела	
6.1 Основные модели сестринского дела	32
Тема 7. Сестринский процесс	
7.1 Сестринский процесс – основа профессиональной деятельности сестер	38
7.2 Этапы сестринского процесса	38
7.3 Сестринское обследование	39
7.4 Классификация проблем пациента	43
7.5 Наблюдение за удовлетворением основных потребностей пациента	44
7.6 Сестринский процесс при боли	52
Библиографический список	56

МДК. 04.01 Теория и практика сестринского дела

Составитель: Бердникова Кристина Павловна, преподаватель первой квалификационной категории.

Учебно-методическое пособие предназначено для изучения основ организации сестринского ухода в практической деятельности медицинской сестры/брата.

УМП содержит основные положения философии сестринского дела, принципов общения с пациентами, которые необходимы для полноценного освоения материала.

В УМП дана подробная характеристика сестринского процесса, определены этапы сестринского процесса, содержатся рекомендации по формулированию клинических ситуаций и составлению плана сестринского ухода. Рассматриваются основные проблемы пациента, связанные с нарушением жизненно важных потребностей.

Материал излагается в развернутом виде с использованием таблиц и схем.

УМП составлено согласно требованиям ФГОС и рабочей программы профессионального модуля 04. Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» для специальности 34.02.01 Сестринское дело.

С целью овладения видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

иметь практический опыт:

- выявления нарушенных потребностей пациента;
- оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;
- планирования и осуществления сестринского ухода;
- ведения медицинской документации
- обеспечения санитарных условий в учреждениях здравоохранения и на дому;
- обеспечения гигиенических условий при получении и доставке лечебного питания для пациентов в ЛПУ;
- применения средств транспортировки пациентов и средств малой механизации с учетом основ эргономики;
- соблюдения требований техники безопасности и противопожарной безопасности при уходе за пациентом во время проведения процедур и манипуляций

уметь:

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента;
- определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;
- оказывать помощь медицинской сестре в подготовке пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям;
- оказывать помощь при потере, смерти, горе;
- осуществлять посмертный уход;
- обеспечить безопасную больничную среду для пациента, его окружения и персонала;
- проводить текущую и генеральную уборку помещений с использованием различных дезинфицирующих средств;
- составлять памятки для пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода, инфекционной безопасности, физических нагрузок, употребления продуктов питания и т.д.;
- использовать правила эргономики в процессе сестринского ухода и обеспечения безопасного перемещения больного.

знать:

- способы реализации сестринского ухода;
- технологии выполнения медицинских услуг
- факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала;
- принципы санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения;
- основы профилактики внутрибольничной инфекции;

• основы эргономики

Код	Наименование результата обучения
ПК 1.1	Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.
ПК 1.2	Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.
ПК 2.1	Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.
ПК 2.2	Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
ПК 2.3	Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.
ПК 2.4	Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
ПК 2.5	Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.
ПК 2.6	Вести утвержденную медицинскую документацию.
ПК 2.8	Оказывать паллиативную помощь.
ПК 3.1	Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.
ОК 1	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество
ОК 3	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
ОК 5	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
ОК 6	Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями
ОК 7	Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий
ОК 8	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации
ОК 9	Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности
ОК 10	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия

ОК 11	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку
ОК 12	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности
ОК 13	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей
ОК 14	Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей)

Тема 1 ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

План и краткое содержание лекции:

- 1) История сестринского дела в России
- 2) Организация общин сестер милосердия
- 3) Создание и развитие Российского Общества Красного Креста
- 4) Роль Ф.Найтингейл в сестринском деле
- 5) Цели и задачи сестринского дела

Уход за больными – это целое искусство, требующее такого же изучения и навыка, как всякое другое искусство.

Ф. Найтингейл

1.1.История сестринского дела в России

История нужна для воспоминаний и осмысления происходящего сегодня чтобы, извлечь уроки и избежать ошибок предшественников. История медицины своими корнями уходит в глубь веков. В современном понимании медицина стала наукой в Древней Греции и, несомненно, связана с медициной древних культур Востока: египетской вавилонской индийской.

История женского служения больным и раненым восходит к истокам христианства. Когда на картах мира появилось государство Московия в Европе уже веками существовали добровольные объединения лиц, посвятивших себя уходу за больными и ранеными. Христианская церковь с самого начала своего существования вяла на себя заботу о бедных и больных: обязанность эта лежала на диаконах и диаконисах(в переводе с греческого – служители).

Эпоха средневековья создала условия для появления больниц и госпиталей, которые предназначались не столько для больных, сколько для странников, пилигримов, нищих. В XI-XIII веках во многих городах Западной Европы создаются общины женщин и духовые попечительства для больных, госпитальные братья и сестры посвящали свою жизнь уходу за больными, престарелыми людьми.

Традиция женского медицинского служения возобновилась в XVII веке во Франции. Священник **Викентий Поль** организовал первую общину и **школу сестер милосердия**, в которой будущие сестры получали теоретическую подготовку. Его опыт был распространен по многим странам Европы. Так был создан Институт сестер милосердия – первая попытка организации обучения сестричества. В.Поль ввел в сестринском деле термины «сестра милосердия» «старшая сестра». Опыт сестринского ухода стал востребованным многими странами в период военных действий.

Крымская война потребовала качественно нового квалифицированного ухода за больными и ранеными.Идея помощи раненым силами сестер милосердия явилась предпосылкой для организации Общества Красного Креста. Основателем организации стал гражданин Швейцарии Анри Дюнан. Он был поражен страданиями раненных и деятельностью англичанки Ф.Найтингейл, Н.И. Пирогова и его отряда сестер во время войны. Эмблемой общества стал красный крест на белом полотне(флаг родины Дюнана – белый крест на красном фоне).Инициатором и вдохновителем создания организации выступила Флоренс Найтингейл.

1.2 Роль Ф.Найтингейл в сестринском деле

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 года в аристократической английской семье во Флоренции, где она появилась на свет во время путешествия ее родителей. Образованием дочери занимался отец, он сам учил ее языкам: греческому, латинскому, французскому, итальянскому, немецкому, занимался с ней историей, математикой и философией. С ранних лет Флоренс была застенчивой и не по годам серьезной девочкой. Идея службы в госпиталях пришла неожиданно, как озарение. Она много путешествовала, изучала организационную работу в госпиталях. Ухаживая за своими родными, Флоренс начинает все больше осознавать необходимость специального образования для ухода за больными людьми, хотя общество того времени традиционно считало, что для ухода за больными не нужно никаких знаний – выполнение этих функций входило в обязанности каждой женщины. В 1849 году она посетила Институт диаконис в Германии и возвратилась в Англию с твердым намерением стать сестрой милосердия. В 1851 году Флоренс против воли родителей едет в Германию для обучения уходу за больными. В марте 1854 года Англия и Франция объявили войну России. Мисс Найтингейл собирает отряд медсестер и отправляется на турецкий театр боевых действий. Медсестры чистили бараки, устраивали печи, организовывали горячее питание для раненных, оказывали первую помощь. Последовательное проведение в жизнь принципов санитарии и ухода за ранеными принесло свои результаты: менее чем за 6 месяцев смертность в лазаретах снизилась с 42 до 2%. В своей книге «Записки о госпиталях» Ф. Найтингейл показала связь санитарной науки с организацией госпитального дела. Вся жизнь этой женщины была посвящена развитию сестринского дела. В 1860 году в Лондоне была открыта первая современная сестринская школа нового типа. Созданная система подготовки медсестер послужила основой современного преподавания сестринского дела во всем мире. Вторая половина XIX века – возникновение сестринского дела как профессии.

Организация общин сестер милосердия

Женский труд стали применять только в середине XVIII века в гражданских больницах, уход за больными осуществляли «бабы-сидельницы» - это были жены или вдовы больничных солдат. Первая община сестер милосердия в России это Свято-Троицкая было создана в Петербурге в 1844 году. В сестры милосердия принимали вдов и девиц 20-40 лет. В течение года испытуемые проходили курсы обучения и на деле проверяли свои душевные и физические качества. Изучали правила ухода за больными, способы перевязки ран, фармацию и рецептуру. В торжественной обстановке женщин посвящали в сестры милосердия. Однако для оказания помощи раненым на театре военных действий женщин долгое время не привлекали. В 1854 году в Петербурге по инициативе и на средства великой княгини Елены Павловны, сестры Николая I, образована Крестовоздвиженская община для подготовки медсестер с целью оказания помощи раненым. преподавали в общине известные врачи, в том числе Н.И.Пирогов. Сестрами милосердия Крестовоздвиженской общины стали русские женщины, такие как: Екатерина Александровна Хитрово(1805-1856), Екатерина Михайловна Бакунина(1812-1894), Елизавета Петровна Карцева(1823-1898). Николай Иванович Пирогов возглавлял общину сестер милосердия.

Создание и развитие Российского Общества Красного Креста

В 1867 году в России создано Российское общество попечения больных и раненных, в 1876 году оно было переименовано в Российское общество Красного Креста и вошло в состав международного Красного Креста. Это общество было сформировано благодаря героической деятельности общин сестер милосердия, усилиям великой княгини Елены Павловны, Н.И.Пирогова и православной церкви. В работе общества активное участие принимали

знаменитые русские врачи Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Н.В. Склифосовский, Н.Н. Бурденко, С.И. Спасокукоцкий.

В 1868 году в Москве была учреждена первая община Красного Креста. Создание Общества Красного Креста (РОКК) – начало серьезной перестройки и дальнейшего развития системы общин сестер милосердия. Основные функции общества: подготовка квалифицированных медсестер и оказание бесплатной медицинской помощи. В других странах организации готовили сестер только для оказания помощи пострадавшим в условиях военных действий. Общины имели свой устав, это были богатые организации со своими лечебницами, амбулаториями, домами для проживания престарелых сестер. В 1913 году в ведении РОКК было 109 общин по всей России. В 1922 году Общество Красного Креста было реорганизовано в Общество Красного Креста и Красного Полумесяца.

1.3. Цели и задачи и сестринского дела. Современное сестринское дело

Сестринская помощь рассматривалась в рамках «ухода за больным». На протяжении многих десятилетий в нашей стране медсестру готовили только для выполнения различных вспомогательных функций. Отсутствие научных принципов и подходов к системе подготовки и использования сестринского персонала, неясные перспективы профессионального роста, тяжелые условия труда, и низкая оплата труда привели к тому, что в России профессия медсестры становилась все менее престижной, и социальный статус ее неуклонно снижался. В 1991 году организован факультет высшего сестринского образования в Москве (МГМА им. Сеченова, возглавила Г.М. Перфильева) и Самаре (СамГМУ, возглавил С.И. Двойников). В настоящее время на кафедре сестринского дела в СамГМУ работают известные доценты и профессора: Л.А. Карасева, Л.А. Лазарева, Е.Ю. Кичатова, А.И. Кузнецов, Ю.А. Вострецов и многие другие, которые внесли свой вклад в развитие факультета и сестринского дела в целом. В 1992 году создана Московская ассоциация медицинских сестер – первая ассоциация в России. В 1993 году в Голицыно был проведен Международный семинар по реформе сестринского образования и сестринской практики «Новые сестры для новой России».

Основные направления реформы сестринского дела в России:

1. Создать нормативно-правовую базу сестринского дела
2. Определить философию сестринского дела
3. Создать многоуровневую систему подготовки специалистов сестринского дела
4. Внедрить сестринский процесс в сестринскую практику.

Сегодня сестринское дело определяют как «обеспечение отдельных лиц, семей или групп населения медицинским уходом, связанным с восстановлением или сохранением здоровья». В 1994 году была создана Межрегиональная ассоциация медицинских сестер России.

1.4 Миссия сестринского дела

Миссия сестринского дела – оказание помощи конкретным людям, семьям и группам в определении и достижении их физического, умственного и социального потенциала в контексте той окружающей среды, в которой они живут и работают.

Задачи организации:

1. Повышение роли медицинской сестры в системе здравоохранения, поднятие престижности профессии.
2. Защита профессиональных прав
3. Повышение качества медпомощи
4. Улучшение условий труда и повышение зарплаты
5. Повышение уровня квалификации медсестер и их образования.
6. Возрождение традиций сестринского милосердия

В 1995 году выходит в свет журнал «Сестринское дело». В 1997 году Ассоциация медицинских сестер создает Этический кодекс медицинской сестры России.

В 1998 году прошел I Всероссийский съезд медицинских работников в Санкт – Петербурге. Одобрен проект Государственной программы развития сестринского дела в Российской Федерации. Внедрена многоуровневая подготовка специалистов сестринского дела - базовый уровень, повышенный уровень, высшее сестринское образование(ВСО).в 2000 году была проведена II Европейская конференция ВОЗ по сестринскому делу в Мюнхене. В России введена должность главного специалиста по сестринскому делу в Министерстве Здравоохранения РФ.

С 2000 года и по настоящее время данную должность занимает профессор, заведующий кафедрой сестринского дела в СамГМУ, директор института сестринского образования - Сергей Иванович Двойников. Большой вклад в развитие сестринского дела и образования специалистов со средним медицинским образованием вносят государственные образовательные учреждения среднего профессионального образования.

Контрольные вопросы:

- 1) Развитие и становление сестринского дела за рубежом.
- 2) Организация системы ухода за больными в начале XIX века в России
- 3) Заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле
- 4) Организация общин сестер милосердия в России
- 5) История создания Крестовоздвиженской общины сестер милосердия
- 6) История создания и задачи РОКК
- 7) Цели и задачи сестринского дела
- 8) Миссия сестринского дела

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 1. История сестринского дела

Цель: Изучение основных этапов становления сестринского дела как науки.

Студент должен знать: историю и задачи международного сотрудничества в области сестринского дела, заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле, историю создания и задачи сестринских общин в России, историю создания и задачи общественных организаций Красного Креста и Красного Полумесяца;

Студент должен уметь: анализировать и дифференцировать информацию по заданным направлениям.

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1. Первую общину сестер милосердия во Франции организовал

- А) В. Поль
- Б) Х. Оппель
- В) А. Дюнан
- Г) В. Грубер

2. Первая община сестер милосердия в России

- А) Георгиевская
- Б) Крестовоздвиженская
- В) Покровская
- Г) Свято-Троицкая

3. Сестра милосердия – русская героиня Крымской войны

- А) Е. Бакунина
- Б) Ю. Вревская
- В) Д. Севастопольская
- Г) С. Лебедева

4. Врач, руководивший деятельностью сестер в период Крымской кампании

- А) С.Боткин
 Б) Н. Склифосовский
 В) А. Доброславин
 Г) Н. Пирогов
- 5.Первую в мире школу для подготовки сестер милосердия в Лондоне открыла
 А) Д.Орем
 Б) Л.Мариллак
 В) В. Хендерсон
 Г) Ф. Найтингейл
- 6.Основоположник общества Красного Креста
 А) В.Поль
 Б) Х.Оппель
 В)А.Дюнан
 Г) В. Грубер
- 7.Год создания Российского Общества Красного Креста
 А) 1844г
 Б) 1854г
 В) 1863г
 Г) 1876г
8. Гипургия – это уход за:
 А) пожилым человеком
 Б) новорожденным
 В) больным
 Г) ранеными
- 9.Год создания первого факультета высшего сестринского образования в Москве
 А) 1988г
 Б) 1991г
 В) 1992г
 Г) 1996г

Задание 2.

Дополните правильный ответ:

- Первая община сестер милосердия была создана в _____ (страна).
- Первую общину сестер милосердия организовал священник _____
- Новый и качественный уход за больными и ранеными стал применяться при оказании медицинской помощи раненым в период _____ войны.
- Имя великой англичанки, являющейся символом милосердия во всем мире _____
- Указ Петра I о службе женщин при воспитательных домах вышел в ____ году.
- В 40-50 –х годах XIX века в России создаются общины _____
- Свято-Троицкая община была организована в городе _____
- Годы жизни Ф.Найтингейл 18__ ---19__.
- «Три столпа», на которые опирался в своей деятельности в годы Крымской войны выдающийся хирург Н.И.Пирогов, - это Екатерина _____,Екатерина _____,Елизавета _____
- Сестер милосердия в России стали называть медицинскими сестрами с 19__ года

Эталон ответов на задания по теме 1

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1	А
2	Б
3	А
4	Г
5	Г
6	В

7	Г
8	В
9	Б

Задание 2

Дополните правильный ответ:

1	Франции
2	Викентий Поль
3	Крымской
4	Флоренс Найтингйл
5	1715 г.
6	Сестер милосердия
7	Санкт-Петербурге
8	1820-1910 гг.
9	Бакунина, Хитрово, Карцева
10	1926 г.

Тема 2. ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

План и краткое содержание лекции:

1. Понятие философии сестринского дела
2. Содержание философии сестринского дела
3. Принципы и этические элементы философии сестринского дела
4. Программный документ «Философия сестринского дела в России»

«Ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека: его жизни и смерти».

Ф.Найтингейл

Философия, с греч. «любовь к мудрости», но это понятие включает в себе и уровень и степень мировоззрения человека. Классическое определение дает нам понятие и философии как о форме духовной деятельности, направленной на постановку, анализ и решение мировоззренческих вопросов, связанных с формированием целостного взгляда на мир и на место в нем человека.

В древности многие врачи обладали не только даром врачевания, но и даром сочинительства, музицирования. Гиппократ подчеркивал необходимость широко использовать философию в медицине и указывал на полезность применения медицинских сведений в философии: «Должно....переносить мудрость в медицину, а медицину в мудрость», он принимал только те философские положения, которые основывались на наблюдениях, на фактах, на опыте. Авиценна в свое время создал философскую медицинскую энциклопедию: «Книга исцеления».

Философия сестринского дела отражает мировоззрение сестры в отношении ее деятельности. Формирование целостного взгляда на сестринское дело, на роль и место в нем сестринского персонала.

В центре этой философии – человек, больной, здоровый или умирающий. Человек, обладающий биологическими, психологическими, социальными и духовными потребностями. Человек, имеющий право на активную, гармоничную жизнь и развитие, на получение сестринских услуг, независимо от вероисповедания и социального положения.

Человек – это целостная, динамическая, саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

Основными принципами философии сестринского дела являются – уважение к жизни, достоинству и правам пациента.

2.2. Принципы и этические элементы философии сестринского дела

Философия сестринского дела устанавливает:

1. Этические обязанности медицинской сестры по обслуживанию пациентов (соблюдать конфиденциальность, уважать автономию пациента, говорить правду и т.д.)
2. Цели, к которым стремится медицинская сестра (независимость, здоровье, знания, умение).
3. Моральные качества или добродетели (мудрость, сострадание, милосердие, терпение, гуманность).

Философия сестринского дела отражает:

1. Мировоззрение медицинской сестры

2. Формирование целостного взгляда на сестринское дело, роль медицинского персонала, место медицинского персонала среднего звена.

Основные принципы философии сестринского дела:

- Уважение к жизни пациента
- Уважение достоинства пациента
- Уважение прав пациента

Философия сестринского дела включает в себя 4 основных понятия:

1. Сестринское дело (наука и искусство)
2. Пациент (личность)
3. Окружающая среда (совокупность факторов)
4. Здоровье (динамическая гармония)

Пациент – человек, который нуждается в сестринском уходе и получает его.

Здоровье - это динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

Личность – общественная сущность человека

Окружающая среда – совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, затрагивающих активность человека

Сестра – специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую практику.

Сестринское дело – часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур пособий словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным.

Цель сестринского дела – осуществление сестринского процесса.

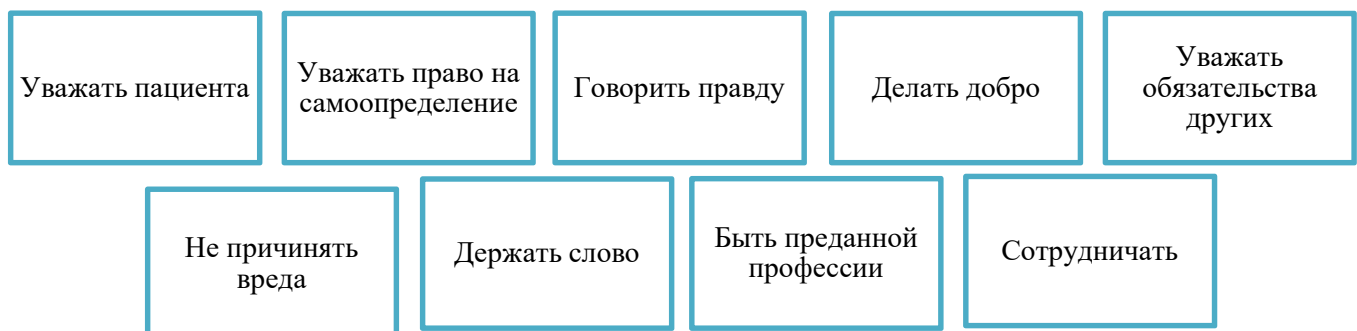
Объект деятельности сестринского персонала – пациент

Задача медсестры – выявление и решение проблем пациента ,связанных со здоровьем.

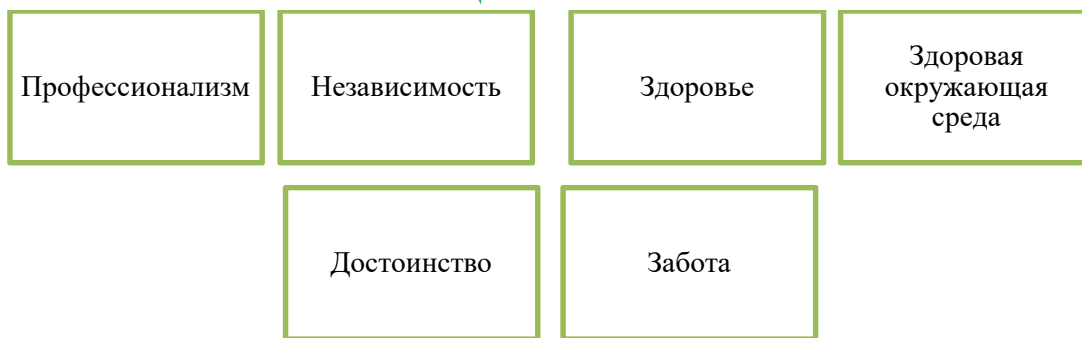
2.3 Программный документ « Философия сестринского дела в России»

Этические элементы философии сестринского дела

Обязанности



Ценности:



Добродетели:



Уровни деятельности медицинской сестры

1. Укрепление здоровья
2. Восстановление утраченных функций
3. Профилактика болезней и травм
4. Облегчение страданий

Благодеяние – этический принцип приносить добро другому, действие, направленное на благо другого человека или общности.

Благо – понятие, употребляемое для обозначения положительной ценности предметов и явлений.

Достоинство – совокупность высоких моральных качеств, а также уважение этих качеств в самом себе.

« Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку. Врач посредственный более вреден, чем полезен, - М.Я. Мудров.

Одной из составных частей философии является этический кодекс сестер – это этические принципы сформулированные представителями сестринской профессии для своих коллег в каждой из стран.

Этический кодекс состоит:

- Кодекс этики (нормы поведения медицинских сестер)
- Кодекс морали (моральные обязательства)

В «**Кодексе медсестер**» последней редакции об ответственности, сказано: «Основная ответственность медсестры касается укрепления здоровья, предотвращения заболеваний, восстановления здоровья и облегчения страданий». « Медсестра ответственна, прежде всего, перед теми людьми, которым требуется медицинский уход». « Медсестра несет личную ответственность за сестринскую работу и поддерживает свой профессиональный уровень путем постоянного обновления знаний.

«Медсестры разделяют ответственность с другими гражданами за инициирование и проведение действий, направленных на удовлетворение медицинских и социальных потребностей общества».

Контрольные вопросы

1. Дайте характеристику основным понятиям в философии сестринского дела.
2. Перечислите основные принципы философии сестринского дела.
3. В чем состоит миссия сестринского дела?
4. Перечислите задачи сестринского дела.
5. Назовите функции сестринского дела.
6. Охарактеризуйте этические элементы философии сестринского дела.

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 2. Философия сестринского дела

Цель: изучение основных понятий философии сестринского дела: человек, здоровье, сестринское дело, окружающая среда.

Студент должен знать: содержание философии сестринского дела, принципы и этические элементы философии сестринского дела, программный документ «Философия сестринского дела в России».

Студент должен уметь: осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1. Добродетель медицинской сестры
 - А) человеческое достоинство
 - Б) непричинение вреда
 - В) профессионализм
 - Г) милосердие
2. Обязанности медицинской сестры
 - А) здоровая окружающая среда
 - Б) уважение прав пациента
 - В) милосердие и терпение
 - Г) независимость и достоинство
3. Этический компонент сестринского дела
 - А) экология
 - Б) валеология
 - В) ценности
 - Г) деонтология
4. Этические ценности медицинской сестры
 - А) здоровье и здоровая окружающая среда
 - Б) личные качества
 - В) черты характера
 - Г) деятельность
6. Личные качества медицинской сестры
 - А) человеческое достоинство
 - Б) уважение прав человека
 - В) целеустремленность и терпение
 - Г) профессионализм и забота
7. Цель, к которой стремится медицинская сестра
 - А) преданность
 - Б) целеустремленность
 - В) правдивость
 - Г) независимость

8. В каком году был принят Программный документ «Философия сестринского дела».

- А) Москва, 1991 год
- Б) Голицыно, 1993 год
- В) Санкт – Петербург, 1991год
- Г) Екатеринбург, 1995 год

9. Философия сестринского дела базируется на понятии

- А) сестринское дело
- Б) право пациента
- В) уважение обязательств
- Г) преданность

10. пациент в сестринском деле – человек, нуждающийся в..

- А) реабилитации
- Б) лечении
- В) уходе
- Г) профилактике

Задание 2.

Отметьте правильные утверждения знаком «+»

1. Философия сестринского дела – взгляд медицинской сестры на профессию.
2. Центром философии сестринского дела является медицинская сестра.
3. Цель философии сестринского дела – уважение к жизни, достоинству, правам человека.
4. Сестринское дело - это наука и искусство, направленные на решение проблем пациента со здоровьем.
5. Философия сестринского дела базируется на понятиях: врач, пациент, общество, здравоохранение.

Эталон ответов на задания по теме 2.

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1	Г
2	Б
3	В
4	А
5	А
6	В
7	Г
8	Б
9	А
10	В

Задание 2.

Отметьте правильные утверждения знаком «+»

№1	№2	№3	№4	№5
+			+	

Тема 3. ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

План и краткое содержание лекции:

1. Профессиональное общение в сестринском деле
1. Уровни общения
2. Психологические типы собеседников
3. Средства общения

Единственная настоящая роскошь – это роскошь человеческого общения.

А. Сент – Экзюпери

3.1 Профессиональное общение в сестринском деле

Коммуникация имеет большое значение в жизни каждого человека, и тем более в работе медицинской сестры поскольку общение в медицине это контакт человека с человеком врача или медсестры с пациентом и его родственниками.

Общение – сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку стратегий взаимодействия, восприятие и понимание людьми друг друга.

Общение медсестры с пациентом – процесс установления и развития контактов с целью достижения оптимального уровня жизнедеятельности пациентов.

Часто общение медсестры с пациентом происходит когда пациент расстроен подавлен агрессивен испытывает физические психологические трудности. Очевидно что медсестрам требуются специальные знания и умения чтобы общение оказало максимальную помощь и поддержку пациентам.

Компоненты общения:

1. **Коммуникативный** – обмен информацией между сестрой и пациентом.
2. **Перцептивный (перцепция)** – представление, понимание) – процесс восприятия и понимания собеседников при общении.
3. **Интерактивный(интеракция)** – взаимодействие партнеров для организации совместной деятельности и разработки общей линии поведения.

Виды общения:

1. **Деловое** – общение партнеров по вопросам совместной деятельности
2. **Ролевое** – коммуникация людей определена социальной ролью собеседников
3. **Личностно-ориентированное** – общение между партнерами с учетом знаний индивидуальных особенностей личности

3.2 Уровни общения

Уровни общения

- **Внутриличностное** (внутренний диалог) – мысленное общение человека с самим собой: анализ ситуации, разработка идей, планирование действий.
- **Межличностное** – обмен информацией с коллегами, друзьями, родственниками.
- **Общественное** – взаимодействие одного человека с группой людей, коллективом, большой аудиторией.

Американский исследователь Лассуэлл предложил модель коммуникативного процесса из пяти элементов:

Отправитель – кто передает информацию

Сообщение – посылаемая информация

Канал – форма отправки сообщения

Получатель – кому посылается сообщение

Подтверждение – эффективность сообщения

В процессе общения различают **5 стилей общения**:

Авторитарный, уступки, компромисса, сотрудничества, избегания.

3.3 Психологические типы собеседников

Для каждого пациента медсестра должна найти свой индивидуальный подход и только тогда возможно эффективное терапевтическое общение. В зависимости от конкретной ситуации это поможет ей быть более гибкой в понимании людей.

Отечественный психолог А.Б. Добрович определил 6 типов собеседников.

1. Доминантный собеседник – характеризуется отсутствием в манере поведения такта, уместности обращения к собеседнику. Основное желание подобного пациента – это оставить впечатление своего превосходства. В общении перебивает собеседника, слушает только себя, трудно признает свою неправоту,

Задача медицинского работника: своевременно распознать этот психологический тип, проявить выдержку и такт в общении с ним. Следует дать возможность проявить и деликатно склонить на свою сторону в определенной ситуации.

2. Недоминантный собеседник – полная противоположность доминантного типа собеседника. Обычно такой человек довольно застенчив, чувствует неловкость при обращении к другим людям. Деликатный тактичный человек, предупредительный, чуткий по отношению к другим людям.

Задача медицинского работника: необходимо поощрение, подбадривание и поддержка. Необходимо помнить об особенностях данного типа и учитывать их в общении с такими пациентами.

3. Мобильный собеседник – человек легко переключается с любого вида деятельности на процесс общения и на собеседника. Но затем он так же легко может отвлечься от беседы и переключиться на какую – либо деятельность. В процессе общения живо участвует мимикой, жестами, интонацией, речь. Задача медицинского работника: начать общение с определенной перестройки под его темп и ритм, постепенно замедляя скорость и мягко направляя обсуждение проблемы в нужное русло.

4. Ригидный собеседник – основателен в общении, слушает партнера внимательно, реагирует вдумчиво, объясняет свои мысли подробно, может обидеться, если его торопят с ответом. Трудно «переключается»

с одного дела на другое, долго «прокручивает» в сознании все детали и нюансы беседы.

Задача медицинского работника: не торопить пациента с ответами на вопросы, дать определенное время для формулировки ответов.

5. Экстравертивный собеседник - коммуникабелен, внимателен, дружелюбен, жаждет получить то же и от других. На свое здоровье мало обращает внимания.

Задача медицинского работника: найти общие темы для диалога и настроить собеседника на осознание важности собственного заболевания и методов лечения.

6. Интровертивный собеседник - не склонен к внешним контактам, общению. Собственные ценности выше ценностей объекта, обращает внимание не на людей, а на свои чувства. Узкий круг общения. Не выносит поверхностного общения.

Задача медицинского работника: настроить общение в доброжелательное «русло», быть особенно корректными и внимательными.

3.4 Средства общения

Вербальные средства	Невербальные средства
речь	Визуальные Акустические Тактильные Ольфакторные

Невербальные средства общения

Визуальные:

- Движения и жесты
 - движения (кинезика) – перемещение в пространстве всего тела.
 - жесты – движение различных частей тела(головы, плеч,рук).
- Мимика – выражения лица, глаз. – определенный имидж человека, выражающий эмоциональное состояние(гнев, радость, страх, страдание, удивление, отвращение
- Направление взгляда, визуальный контакт –экстраверты смотрят на собеседника пристальнее и дольше.
- Кожные реакции: покраснение, побледнение
- Вспомогательные средства общения – особенности телосложения, возраст, пол, одежда, прическа, косметика, очки, татуировка).
- Проксемика – расстояние до собеседника, угол поворота, персональное пространство

Зоны комфорта

менее 15 см	15-45 см	0,46-1,2 см	1,2-3,6см	более 3,6
сверхинтимная	интимная	личная	социальная	общественная

Акустические:

- Связанные с речью: интонация, паузы, тембр голоса, скорость речи.
- Не связанные с речью: одышка, удушье, кашель, плач, стон, вздох, восклицания.

Тактильные (связанные с прикосновением):

- физическое воздействие (сопровождение слепого за руку, пальпация пульса, живота, перкуссия легких, сердца).

Ольфакторные (связанные с запахом):

- Естественные (приятные, неприятные)
- Искусственные (духи, косметика)

Правила профессионального общения с пациентом

1. Представиться пациенту: указать имя, отчество и должность.
2. Смотреть в глаза на одном уровне; если пациент лежит – сесть на стул
3. Проявлять доброжелательность
4. Создать приятную атмосферу общения
5. Обеспечить конфиденциальность беседы
6. Говорить на доступном для пациента языке
7. Поощрять пациента задавать вопросы
8. Уметь слушать

Способность эффективно общаться – это искусство, которым должен владеть каждый специалист. Общение позволяет установить необходимые и результативные контакты и связи как в личной, так и деловой жизни.

Контрольные вопросы

1. Перечислите виды и компоненты общения
2. Назовите уровни общения
3. К элементам эффективного общения относят:
4. Охарактеризуйте психологические типы собеседников
5. Перечислите правила профессионального общения

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 3. Общение в сестринском деле

Цель: изучение основных понятий, входящих в термин « профессиональное общение»

Студент должен знать: виды и компоненты общения, элементы эффективного общения, типы и средства общения факторы, способствующие или препятствующие общению, критерии эффективности общения

Студент должен уметь: использовать правила эффективного общения при осуществлении профессиональной деятельности в рамках установления доброжелательных отношений с пациентами.

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1. Перцептивное общение это процесс
 - А) обучения пациента
 - Б) восприятия другого человека
 - В) обмена информацией
 - Г) взаимодействия партнеров
2. Вербальное средство общения
 - А) плач
 - Б) смех
 - В) язык
 - Г) поза
3. К компонентам общения следует отнести:
 - А) формальный
 - Б) ролевой
 - В) интерактивный
 - Г) коллегиальный
4. Уровнем общения из перечисленных является:
 - А) внутриличностный
 - Б) формальный
 - В) неформальный
 - Г) перцептивный
5. Средством общения является:
 - А) вербальное
 - Б) внутриличностное
 - В) межличностное
 - Г) дружеское
6. Невербальное средство общения
 - А) язык
 - Б) речь
 - В) мышление
 - Г) поза
7. Тактильное средство общения
 - А) выражение лица
 - Б) движение руки
 - В) пальпация печени
 - Г) поворот головы
8. Визуальное средство общения

- А) плач
 - Б) рукопожатие
 - В) мимика
 - Г) запах
9. акустическое средство общения

- А) запах
- Б) кашель
- В) поза
- Г) прикосновение

10 Интонация – средство общения

- А) визуальное
- Б) акустическое
- В) тактильное
- Г) ольфакторное

Задание 2.

Дополните правильный ответ

1. Общение – сложный, многоплановый процесс _____ и _____ контактов между людьми.
2. _____ - процесс восприятия и понимания людьми друг друга.
3. _____ - взаимодействие партнеров для планирования и организации совместной деятельности.
4. Американский исследователь Лассуэл предложил модель _____ процесса.
5. Невербальные _____ средства общения: поза пациента, выражение лица, взгляд.

Эталон ответов

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1	Б
2	В
3	В
4	А
5	А
6	Г
7	В
8	В
9	Б
10	Б

Задание 2.

Дополните правильный ответ

1	установления и развития
2	перцепция
3	интеракция
4	коммуникативного
5	визуальные

Тема 4. ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

План и краткое содержание лекции:

1. Образование в сестринском деле
2. Обучение в сестринском деле
3. Деятельность сестры в обучающем процессе

Лучший способ научиться помогать – это самому стать лучше.

Но стать лучше можно, только помогая другим.

Поэтому необходимо делать и то и другое одновременно.

А. Маслоу

3.1 Образование в сестринском деле

Процесс обучения пациента или его родственников зависит от профессионализма медицинской сестры, ее опыта, знаний и умений.

Педагогика – наука о воспитании человека, включает процесс образования и обучения.

Обучение – целенаправленно организованный, планомерно и систематически осуществляемый процесс овладения знаниями и умениями под руководством опытных лиц.

Цель сестринской педагогики – обеспечить достойную жизнь пациенту в новых для него условиях в связи с заболеванием, что бы жить в гармонии с окружающей средой.

Обучение в сестринском деле – это совместная деятельность медсестры и пациента для получения знаний, формирования умений и навыков у пациента.

Задачи обучения в сестринском деле:

1. Удовлетворять нарушенные потребности пациента, то есть обучить пациента к самоуходу.
2. Адаптировать пациента к болезни и способствовать повышению качества его жизни.
3. Пропагандировать здоровый образ жизни или корректировать существующий.

Сферы обучения:

- Познавательная – позволяет анализировать факты и информацию, абстрактно мыслить использовать полученные из окружающей среды знания и впечатления.
- Эмоциональная – характеризует настроение личности. Человек, получив информацию, изменяет свое поведение, выражает это чувствами, мыслями, мнениями и оценкой каких- то факторов.
- Психомоторная – изменяет настроение, чувства, двигательную активность пациента в зависимости от общего самочувствия, нервно- психических и соматических заболеваний.

Функции обучения:

- Образовательная – стремление к получению знаний и приобретению умений и навыков. Навык – высшее проявление умения, способность выполнять действия самостоятельно.
- Развивающая – способность применять знания и умения на практике.
- Воспитательная – целенаправленное развитие личности.

Методы обучения:

1. Словесный – мини-лекция, беседа, рассказ по интересующему вопросу.
2. Наглядный – медицинский атлас, научно-популярная литература, таблицы, видеофильм, предметы ухода, муляжи, фантомы, тренажеры.
3. Практический – отработка манипуляций: выполнение инъекций, подача грелки, пузыря со льдом, постановка компрессов, измерение АД.

Методы обучения – взаимодействие медсестры и пациента при изучении учебного материала, направленное на достижение желаемого результата.

Приемы обучения – действия направленные на достижение желаемого результата в обучении:

- Наблюдение – восприятие
- Запоминание – повторение
- Анализ – обобщение, коррекция

Факторы обучения:

- Желание и готовность(пациента, родственника)
- способность к обучению(возраст, физическое состояние)
- окружающая обстановка (время, температура, тишина, мебель, музыка, освещение).

Деятельность сестры в обучающем процессе

1. Оценить потребность собеседника в обучении
2. Мотивировать необходимость обучения
3. Оценить исходный уровень знаний умений и способность к обучению
4. Выбрать удобное место и время
5. Составить совместно с пациентом индивидуальный план обучения.
6. Контролировать и поощрять работу пациента создавать благоприятную для обучения обстановку.
7. Реализовать индивидуальный план совместно с пациентом или его родственниками.
8. Оценить качество и эффективность обучения.

4.2 Деятельность сестры в обучающем процессе

Роль медицинской сестры в обучении:

- **Что делать:** информировать о лекарствах, необходимости лечебных процедур, врачебных рекомендациях по повышению качества жизни пациента.
- **«Адреса» педагогических действий:** сам пациент, коллеги, родственники пациента.
- **Почему делать:** сохранить и укрепить здоровье.
- **Как делать:** грамотно, четко, наглядно продемонстрировать умения.

Личностные качества медицинской сестры в процессе обучения:

Общительность, тактичность, профессионализм, наблюдательность, доброта, отзывчивость, настойчивость, терпимость, ответственность, умеренное чувство юмора.

Медицинская сестра проводит обучение пациента последовательно:

- ✓ На **1 этапе** оценивает потребности пациента, его семьи в обучении; оценивает исходный уровень знаний и умений, готовность пациента к обучению.
- ✓ На **2 этапе** определяет проблемы пациента.
- ✓ На **3 этапе** формулирует цели и составляет индивидуальный план с использованием конкретных методов и приемов обучения.
- ✓ На **4 этапе** реализует план сестринских вмешательств
- ✓ На **5 этапе** оценивает качество, и эффективность обучения при необходимости его корректирует.

Обучение необходимо пациенту и его родственникам для достижения поставленных целей по усвоению определенных заданий и овладению необходимыми умениями.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятия «сестринское обучение»
2. Перечислите задачи обучения в сестринском деле.
3. Назовите функции обучения.
4. Перечислите личностные качества медицинской сестры в процессе обучения.

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 4. Обучение в сестринском деле

Цель: изучение основных понятий: сестринская педагогика, обучение в сестринском деле, методы и средства обучения.

Студент должен знать: функции обучения, приемы обучения, деятельность медицинской сестры в обучающем процессе, « адреса» педагогических действий.

Студент должен уметь: составить план занятия в школах «здоровья», с использованием методов обучения.

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1. Основное условие сестринской деятельности

- А) эмоциональная неустойчивость
- Б) жесткость руководства
- В) узкая эрудиция
- Г) профессиональная компетенция

2. Назовите функции обучения

- А) образовательная
- Б) познавательная
- В) чувственная
- Г) психомоторная

3. Неблагоприятный фактор обучения

- А) недостаточная вентиляция
- Б) тишина
- В) усталость
- Г) достаточное освещение

4. Количество этапов учебного процесса

- А) 5
- Б) 4
- В) 3
- Г) 2

5. Третий этап учебного процесса

- А) оценка результатов обучения
- Б) оценка исходного уровня знаний
- В) планирование обучения
- Г) реализация планов обучения

Задание 2.

Решите ситуационные задачи.

Задача 1

Участковая медсестра посетила на дому пациентку Н., 75 лет, с резким понижением зрения, страдающую тяжелым заболеванием бронхолегочной системы. В семье пациентки проживает ее внучка, учащаяся 10 класса. Пациентка предъявляет жалобы на слабость, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой и ей кажется, что по вечерам у нее повышается температура тела, а иногда и днем познабливает.

Медсестра осмотрела пациентку: кожные покровы на ощупь несколько горячее, чем в норме. Дыхание 18 в минуту, пациентка во время осмотра кашляет, кашель влажный, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. Медсестра посоветовала измерять температуру тела каждые 3 часа, обещала навестить ее снова через пару дней и прислать участкового врача, на что пациентка отвечает: «да я не помню, какая температура утром и вечером, а Вы говорите каждые 3 часа. Сама не смогу, плохо вижу. Мне внучка поможет».

1. Определите проблемы пациента

2. Составьте план сестринского вмешательства по проблеме

Задача 2

Пациентка Н., 40 лет, прикована к инвалидной коляске в результате тяжелой травмы поясничного отдела позвоночника, которую она получила много лет назад во время выполнения прыжка с брусьев и неудачного приземления. Долго и упорно лечилась, перенесла несколько операций, но инвалидная коляска теперь ее средство передвижения, как по дому, так и вне дома. Пациентка смирилась, научилась хорошо справляться с коляской, адаптировалась к новому способу удовлетворения потребности двигаться. Но, в последнее время у нее стала увеличиваться масса тела, и постоянно беспокоят перебои в области сердца. При осмотре: пациентка повышенного питания, кожные покровы бледные, дыхание 18 в минуту, пульс 102 удара в минуту, аритмичный, АД 120/75 мм.рт.ст. Врач назначил лечение и сказал: «Принимайте лекарство под контролем частоты пульса». При повторном посещении пациентки на дому медсестра выяснила, что лекарства пациентка приобрела, а как контролировать свой пульс, не знает.

1. Определите проблемы пациента
2. Составьте план сестринского вмешательства по проблеме

Эталон ответов

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1	Г
2	А
3	В
4	А
5	В

Задание 2

Решите ситуационные задачи

Задача 1

1. Факторы, способствующие обучению
 - молодой возраст
 - желание научиться
 - стремление помочь родному человеку

Проблема	Цель	Индивидуальный план обучения	Оценка результата
Дефицит знаний по измерению температуры тела в подмышечной впадине	Обучить внучку пациентки правилам измерения температуры тела в подмышечной впадине	1. Выбрать удобное время и место обучения; 2. Провести беседу по вопросам соблюдения техники безопасности при работе с ртутьсодержащими средствами; 3. Научить проводить обработку рук; 4. Обучить методике измерения температуры тела в подмышечной впадине; 5. Предложить и записать алгоритм манипуляции в виде памятки; 6. продемонстрировать последовательность действий; 7. Дать возможность внучке пациентки повторить алгоритм выполнения манипуляции, провести коррекцию по ходу выполнения; 8. Выполнить манипуляцию самостоятельно в присутствии медсестры	Внучка пациентки, учащаяся 10 класса научилась измерять температуру тела в подмышечной впадине

Задача 2

1. Факторы, способствующие обучению

- молодой возраст

- желание научиться

- стремление помочь родному человеку

Проблема	Цель	Индивидуальный план обучения	Оценка результата
Дефицит знаний по измерению артериального пульса на лучевой артерии	Обучить пациентку правилам измерения пульса на лучевой артерии	1. Выбрать удобное время и место обучения; 2. Научить проводить обработку рук; 3. Обучить методике измерения пульса на лучевой артерии 4. Предложить и записать алгоритм манипуляции в виде памятки; 5. Продемонстрировать последовательность действий; 6. Дать возможность пациентки повторить алгоритм выполнения манипуляции, провести коррекцию по ходу выполнения; 7. Выполнить манипуляцию самостоятельно в присутствии медсестры.	Пациентка научилась измерять артериальный пульс на лучевой артерии

Тема 5. ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

План и краткое содержание лекции:

1. Жизненные потребности человека
2. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу
3. Устройство личности человека

Человек – целый мир,
было бы только основное
побуждение в нем благородно.

Ф.М.Достоевский

5.1 Жизненные потребности человека

Потребность – это состояние, вызванное необходимостью в определенных условиях жизни и развития человека.

Потребности – источник активности и деятельности людей.

Формирование происходит в процессе воспитания и самовоспитания – приобщения к миру человеческой культуры.

Потребность – это осознаваемый дефицит чего-либо, отражаемый в восприятии человека.

В 1943 году американский психофизиолог русского происхождения **Абрахам Маслоу**, проводил исследования побудительных мотивов поведения человека и разработал одну из теорий потребностей поведения человека. Создавая свою теорию мотивации в 40-е годы, Маслоу признавал, что люди имеют множество различных потребностей, но полагал также, что эти потребности можно разделить на пять основных категорий. Эта мысль была детально разработана его современником, психологом из Гарварда, Мурреем.

5.2. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу

1 уровень- физиологические потребности – это потребности в еде, воде, убежище, отдыхе.

2 уровень - потребности в безопасности и уверенности - потребности в защите от физических и психологических опасностей со стороны окружающего мира и уверенность в том, что физиологические потребности будут удовлетворены в будущем.

3 уровень - социальные потребности, иногда называемые потребностями в причастности, - это понятие, включающее чувство принадлежности к чему или кому-либо, чувство, что тебя принимают другие, чувства социального взаимодействия, привязанности и поддержки.

4 уровень - потребности в уважении – это потребности в самоуважении, личных достижений, компетенции, уважении со стороны окружающих, признании.

5 уровень - потребности самовыражения - потребность в реализации своих потенциальных возможностей и росте как личности.

Согласно теории Маслоу эти потребности можно расположить в виде строгой иерархической структуры (см. рис.1), в которой он показал зависимость потребностей высшего или вторичного уровня от потребностей низшего или первичного уровня.

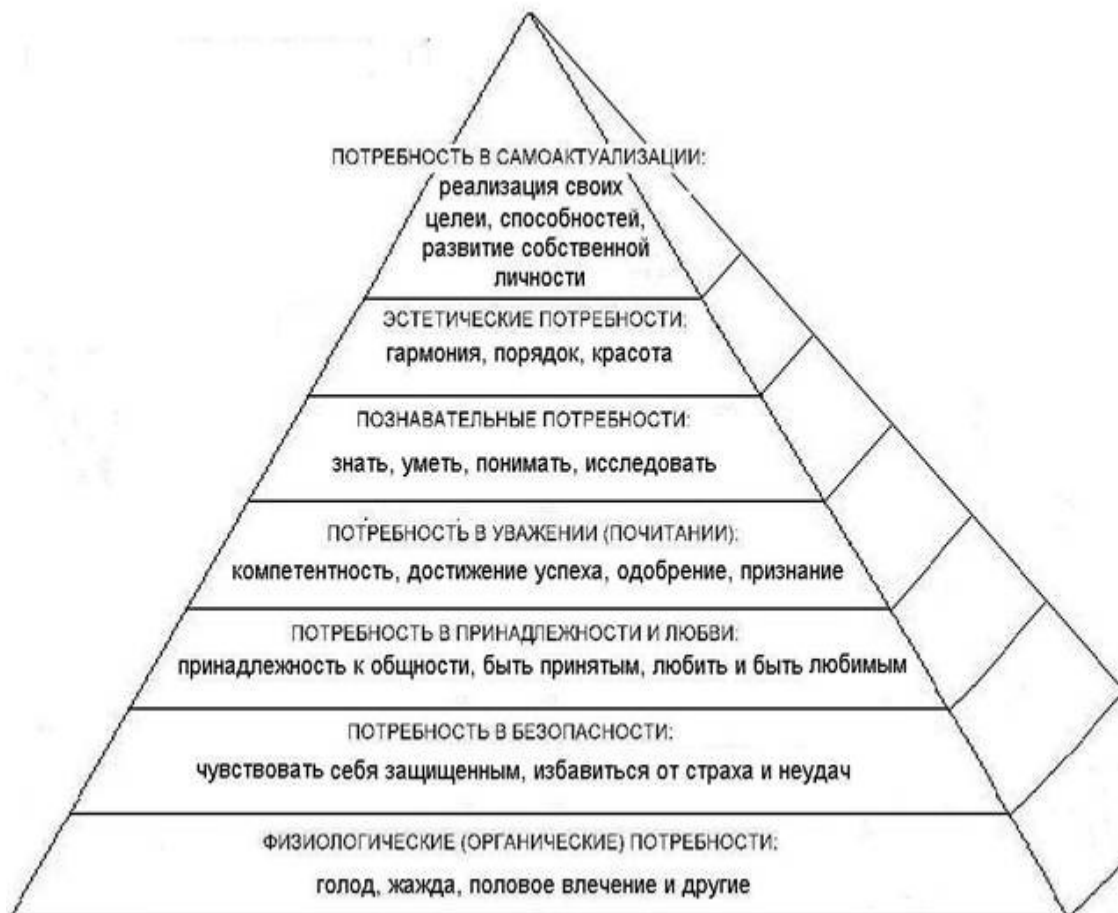


рис.1. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу

Возможность удовлетворять свои потребности у людей зависит от следующих общих факторов: возраст, окружающая среда, знания, умения, желания и способности человека.

Медицинская сестра должна побуждать пациента и членов его семьи к удовлетворению потребностей в самоуходе, помогать сохранить самостоятельность и независимость.

Основу теории В.Хендерсон составляет понятие жизненных потребностей человека. Осознание этих потребностей и помощь в их удовлетворении являются предпосылками для действий медсестры, обеспечивающих пациенту здоровье, выздоровлению или достойную смерть.

В. Хендерсон приводит 14 фундаментальных потребностей пациента:

- Нормально дышать
- Употреблять достаточное количество жидкости и пищи
- Выделять из организма продукты жизнедеятельности
- Двигаться и поддерживать нужное положение
- Спать и отдыхать
- Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду
- Поддерживать температуру тела в нормальных пределах
- Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде
- Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасности для других людей
- Поддерживать общение с другими людьми
- Совершать религиозные обряды в соответствии со своей верой
- Заниматься любимой работой
- Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх

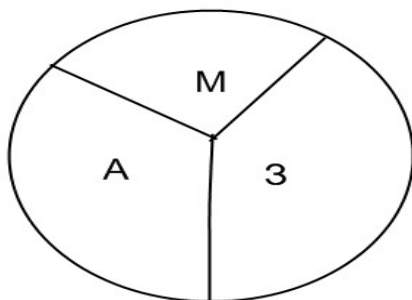
- Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

В своей модели сестринского дела В.Хендерсон отвергает иерархию потребностей и считает, что сам пациент определяет приоритетность нарушенных потребностей.

Каждый человек и его родственники не могут сохранить равновесие между его потребностями и возможностями в самоуходе и потребности самоухода превышают возможности самого человека, возникает необходимость в сестринском вмешательстве.

Данная модель получила наибольшее признание и рекомендована ВОЗ для применения в практической деятельности сестер.

5.3 Устройство личности человека



З -ЗНАНИЕ
М-МИРОВОЗРЕНИЕ
А -СОЦАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ|
З+А-М=КАРЬЕРИЗМ
М+А-З=ФАНАТИЗМ
З+М-А="ГНИЛАЯ ИНТЕЛЛИГЕНЦИЯ"

Контрольные вопросы

- Дайте определение понятию «потребность» .
2. Объясните в чем заключается сущность иерархии потребностей по А.Маслоу
 3. Охарактеризуйте первый уровень потребностей человека по теории А. Маслоу.
 4. Дайте определение понятию «нарушение потребности»

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 5. Основные потребности человека

Цель: изучение основных теорий и классификации потребностей.

Студент должен знать: понятие потребностей, основные теории и классификации потребностей, сущность теории потребностей А.Маслоу, характеристика основных потребностей человека, роль медицинской сестры в восстановлении и поддержании независимости пациента в удовлетворении его основных потребностей

Студент должен уметь: определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья.

Студент должен иметь практический опыт: выявления нарушенных потребностей пациента, оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий, планирования и осуществления сестринского ухода, ведения медицинской документации.

Задание 1

Выберите один правильный вариант ответа

1. Иерархия основных человеческих потребностей предложена американским психологом
 - А) Хендерсон
 - Б) Маслоу
 - В) Поттер
 - Г) Джемс
2. Количество фундаментальных потребностей человека по В. Хендерсон
 - А) 3

Б)5

В)10

Г)14

3.Первичные потребности по Маслоу

А) физиологические

Б) социальные

В) уважения

Г) самоуважения

4. Количество уровней основных жизненно важных потребностей по А. Маслоу

А)3

Б)5

В)10

Г) 14

5.На вершину пирамиды А. Маслоу поставил

А) образование

Б) успех

В) уважение

Г) самоактуализация

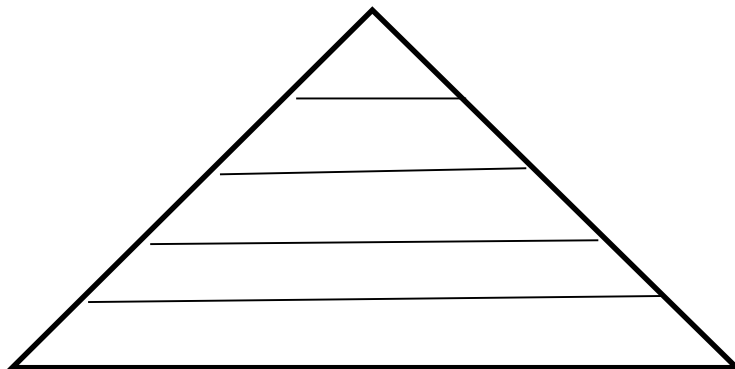
Задание 2

Перечислите уровни иерархии человеческих потребностей по А. Маслоу:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Задание 3

Заполните ступени пирамиды потребностей (по А. Маслоу):



Задание 4

Установите соответствие:

Нарушение потребностей

1) Физиологических

2) Безопасности

3) Социальных

Проблемы пациента

а) запор

б) одышка

в) одиночество

г) снижение зрения

д) потеря жилья

е) гипертермия

Эталон ответов

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1	Б
2	Г
3	А
4	Б
5	Г

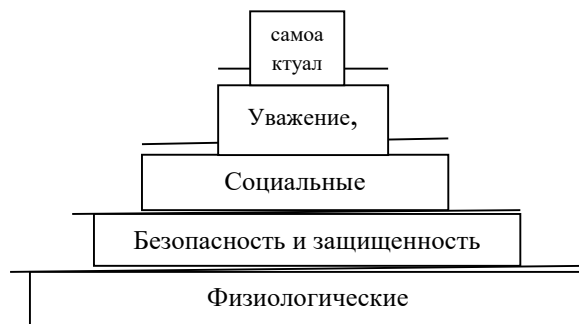
Задание 2

Перечислите уровни иерархии человеческих потребностей по А. Маслоу:

1. Физиологические
2. Безопасность и защищенность
3. Социальные
4. Уважение окружающих, самоуважение
5. Самовыражение, самоактуализация

Задание 3

Заполните ступени пирамиды потребностей (по А. Маслоу):



Задание 4

Установите соответствие:

1	2	3
АБГЕ	Д	В

Тема 6. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

План и краткое содержание лекции:

1. Основные модели сестринского дела
2. Основные положения и эволюция сестринского дела
3. Компоненты модели сестринского дела
4. Добавочно-дополняющая модель В. Хендерсон
5. Модель сестринского ухода Н. Роупер
6. Модель дефицита самоухода Д. Орэм
7. Модель Д. Джонсон, направленная на изменение поведения человека
8. Адаптационная модель К. Рой
9. Модель М. Аллен, направленная на укрепление здоровья

Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход.
Европейское региональное бюро ВОЗ по сестринскому делу

6.1. Основные положения и эволюция сестринского дела

Развитие медицины, изменение взглядов на место и роль медицинской сестры в системе здравоохранения, формирование сестринского дела как самостоятельной профессии послужили причиной создания моделей сестринского дела, применение которых позволило развивать не только теорию, но и практику сестринского дела.

В настоящее время разработано множество концептуальных моделей сестринского дела. В литературе понятия «модель» и «теория» часто используются как синонимы. Однако большинство авторов сходятся во мнении, что особенностью концептуальной модели является то, что она позволяет выявить относящиеся к проблеме элементы и исключить те из них, которые к делу не относятся.

Исторически сложилось так, что четкого описания моделей сестринского дела даже в зарубежной литературе не было до начала 1970-х гг. В настоящее время единый подход к определению природы и структуры сестринского дела отсутствует.

Каждая модель отражает различия в понимании авторами не только термина «сестринское дело», но и понятий «пациент», «здоровье», «окружающая среда».

Автор одной из моделей считает, что медицинская сестра должна помогать пациенту удовлетворять потребности, связанные с самоуходом, и оказывать ему помощь, пока это будет необходимо. По другой модели медицинская сестра помогает адаптироваться к жизненным стрессам, чтобы пациенту легче было переносить заболевания, ими вызванные (гипертоническая, язвенная болезнь, один из типов сахарного диабета, некоторые заболевания щитовидной железы, ишемическая болезнь сердца и др.).

Модель сестринского дела должна, прежде всего, учитывать конкретные условия страны, для которой она разрабатывается:

- принципы, задачи и состояние системы здравоохранения;
- демографические показатели;
- социально-экономическое состояние общества;
- доминирующие морально-этические принципы, культуру.

Модель сестринского дела должна быть ориентирована:

- на человека, а не на болезнь;
- сохранение здоровья человека, улучшение качества жизни и независимость от болезни;
- нарушенные потребности и возникающие проблемы;
- определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь;
- решение проблем, связанных со здоровьем человека, семьи, групп людей и общества.

Компонентами модели сестринского дела являются: 1) пациент как объект деятельности сестринского персонала;

- 2) источник проблем пациента;
- 3) цели и задачи ухода (сестринской помощи);
- 4) роль медицинской сестры;
- 5) направленность сестринской помощи;
- 6) способы оказания сестринской помощи;
- 7) оценка качества и результатов ухода.

Добавочно – дополняющая модель Вирджинии Хендерсон

Модель, предложенная **В.Хендерсон** (1966), акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, психологических, социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одним из непременных условий этой модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

Пациент. Сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Источник проблем пациента. Источником проблем пациента являются обстоятельства, условия, перемены в жизни, когда человек не может осуществлять уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания. Физиологические и интеллектуальные возможности человека также могут влиять на способности человека удовлетворять свои фундаментальные потребности.

Цели и задачи ухода. Восстановление независимости пациента медицинской сестре следует ставить только долгосрочные цели. Краткосрочные и промежуточные цели можно формулировать, но только при острых состояниях. В. Хендерсон также рекомендует составлять план сестринской помощи письменно, изменяя его по мере оценки результатов. Приоритетной задачей медицинской сестры является восстановление независимости пациента при удовлетворении им 14 жизненно важных потребностей.

Роль медицинской сестры. Самостоятельно и независимо решать вопросы по удовлетворению нарушенных жизненно важных потребностей человека; **Направленность сестринской помощи.** Предполагает удовлетворение биологических, психологических, социальных потребностей пациента и его привлечение к планированию и осуществлению ухода.

Способы оказания сестринской помощи. Контроль за приемом лекарственных средств и выполнение процедур, назначенных врачом, а также привлечение больного и его семьи к процессу ухода.

Оценка качества и результатов ухода. Удовлетворены все жизненно важные потребности, в отношении которых были предприняты действия медицинской сестры.

Модель сестринского ухода Н. Роупер

Н. Роупер в 1976 г. предложила модель сестринского ухода. **Пациент.** Рассматривая человека как объект сестринской деятельности, Н.Роупер выделила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей), одни из них необходимы для поддержания жизни, другие же являясь необходимыми для жизнедеятельности, влияют на её качество. Часть из них имеет физиологическую основу, другая — культурную и социальную. Степень удовлетворения тех или иных видов жизнедеятельности зависит от возраста человека, его социальной статуса и культурного уровня.

Источник проблем пациента.

- инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
- патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- несчастный случай;

- инфекционные заболевания;
- последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.

Эти факторы могут сделать человека частично или полностью зависимым.

Цели и задачи ухода. Первичная оценка состояния пациента,

Роль медицинской сестры. Независимая, зависимая и взаимозависимая роли медицинской сестры. Независимая роль заключается в оценке совместно с пациентом его состояния, планировании и осуществлении сестринской помощи и оценке результатов ухода. Зависимая роль подразумевает помощь врачам при тех или иных процедурах, а также выполнение назначений лечащего врача. Взаимозависимая роль возникает при работе в составе бригады других специалистов.

Направленность сестринской помощи. Совместно с пациентом последовательно оценивает его возможности в удовлетворении потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы больного.

Способы оказания сестринской помощи. Медицинская сестра выбирает способы помощи, направленные на удовлетворение потребностей. Это может быть расширение степени подвижности, уменьшение тревоги, обучение навыкам общения, самоухода и т.д.

Оценка качества и результатов ухода. Степень удовлетворения каждой потребности в соответствии с поставленными целями.

Модель дефицита самоухода Д.Орэм

Модель дефицита самоухода Д.Орэм основана на принципах самоухода (самопомощи), которые Д.Орэм определяет как деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно. В то же время она уделяет большое внимание и сестринской помощи в профилактике заболеваний, при травмах и в обучении. Д.Орэм придаёт большое значение личной ответственности человека за сохранение собственного здоровья.

Пациент. Единая функциональная система, имеющая мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет самоход независимо от того, здоров он или болен, т.е. его возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии.

Потребности в самоуходе Д.Орэм подразделяет на три группы:

- Универсальные: достаточное потребление воздуха; достаточное потребление жидкости; достаточное потребление пищи; достаточная возможность выделения; сохранение баланса между активностью и отдыхом; время пребывания в одиночестве, сбалансированное с временем, проведенным в обществе других людей; предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия; желание соответствовать определенной социальной группе (социальному статусу) в соответствии с индивидуальными способностями и возможностями.
- Связанные со стадией развития (от рождения до старости).
- Связанные с нарушениями здоровья, приводящие к изменениям: анатомическим, физиологическим, а также поведения и образа жизни.

Источники проблем пациента.

- дефицит в самопомощи и самообслуживании — неспособность осуществлять заботу о себе.

Цели и задачи ухода. Создать условия для того, чтобы больной смог осуществлять самоход, направленный на достижение и поддержание оптимального уровня здоровья.

Роль медицинской сестры. медицинская сестра, как учитель и контролер. Она дополняет возможность пациента осуществлять самоход.

Направленность сестринской помощи. Выявление потребностей пациента, причин дефицита самоухода. При определении направления помощи медицинская сестра должна:

- установить уровень требований пациента к самоуходу;
- оценить его возможности для осуществления этих требований;
- оценить степень безопасности больного при осуществлении им самоухода; оценить перспективы осуществления самоухода в будущем.

Способы оказания сестринской помощи.

Медицинская сестра выполняет следующие функции:

- делает что-либо за больного;
- руководит и направляет его действия;
- оказывает физическую и психологическую поддержку;
- создаёт условия для обеспечения возможностей самоухода (самопомощи);
- обучает больного и его родственников.

Необходимым условием осуществления сестринской помощи является желание и возможность пациента принять эту помощь.

Выделяют три системы помощи:

1. Полностью компенсирующую — применяется в тех случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо он не способен к обучению;
2. Частично компенсирующую — применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты самоухода;
3. Консультативную (обучающую) — применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам самоухода.

Оценка качества и результатов ухода.

Достижение больным оптимального уровня самопомощи.

Модель Д. Джонсон,

направленная на изменение поведения человека

Д.Джонсон (1968) предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях. В соответствии с моделью Д.Джонсон сестринская помощь должна быть направлена на коррекцию поведения человека, его адекватность в периоды нарушения здоровья и выздоровления.

Пациент. Пациент имеет набор взаимосвязанных подсистем поведения, каждая из которых стремится к равновесию.

Источники проблем пациента. Болезнь, стресс, изменения образа жизни и поведения пациента, которые обусловлены установками, основанными на его прошлом и настоящем опыте, связанном с окружающей средой.

Цель и задачи ухода. Обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности пациента.

Роль медицинской сестры. Роль сестры является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее.

Направленность сестринской помощи. Определяет нарушения равновесия в подсистемах поведения, их причины, побуждает пациента на мотивы поведения, связанные с прошлым и настоящим жизненным опытом.

Способы оказания сестринской помощи. Сестринская помощь включают действия: по ограничению поведения (например, курения, избыточного питания); защищающие от неблагоприятных факторов окружающей среды; подавляющие неэффективные реакции (страх, гнев и др.); поощряющие к изменению поведения (например, выполнение утренней оздоровительной гимнастики, прекращение курения и др.).

Оценка качества и результатов ухода. Оценить результаты ухода в пределах какой-то подсистемы по поведению пациента, вызванному теми или иными структурными изменениями.

Адаптационная модель К. Рой

Пациент. Адаптационная модель К. Рой рассматривает пациента как личность с учетом его индивидуальных и социальных особенностей. Согласно этой концепции как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого стремится достичь человек - диапазона состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален. К. Рой выделяет **три фактора**, влияющих на уровень адаптации, которые называются раздражителями:

- 1) очаговый — находится в окружении человека;
- 2) ситуационный — возникает при оказании сестринской помощи рядом с очаговым и

оказывает на него влияние;

3) остаточный — является результатом прошлых переживаний, верований, взаимоотношений.

Источники проблем пациента. Настоящие и предстоящие изменения в жизни человека, особенно в критические периоды, которые оказывают негативное влияние на здоровье вследствие недостатка возможностей адаптации.

Цель и задачи ухода. Оказание помощи пациенту в достижении и поддержании оптимального уровня здоровья в критические периоды жизни.

Роль медицинской сестры. Медицинская сестра способствует адаптации человека в период здоровья и болезни.

Направленность сестринской помощи. Помощь направлена на адаптацию пациента к окружающей обстановке во время происходящих в его жизни изменений, требующих действий для поддержания оптимального уровня здоровья.

Способы оказания сестринской помощи. Сестринское вмешательство направлено на раздражители, находящиеся за пределами уровня адаптации пациента, с целью их изменения или возвращения в пределы уровня адаптации.

Оценка качества и результатов ухода.

Достижение оптимального уровня здоровья пациента в критические периоды его жизни. При оценке качества ухода сестра и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в той или иной

системе адаптации.

Модель М. Аллен, направленная на укрепление здоровья

М. Аллен предложила свою модель в начале 1970-х гг., когда получила признание концепция первичной медико-санитарной помощи. Принципы первичной медико-санитарной помощи ориентированы больше на здоровье, чем на болезнь, на привлечение к сохранению здоровья самого человека, его семьи, общества.

Пациент. Объектом модели является семья, а не отдельный человек, поскольку именно в ней формируется поведение, ориентированное на здоровье.

Модель М. Аллен предлагает рассматривать человека через призму семьи, признавая как влияние семьи на личность, так и влияние отдельной личности на семью. В процессе такого взаимодействия люди и семьи в повседневных житейских ситуациях получают возможности социального, психологического и профессионального роста и развития. Пациент играет активную роль в укреплении своего здоровья.

Источники проблем пациента. Неправильное поведение его семьи, наличие факторов риска возникновения заболеваний в семье, отрицательное отношение семьи к здоровью, ведение нездорового образа жизни и т.д.

Цель и задачи ухода. Является выработка в семье поведения, ориентированного на здоровый образ жизни, и обучение совокупности навыков по преодолению проблемных ситуаций.

Роль медицинской сестры. Медицинская сестра организует обучение. Она создает благоприятную обстановку, которая стимулирует, привлекает и заинтересовывает семью в укреплении здоровья ее членов. При этом семья является активным участником процесса оздоровления.

Направленность сестринской помощи. получение пациентом и его семьей знаний о принципах ведения здорового образа жизни.

Способ оказания сестринской помощи. Способы, направленные на укрепление его собственного здоровья и здоровья членов его семьи. Это может быть формирование и развитие здоровой семьи, занятие физкультурой и спортом, обеспечение необходимой поддержки и развития активного и ответственного участия членов семьи в сохранении и укреплении здоровья и т.д.

Оценка качества и результатов ухода.

Улучшение здоровья семьи в соответствии с поставленными целями. Медицинская сестра достигает цели, последовательно выполняя семь этапов ситуационно обусловленной сестринской помощи: выявляет проблему, изучает контекст ситуации, определяет временные границы, анализирует проблему, составляет план, выполняет план, оценивает результаты

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные положения модели В. Хендерсон
2. Дайте характеристику понятия роли человека как индивида по концепции В. Хендерсон
3. Назовите высшую цель сестринского дела по модели В. Хендерсон
4. Перечислите основные положения модели Д.Орем
5. Назовите цель сестринского вмешательства по модели Д.Орем
6. Охарактеризуйте значение моделей сестринского ухода для дальнейшего прогресса теории и практики сестринского дела.

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 6. Модели сестринского дела

Цель: изучение моделей сестринского дела для развития профессиональной деятельности.

Студент должен знать: основные положения модели сестринского дела В.Хендерсон , Д.Орем, взаимосвязь основных потребностей человека по А.Маслоу и видов повседневной деятельности по модели В.Хендерсон.

Студент должен уметь: определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья и удовлетворять согласно модели сестринского дела.

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1. Автор теории недостаточности ухода

- А) А.Маслоу
- Б) В.Хендерсон
- В) Д. Орем
- Г) Ф.Нвйтингейл

2. Основоположница системы ухода за пациентами

- А) Ю.Вревская
- Б) Ф.Найтингейл
- В) Е. Бакунина
- Г) Д.Орем

3. Высшая цель сестринского дела – удовлетворение жизненных потребностей пациента для достижения выздоровления – согласно теории

- А) А.Маслоу
- Б) В.Хендерсон
- В) Д.орем
- Г) Ф.Найтингей

4. В.Хендерсон разработала свою модель основываясь на теории

- А) А.Маслоу
- Б) С.Мухиной
- В) Д.Орем
- Г) Ф.Найтингейл

5. Осознаваемое и переживаемое человеком нужда в чем –либо – это

- А) ответственность
- Б) потребность
- В) обязанность
- Г) добродетель

Эталон ответов

Задание 1

Выберите один правильный ответ

1	В
2	Б
3	Б
4	А
5	Б

Тема 7. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

План и краткое содержание лекции:

1. Сестринский процесс – основа профессиональной деятельности сестер
2. Этапы сестринского процесса
3. Сестринское обследование
4. Классификация проблем пациента
5. Антропометрические исследования
6. Наблюдение за удовлетворением потребности дышать
7. Наблюдение за удовлетворением основных потребностей пациента
8. Сестринский процесс при боли

Когда начинаешь размышлять,
все оказывается трудным.

А.Франс

7.1. Сестринский процесс – основа профессиональной деятельности сестер.

Сестринский процесс – это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Термин «сестринский процесс» - английский; означает ухаживать, обслуживать, осуществлять уход за пациентом

Цель сестринского процесса

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма.

Цель сестринского процесса осуществляется путем решения следующих задач:

- создание базы информационных данных о пациенте;
- выявление потребностей пациента в медицинском обслуживании;
- обозначение приоритетов в медицинском обслуживании;
- составление плана ухода и обеспечение ухода за пациентом в соответствии с его потребностями;
- определение эффективности процесса ухода за пациентом и достижение цели медицинского обслуживания данного пациента.

7.2 Этапы сестринского процесса

В соответствии с решаемыми задачами сестринский процесс подразделяется на пять этапов:

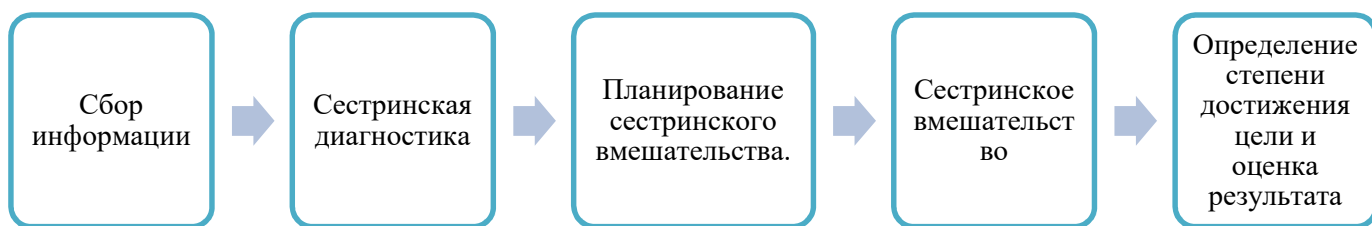


Схема 1. Этапы сестринского процесса

Первый этап - сестринское обследование.

Сестринское обследование проводится двумя методами:

- субъективным.

Субъективный метод обследования – расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента.

- объективным.

Объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

Второй этап - сестринская диагностика.

Цели второго этапа сестринского процесса:

- анализ проведенных обследований;
- определить с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья;
- определить направление сестринского ухода.

Третий этап - планирование сестринского вмешательства.

Цели третьего этапа сестринского процесса: • исходя из потребностей пациента, выделить приоритетные задачи;

- разработать стратегию достижения поставленных целей;
- обозначить срок достижения данных целей.

Четвертый этап - сестринское вмешательство.

Цель четвертого этапа сестринского процесса:

- сделать все необходимое для выполнения намеченного плана ухода за пациентом идентично общей цели сестринского процесса.

Существуют три системы помощи пациенту:

- полностью-компенсирующая;
- частично-компенсирующая;
- консультативная (поддерживающая).

Пятый этап - определение степени достижения цели и оценка результата.

Цель пятого этапа сестринского процесса:

- определить, в какой степени достигнуты поставленные цели.

На этом этапе медсестра:

- определяет достижение цели;
- сравнивает с ожидаемым результатом;
- формулирует выводы;
- делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

7.3 Сестринское обследование - первый этап сестринского процесса

Сестринское обследование проводится двумя методами:

- субъективным;
- объективным.

Субъективное обследование:

- расспрос пациента;
- беседа с родственниками;
- беседа с работниками скорой помощи;
- беседа с соседями и т. д.

Расспрос

Субъективный метод обследования – расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента.

Расспрос играет огромную роль в:

- предварительном заключении о причине болезни;
- оценке и течении заболевания;
- оценке дефицита самообслуживания.

Расспрос включает anamnesis. Этот метод внедрил в практику известный терапевт Захарин.

Анамнез – совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

Расспрос складывается из пяти частей:

- паспортная часть;
- жалобы пациента;
- anamnesis morbe;
- anamnesis vitae;
- аллергические реакции.

Жалобы пациента дают возможность выяснить причину заставившую обратиться к врачу.

Из жалоб пациента выделяют:

- актуальные (приоритетные);
- главные;
- дополнительные.

Главные жалобы - это те проявления заболевания, которые больше всего беспокоят пациента, более резко выражены. Обычно главные жалобы и определяют проблемы пациента и особенности ухода за ним.

Anamnesis morbe

Anamnesis morbe – первоначальные проявления болезни, отличающиеся от тех, которые пациент предъявляет, обратившись за медицинской помощью, поэтому:

- уточняют начало заболевания (острое или постепенное);
- далее уточняют признаки заболевания и те условия в которых они возникли;
- затем выясняют, какое было течение заболевания, как изменились болезненные ощущения с момента их возникновения;
- уточняют, были ли проведены исследования до встречи с медсестрой и каковы их результаты;
- следует расспросить: проводилось ли ранее лечение, с уточнением лекарственных препаратов, которые могут изменить клиническую картину болезни; все это позволит судить об эффективности терапии;
- уточняют время наступления ухудшения.

Anamnesis vitae

Anamnesis vitae – позволяет выяснить, как наследственные факторы, так и состояние внешней среды, что может иметь прямое отношение к возникновению заболевания у данного пациента.

Anamnesis vitae собирается по схеме:

1. биография пациента;
2. перенесенные заболевания;
3. условия труда и быта;
4. интоксикация;
5. вредные привычки;
6. семейная и половая жизнь;
7. наследственность.

Объективное обследование:

- физическое обследование;
- знакомство с медицинской картой;
- беседа с лечащим врачом;
- изучение медицинской литературы по уходу.

Объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

Осмотр проводится по определенному плану:

- общий осмотр;
- осмотр определенных систем.

Методы обследования:

- основные;
- дополнительные.

К основным методам обследования относятся:

- общий осмотр;
- пальпация;
- перкуссия;
- аускультация.

Аускультация – выслушивание звуковых феноменов, связанных с деятельностью внутренних органов; является методом объективного обследования.

Пальпация – один из основных клинических методов объективного обследования пациента с помощью осязания.

Перкуссия – постукивание по поверхности тела и оценка характера возникающих при этом звуков; один из основных методов объективного обследования пациента.

После этого медсестра готовит пациента к другим назначенным обследованиям.

Дополнительные исследования – исследования, проводимые другими специалистами (пример: эндоскопические методы обследования).

При общем осмотре определяют:

1. Общее состояние пациента

- крайне тяжелое;
- средней тяжести;
- удовлетворительное;

2. Положение пациента в постели:

- активное;
- пассивное;
- вынужденное;

3. Состояние сознания (различают пять видов):

- ясное – пациент конкретно и быстро отвечает на вопросы;
- помраченное – пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием;
- ступор – оцепенение, пациент на вопросы не отвечает или отвечает не осмысленно;
- сопор – патологический сон, сознание отсутствует;
- кома – полное подавление сознания, с отсутствием рефлексов.

4. Данные антропометрии

- рост
- вес;

5. Наблюдение за дыханием

- самостоятельное;
- затрудненное;
- свободное;
- кашель;

6. Виды одышки:

- экспираторная;
- инспираторная;
- смешанная;

7. Частота дыхательных движений (ЧДД)

8. Артериальное давление (АД)

9. Пульс (Ps);

10. Данные термометрии

Артериальное давление - давление, оказываемое скоростью тока крови в артерии на ее стенку.

Антропометрия – совокупность методов и приемов измерений морфологических особенностей человеческого тела.

Пульс – периодические толчкообразные колебания (удары) стенки артерии при выбросе крови из сердца при его сокращении, связанные с динамикой кровенаполнения и давления в сосудах в течение одного сердечного цикла.

Термометрия – измерение температуры тела термометром.

Одышка (диспноэ) – нарушение частоты, ритма и глубины дыхания с ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания.

Цель первого этапа сестринского процесса – создание информационной базы о пациенте.

Сестринская диагностика - второй этап сестринского процесса

Цели второго этапа сестринского процесса:

1. анализ проведенных обследований;
2. определить с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья;
3. определить направление сестринского ухода.

Все проблемы пациента делятся на:

- потенциальные;
- актуальные;
- первичные - требующие оказания неотложной помощи;

- промежуточные – неопасные для жизни;
- вторичные – не имеющие отношения к данному заболеванию или прогнозу.

Каждая из проблем может быть:

- соматической;
- психологической;
- социальной.

Проблема пациента (сестринский диагноз)

Проблема пациента (сестринский диагноз) – это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медицинской сестры.

Планирование сестринского вмешательства - третий этап сестринского процесса

Цели третьего этапа сестринского процесса:

1. исходя из потребностей пациента, выделить приоритетные задачи;
2. разработать стратегию достижения поставленных целей;
3. обозначить срок достижения данных целей.

Потребность – это осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный на восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни. Неудовлетворенные потребности пациента - это состояния вынужденной зависимости пациента из-за каких-либо проблем, которые требуют вмешательства со стороны.

Эмоции – это индикаторы потребностей, которые являются положительными или отрицательными реакциями на удовлетворение потребностей.

Для каждой приоритетной проблемы записывается конкретная цель, а для каждой конкретной цели подбирается конкретное сестринское вмешательство.

Цели делят на:

- долгосрочные (стратегические);
- краткосрочные (тактические).

Структура цели:

- действие – исполнение цели;
- критерий – дата, время и т.д.;
- условие – с помощью кого или чего можно достигнуть результата.

План сестринского вмешательства – это письменное руководство к действиям медсестер. Составляющие плана: цели и задачи.

Для составления плана медсестре необходимо знать:

- жалобы пациента;
- проблемы и потребности пациента;
- общее состояние пациента;
- состояние сознания;
- положение пациента в постели;
- дефицит самообслуживания.

Из жалоб пациента медсестра узнает:

- что беспокоит пациента;
- составляет представление о личности пациента;
- составляет представление об отношении пациента к болезни;
- локализацию патологического процесса;
- характер заболевания;
- выделяет актуальные и потенциальные проблемы пациента и определяет его потребности в профессиональном уходе;
- составляет план по уходу за пациентом.

Сестринское вмешательство - четвертый этап сестринского процесса

Цель сестринского вмешательства - сделать все необходимое для выполнения намеченного плана ухода за пациентом идентично общей цели сестринского процесса.

Существуют три системы помощи пациенту:

1. Полностью-компенсирующая: в ней нуждаются три типа пациентов :

- пациенты, которые не могут выполнить ни каких действий, находясь в бессознательном состоянии;
 - пациенты, находящиеся в сознании, которые не могут или которым не разрешено двигаться;
 - пациенты, которые не в состоянии принимать решения самостоятельно;
2. Частично-компенсирующая: распределение задач зависит от степени ограничения двигательных способностей, а также от готовности пациента усваивать и выполнять определенные действия;
3. Консультативная(поддерживающая): пациент может осуществлять само уход и обучаться соответствующим действиям, но при наличии помощи медсестры (амбулаторное обслуживание).

Виды сестринских вмешательств:

- Зависимые сестринские вмешательства – действия медсестры, выполняемые по назначению врача, но требующие знания и умения среднего медперсонала (забор биологических жидкостей);
- Независимое сестринское вмешательство – действия медсестры, осуществляемые в меру ее компетентности; медсестра руководствуется собственными соображениями (подача утки в постель);
- Взаимозависимые сестринские вмешательства – совместные действия медсестры с другими специалистами.

Определение степени достижения цели и оценка результатов сестринского процесса - пятый этап

Цель пятого этапа сестринского процесса - определить, в какой степени достигнуты поставленные цели.

На этом этапе медсестра:

- определяет достижение цели;
- сравнивает с ожидаемым результатом;
- формулирует выводы;
- делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

Новое состояние пациента может быть:

- лучше прежнего состояния;
- без изменений;
- хуже прежнего состояния.

Если цели не достигнуты медсестре необходимо:

- выявить причину – поиск допущенных ошибок;
- изменить саму цель – сделать ее более реалистичной;
- пересмотреть сроки достижения цели;
- ввести необходимые коррективы в план сестринской помощи.

7.4 Наблюдение за удовлетворением потребности.

Сестринский процесс при нарушении удовлетворения потребности **ВЫДЕЛЯТЬ, обеспечиваемой органами мочевого выделения.**

Сестринский диагноз: острая задержка мочи (ишурия).

Цель: обеспечить срочное опорожнение мочевого пузыря.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Срочно вызвать врача.
- 2) Обеспечить физический и психический покой.
- 3) Использовать приемы рефлекторного вызова опорожнения мочевого пузыря (звук водяной струи, теплое судно, орошение половых органов теплой водой).
- 4) Применить по назначению врача теплую грелку на надлобковую область.
- 5) При отсутствии эффекта, по назначению врача, провести катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером.
- 6) Измерить количество выделенной мочи и осмотреть её визуально.

- 7) Обеспечить дальнейшее наблюдение за состоянием пациента (температура, регулярность мочеиспускания, количество мочи).
- 8) По назначению врача обеспечить промывание мочевого пузыря при помощи мягкого катетера раствором риванола 1:1000 или фурацилина 1:5000.

Сестринский диагноз: недержание мочи.

Цели: краткосрочная – пациент осознает к концу недели, что при соответствующем лечении эти тягостные явления уменьшатся или пройдут;

долгосрочная – пациент будет подготовлен к жизни в обществе к моменту выписки (социальный комфорт).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить изоляцию пациента (ширма, отдельная палата).
- 2) Обеспечить полноценную диету с ограничением жидкости до 1 литра в сутки.
- 3) Обеспечить соблюдение личной гигиены пациента (смена нательного и постельного белья, обшить матрас мед. клеенкой).
- 4) Обеспечить гигиену промежности: регулярное подмывание пациента, смазывание промежности 3 раза в день вазелиновым маслом.
- 5) Обеспечить регулярное проветривание палат в течение дня четыре раза по 20 минут.
- 6) Влажную уборку палат с дезинфицирующими растворами 2 раза в сутки, использовать дезодораторы.
- 7) Обеспечить пациента мочеприемником и при необходимости укрепить на теле пациента съемный мочеприемник, регулярно его дезинфицировать.
- 8) Обеспечить психологическую поддержку пациента (регулярные беседы, подобрать популярную литературу, познакомить с пациентом, длительно пользующимся мочеприемником). Обеспечить поддержку родственников.
- 9) Обучить пациента и его родственников использованию мочеприемника и его дезинфекции, особенностям ухода.

Сестринский диагноз: дизурия (болезненное, учащенное, затрудненное мочеиспускание).

Цели: краткосрочная – пациент отметит уменьшение частоты и боли при мочеиспускании к концу первой недели;

долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о факторах риска (переохлаждение, соблюдение личной гигиены, питание).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить диетпитание (исключить острые и жирные блюда, количество жидкости должно соответствовать рекомендации врача).
- 2) Обеспечить по назначению врача применение тепла на область мочевого пузыря (грелка, теплая постель).
- 3) Обеспечить гигиеническое содержание пациента (подмывание после каждого мочеиспускания, смена белья).
- 4) В ночные часы обеспечить пациента мочеприемником.
- 5) Обеспечить дезинфекцию мочеприемника.
- 6) Обеспечить прием лекарственных средств по назначению врача.
- 7) Провести беседы с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения диеты, личной гигиены, необходимости избегать переохлаждения и необходимости своевременно обращаться к врачу.

Сестринский процесс при нарушении удовлетворения потребности ДЫШАТЬ, обеспечиваемой органами кровообращения.

Сестринский диагноз: одышка.

Цели: краткосрочная – пациент отметит улучшение дыхания к концу недели;

долгосрочная – исчезнет в покое к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Освободить пациента от одежды, стесняющей его дыхание.
- 2) Придать пациенту положение с приподнятым головным концом.
- 3) Обеспечить проветривание палаты не реже 3-х раз в день.

- 4) Обеспечить проведение ингаляции увлажненного кислорода в соответствии с назначением врача.
- 5) Каждые два часа оценивать состояние дыхания пациента (частота, ритм, глубина), наличие кашля, цвет кожных покровов.
- 6) Обеспечить прием лекарственных препаратов в соответствии с назначением врача.
- 7) Обеспечить пациента способам облегчения дыхания (положение в постели, пользование кислородной подушкой).
- 8) Провести беседу с родственниками о психологической поддержке пациента, о щадящем режиме его физической активности.

Сестринский диагноз: обморок.

Головокружение, тошнота, темнота в глазах, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, выступает холодный пот, пульс частый, теряет сознание, способствует испуг, вид крови и др.

Цель: сознание пациента восстановится в течение 5 минут.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить горизонтальное положение пациента без подушки с приподнятым ножным концом.
- 2) Обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду.
- 3) Обрызгать лицо и грудь холодной водой.
- 4) Поднести к носу пациента тампон, смоченный нашатырным спиртом, потереть эти тампоном виски.
- 5) Похлопать по лицу пациента ладонями.
- 6) Приложить грелку к ногам, тепло укрыть одеялом, обеспечить покой (до 30 минут).
- 7) При неэффективности этих мероприятий в течение пяти минут: вызвать врача и выполнить его назначения.

Сестринский диагноз: резкое снижение артериального давления.

Заостренные черты лица, резкая слабость, головокружение, шум в ушах, пелена перед глазами, пациент вял, заторможен, зрачки расширены, кожные покровы холодные, бледно-серые, мелкие капельки пота, синюшные конечности, пульс нитевидный, частый, АД резко снижено, дыхание учащенное, поверхностное.

Цель: постепенное повышение артериального давления (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить немедленный вызов врача.
- 2) Обеспечить горизонтальное положение пациента без подушки с приподнятым ножным концом.
- 3) Обеспечить согревание пациента (тепло укрыть, грелку к ногам, теплый крепкий чай или кофе).
- 4) Обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию увлажненного кислорода.
- 5) Контролировать АД и пульс, не снимая манжетки, каждые пять минут до нормализации АД.

Сестринский диагноз: резкое повышение артериального давления.

Пульсирующая, давящая головная боль в области затылка, головокружение, шум в ушах, «мелькание мушек перед глазами», тошнота, рвота и др.

Цель: постепенное снижение артериального давления (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить немедленный вызов врача.
- 2) Обеспечить горизонтальное положение пациента без подушки с приподнятым головным концом.
- 3) Обеспечить физический и психический покой.
- 4) Обеспечить доступ свежего воздуха.
- 5) Поставить горчичники на область затылка, и икроножных мышц.
- 6) Поставить холодный компресс на лоб.
- 7) Обеспечить теплые ванночки для рук, грелку к ногам.
- 8) Выполнить назначения врача.
- 9) Контролировать каждые 30 минут до нормализации АД состояние пациента (наблюдение за внешним видом, ЧДД, АД, Ps).

Сестринский диагноз: острые боли в сердце (при стенокардии).

Боль появляется при однотипных условиях (быстрая ходьба, ночные боли и т.д.), локализуются за грудиной, иррадируют в левую руку, лопатку, шею, чаще сжимающего характера, боль приступообразная, длится несколько секунд, снимается нитроглицерином.

Цель: купировать болевой приступ в течение 30 минут.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить немедленный вызов врача, произведите регистрацию ЭКГ (вызовите медсестру функциональной диагностики для снятия ЭКГ).
- 2) Обеспечить положение сидя (при инфаркте миокарда горизонтальное положение).
- 3) Обеспечить физический и психический покой.
- 4) Дать валидол или нитроглицерин (1 таблетку под язык) и 30-40 капель корвалола или валокордина. Если нитроглицерин в виде капель – то 1-2 капли нитроглицерина на сахар.
- 5) Поставить горчичник на область сердца.
- 6) Обеспечить доступ свежего воздуха.
- 7) Обеспечить выполнение назначений врача.
- 8) Осуществлять контроль за состоянием пациента (внешний вид, ЧДД, пульс, АД).

Сестринский диагноз: **отеки периферические (задержка жидкости в организме).**

Цели: краткосрочная – уменьшение отеков на нижних конечностях к концу недели;

долгосрочная – продемонстрирует знания об особенностях питания и питьевого режима к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Объяснить пациенту необходимость соблюдения диеты с ограничением соли (5г) и жидкости (800 мл), обогащенной белками и солями калия.
- 2) Обеспечить пациенту соблюдение диеты по лечебному столу №10 (беседа с пациентом и родственниками о соблюдении диеты, проверка передач), разгрузочные дни 1 раз в неделю.
- 3) Определять ежедневно водный баланс пациента.
- 4) Взвешивать пациента 1 раз в три дня.
- 5) Обеспечить пациенту по назначению врача прием лекарственных средств.
- 6) Обеспечить уход за кожей и слизистыми.
- 7) Обеспечить контроль за режимом физиологических отправлений пациента. При запоре пациенту с отеками нужно ставить гипертоническую или масляную клизму.
- 8) Обеспечить мочеиспусканием.

Сестринский процесс при нарушении удовлетворения потребности ДЫШАТЬ, обеспечиваемой органами дыхания.

Сестринский диагноз: **приступ удушья (бронхиальная астма).**

Приступ начинается внезапно, вынужденное положение с упором рук на колени, вязкая мокрота, одышка.

Цель: устранение удушья (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Немедленно вызвать врача.
- 2) Придать пациенту полусидячие положение с упором на руки, расстегнуть стесняющую одежду.
- 3) Обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию увлажненного кислорода.
- 4) Обеспечить пациенту горячую ножную ванну.
- 5) Применять карманный ингалятор с бронхолитиками («Астмопент», «Сальбутамол», «Беротек») не более 2-х раз.
- 6) Обеспечить наблюдение за состоянием пациента (внешний вид, ЧДД, пульс, АД, цвет кожных покровов).

Сестринский диагноз: **легочное кровотечение.**

Алая пенная кровь с кашлевыми толчками, бледность кожных покровов, слабость, гипотония, тахикардия.

Цель: - уменьшить или прекратить легочное кровотечение.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить немедленный вызов врача.
- 2) Придать полусидячие положение пациенту.
- 3) Обеспечить физический, психический, речевой покой.

- 4) Применить холод на грудную клетку (пузырь со льдом).
- 5) Наложить венозные жгуты на три конечности с поочередным расслаблением через каждые 15 минут.
- 6) Вести постоянное наблюдение за состоянием пациента (внешний вид, ЧДД, пульс, АД, цвет кожных покровов).
- 7) Вести по назначению врача лекарственные препараты.

Сестринский диагноз: кашель сухой.

Цели: краткосрочная – у пациента уменьшится частота и длительность кашля к концу недели;
долгосрочная – отсутствие кашля к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить теплое питье, не раздражающее слизистые.
- 2) Обеспечить выполнение простейших физиотерапевтических процедур по назначению врача (банки, горчичники, компрессы, ножные горчичные ванны).
- 3) Обеспечить пациенту проведение ингаляций (масляные, эвкалиптовые, медовые и др.).
- 4) Обеспечить проветривание палат 3-4 раза в день.
- 5) Обеспечить прием противокашлевых средств по назначению врача.

Сестринский диагноз: кашель влажный.

Цели: краткосрочная – пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели;
долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о дисциплине кашля, о способах профилактики застоя мокроты к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить прием обильного щелочного питья.
- 2) Обеспечить пациенту позиционный дренаж (по 20 минут 2 раза в день).
- 3) Обеспечить выполнение простейших физиотерапевтических процедур по назначению врача.
- 4) Обучить пациента дисциплине кашля, обеспечить индивидуальной плевательницей.
- 5) Обеспечить проветривание палат 4 раза в день по 20 минут, при необходимости оксигенотерапия
- 6) Обеспечить прием отхаркивающих средств и бронхолитиков по назначению врача.
- 7) Проводить визуальный осмотр мокроты ежедневно.

Сестринский диагноз: боль в грудной клетке, связанная с поражением плевры.

Цель: - уменьшить болевые явления (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить пациенту положение в постели облегчающее его состояние.
- 2) Обеспечить пациенту физический и психологический покой.
- 3) Обеспечить пациенту объяснения преимущества поверхностного дыхания и ограничения физической активности для уменьшения боли.
- 4) Обеспечить проведение физиопроцедур по назначению врача.
- 5) Обеспечить пациенту прием лекарственных средств по назначению врача.

Сестринский процесс при нарушении удовлетворения потребностей есть, ПИТЬ, ВЫДЕЛЯТЬ, обеспечиваемые органами пищеварения.

Сестринский диагноз: нарушение опорожнения кишечника: понос (диарея).

Цели: краткосрочная – кратность стула и его консистенция будут нормализованы (время индивидуально);

долгосрочная – пациент продемонстрирует знания об особенностях диеты и правилах ухода за кожей перианальной области.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить прием высококалорийной и легкоусвояемой пищи через каждые два часа малыми порциями – диета №4.
- 2) Обеспечить прием достаточного количества жидкости, до 2-х литров в сутки.
- 3) Обеспечить тщательную гигиену кожи промежности после каждого акта дефекации: подмывание, обработка вазелином перианальной области, смена белья.
- 4) Ежедневно взвешивать пациента.
- 5) Частоту и кратность стула регистрировать ежедневно в температурном листе.
- 6) Обеспечить прием лекарственных препаратов по назначению врача.

- 7) Обеспечить индивидуальным судном пациента и обеззараживать его выделения.
- 8) Обучить пациента и его родственников принципам рационального питания и соблюдения личной гигиены.

Сестринский диагноз: **нарушение опорожнения кишечника: запор.**

Цели: краткосрочная – у пациента будет стул не реже одного раза в два дня (время индивидуально);

долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о способах борьбы с запорами к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить кисломолочно-растительную диету (творог, овощи, черный хлеб, фрукты, зелень) диета №3.
- 2) Обеспечить прием достаточного количества жидкости (кисло-молочные продукты, соки, сульфатные минеральные воды) до 2-х литров в сутки.
- 3) Попытаться выработать у пациента условный рефлекс на дефекацию в определенное время суток (утром через 15-20 минут после приема стакана холодной воды натощак).
- 4) Обеспечить достаточную двигательную активность пациенту.
- 5) Обеспечить прием слабительных и постановку опорожнительных клизм по назначению врача.
- 6) Регистрировать ежедневно кратность стула в медицинской документации.
- 7) Обучить пациента особенностям питания при запорах. Рекомендовать расширение режима двигательной активности.

Сестринский диагноз: **метеоризм.**

Цели: краткосрочная – у пациента будет иметь место снижение выработки кишечных газов, их нормальное отхождение (время индивидуально);

долгосрочная – пациент продемонстрирует знания об особенностях питания при метеоризме через два дня.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить соблюдение диеты, исключающей газообразующие продукты (овощи, фрукты, черный хлеб, цельное молоко, сладости) – диета №4.
- 2) Обеспечить прием активированного угля по 2 таблетки 4 раза в день.
- 3) Применить газоотводную трубку или опорожнительную клизму при отсутствии противопоказаний.
- 4) Обучить пациента и его родственников методам борьбы с метеоризмом: рациональному питанию, режиму двигательной активности.

Сестринский диагноз: **недержание кала.**

Цели: краткосрочная – пациент осознает, что при соответствующем лечении эти тягостные явления уменьшатся или пройдут;

долгосрочная – пациент будет подготовлен к жизни в обществе к моменту выписки (социальный комфорт).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить изоляцию пациента (ширма, отдельная палата).
- 2) Обеспечить высококалорийное, легкоусвояемое питание малыми порциями в течение дня.
- 3) Обеспечить тщательное соблюдение личной гигиены пациента (смена нательного и постельного белья, подмывание по мере загрязнения, обработка области ануса вазелином).
- 4) Обеспечить регулярное проветривание палат в течение дня четыре раза по 20 минут, использовать дезодоранты.
- 5) Использовать подкладное резиновое судно или специальную трехсекционную кровать.
- 6) Применять слабительные средства или очистительную клизму ежедневно утром, чтобы избежать неконтролируемого калоизвержения.
- 7) Обучить пациента и его родственников особенностям ухода и пользованию калоприемником.
- 8) Обеспечить психологическую поддержку пациента.
- 9) Обеззараживать выделения пациента перед сливом их в канализацию.

Сестринский диагноз: **нарушение комфортного состояния: тошнота, рвота.**

Цели: краткосрочная – у пациента не будут аспирации рвотных масс и обезвоживания организма;

долгосрочная – пациент отметит урежение эпизодов рвоты и уменьшения тошноты.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Придать положение, позволяющее избежать аспирации рвотных масс.
- 2) Обеспечить гигиену полости рта после каждого акта рвоты.
- 3) Предложить пациенту прохладное питье в достаточном количестве.
- 4) Обеспечить комфортные условия для пациента: ширма, частое проветривание палаты, смена белья, уборка рвотных масс, психологическая поддержка.
- 5) Осматривать рвотные массы и определять их количество, а при необходимости провести забор на исследование.
- 6) Проводить обеззараживание рвотных масс.
- 7) Обучить пациента методике расслабления и глубокого дыхания для урежения позывов рвоты.
- 8) Обеспечивать применение противорвотных средств по назначению врача.

Сестринский диагноз: изжога.

Цели: краткосрочная – у пациента не будут изжоги через 20 минут;

долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о причинах появления изжоги и способах борьбы с ней.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить прием стакана теплого молока или щелочной минеральной воды без газа или 2% раствора соды, жженой магнезии.
- 2) Рекомендовать избегать приема продуктов, вызывающих изжогу: черный хлеб, варенье, сладкие кисели, острые приправы, жирные и жареные блюда.

Сестринский диагноз: отсутствие аппетита.

Цели: краткосрочная – пациент осознает к концу недели важность полноценного питания для улучшения здоровья;

долгосрочная – масса тела у пациента не уменьшится к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Разнообразить меню, учитывая вкусы пациента и рекомендованную диету.
- 2) Кормить пациента малыми порциями 5-6 раз в день пищей в теплом виде.
- 3) Эстетически оформлять прием пищи.
- 4) С разрешения врача включать в рацион аппетитный чай, мясо-рыбные бульоны, кислые морсы, горечи.
- 5) Привлечь, по-возможности, родственников к его кормлению.
- 6) Обеспечить, с разрешения врача, прогулки на свежем воздухе, занятия физкультурой за 30-40 минут до еды.
- 7) Беседовать с пациентом о необходимости полноценного питания для улучшения состояния здоровья ежедневно по 10 минут в течение недели.
- 8) Один раз в два дня взвешивать пациента.

Сестринский диагноз: желудочно-кишечное кровотечение.

Рвота цвета «кофейной гущи», дегтеобразный стул или стул с примесью крови, слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония.

Цель: кровотечение будет остановлено при улучшении показателей пульса и артериального давления.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Вызвать врача.
- 2) Обеспечить строгий постельный режим в положении на боку или на спине, с повернутой на бок головой (профилактика аспирации рвотных масс).
- 3) Прекратить прием через рот пищи, жидкости, медикаментов.
- 4) Применить пузырь со льдом на эпигастральную область.
- 5) Обеспечить кислородотерапию.
- 6) Приготовить все необходимое для парентерального введения кровоостанавливающих средств (5% аминокaproновая кислота, 10% раствор кальция хлорида, 1% раствор викасола).
- 7) Осуществлять контроль пульса и артериального давления каждые 30 минут.

Сестринский диагноз: пищевое отравление.

Тошнота, рвота, диарея, боль в животе, повышение температуры, слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония.

Цель: пациент отметит облегчение состояния через 1,5 -2 часа от начала оказания помощи.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Вызвать врача.
- 2) Приготовить все необходимое для промывания желудка. Промыть желудок по назначению врача.
- 3) Согреть пациента: теплое питье, грелки.
- 4) Обеспечивать частый прием теплой жидкости малыми порциями.
- 5) Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (опасность развития коллапса, аспирация рвотных масс).
- 6) Если с момента отравления прошло более 2-х часов – приготовить все необходимое и поставить очистительную или сифонную клизмы по назначению врача.
- 7) Приготовить все необходимое для внутривенное капельное введения жидкости (физ. раствор, 5% раствор глюкозы) по назначению врача.

Сестринский диагноз: **острая боль в животе.**

Цель: спустя некоторое время (индивидуально) пациент отметит снижение боли в животе.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Необходимо немедленно вызвать врача.
- 2) Создать пациенту полный покой, провести аутоотренинг.
- 3) Медицинской сестре запрещается:
 - давать обезболивающее средство;
 - ставить грелку;
 - делать клизмы, давать слабительные средства.
- 4) Выполнить все назначения врача.

Сестринский процесс при заболеваниях печени и желчевыводящих путей.

Сестринский диагноз: **желтуха.**

Цели: краткосрочная – пациент выразит понимание, что при выполнении всех рекомендаций желтуха уменьшится или пройдет;

долгосрочная – желтуха исчезнет или значительно уменьшится к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить питание пациенту частое, дробными дозами 5-6 раз в день, согласно диете №5.
- 2) Провести беседу с пациентом и родственниками о характере питания, осуществлять контроль продуктовых передач.
- 3) Разъяснить пациенту необходимость ограничения физической активности.
- 4) Ежедневно оценивать динамику цвета кожных покровов и слизистых.
- 5) Обеспечить тщательный уход за кожей и слизистыми.
- 6) Обеспечить пациента судном и мочеприемником.
- 7) Обеспечить ежедневный контроль за цветом мочи и кала.
- 8) Обеспечить внутривенное капельное введение лекарственных средств по назначению врача.

Сестринский диагноз: **слабость.**

Цели: краткосрочная – пациент отметит уменьшение слабости к концу недели;

долгосрочная – при сохраняющейся слабости пациент будет адаптирован к жизни в домашних условиях к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить физический и психический покой.
- 2) Контролировать соблюдение пациентом предписанного режима физической активности.
- 3) Обеспечить пациенту помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей.
- 4) Обеспечить психологическую поддержку пациента.
- 5) Обучить пациента элементам самоухода в домашних условиях.
- 6) Провести беседу с родственниками о рациональном образе жизни и уходе за пациентом.

Сестринский диагноз: **зуд кожных покровов.**

Цели: краткосрочная – пациент отметит уменьшение зуда к концу недели;

долгосрочная – кожный зуд значительно уменьшится или исчезнет к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить гигиену кожи пациента (обтирание, душ, ванна).
- 2) Для уменьшения зуда протирать кожу пациента растворами антисептиков по назначению врача.
- 3) Обеспечить строгое соблюдение назначенной диеты.
- 4) Проводить беседы с пациентом и его родственниками о строгом соблюдении диеты.
- 5) Выполнять назначения врача.

Сестринский процесс при заболеваниях в эндокринной и опорно-двигательной систем.

Сестринский диагноз: острая боль в суставах.

Цель: пациент отметит уменьшение боли (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Вызвать врача.
- 2) Придать удобное положение пораженному суставу, положить подушку под пораженный сустав.
- 3) Соблюдать щадящий режим при изменении положения пациента (переодевание).
- 4) Применять согревающие компрессы на пораженные суставы.
- 5) Осуществлять строгий контроль за соблюдением пациентом предписанного режима физической активности.
- 6) Обеспечить диету, богатую витамином С (овощи, фрукты, соки), ограничение поваренной соли.
- 7) Выполнять назначения врача.

Сестринский диагноз: носовое кровотечение.

Цель: кровотечение будет остановлено в течение 10-60 минут.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Вызвать врача.
- 2) Придать пациенту полусидячие или сидячее положение.
- 3) Применить холодный компресс на область переносицы до остановки кровотечения.
- 4) Прижать пальцами крылья носа к носовой перегородке.
- 5) В случае продолжения кровотечения ввести в передний отдел полости носа стерильный марлевый шарик, смоченный 3% перекиси водорода и снаружи через крылья прижать к носовой перегородке на 10-15 минут.
- 6) Наблюдать за состоянием пациента (внешний вид, ЧДД, пульс, АД).
- 7) Выполнять назначения врача.
- 8) Обучить пациента и родственников навыка первой помощи при носовом кровотечении.

Сестринский диагноз: жажда.

Цели: краткосрочная – уменьшиться к концу недели; долгосрочная – исчезнет к моменту выписки.

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Ежедневно определять водный баланс.
- 2) Осуществлять туалет полости рта пациента и обучить его этому.
- 3) С целью уменьшения жажды обеспечить дробное употребление кислых морсов и соков.
- 4) Медсестра убедит пациента, что при строгом выполнении назначений врача жажда значительно уменьшится к концу недели.

Сестринский диагноз: диабетическая кома (гипергликемическая кома).

Прекома: жажда, адинамия, тошнота, рвота, головная боль, потеря аппетита, боль в животе;
кома: сухость кожи и слизистых, запах ацетона изо рта, тахикардия, гипотония, глазные яблоки мягкие, «шумное дыхание».

Цель: - проявления коматозного состояния исчезнут через 10-15 минут (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить немедленный вызов врача.
- 2) Обеспечить пациенту горизонтальное положение.
- 3) Обеспечить определение уровня глюкозы в крови.
- 4) По назначению врача проведите медикаментозную терапию: изотонический раствор хлорида натрия внутривенно капельно.
- 5) Приготовить все необходимое для введения инсулина в дозе **назначенной врачом!**

Сестринский диагноз: **гипогликемическая кома** (возникает при сахарном диабете, связана с передозировкой инсулина).

Прекома: слабость, бледность, ригидность мышц, потливость, беспокойство, дрожь в теле;
кома: острое начало, зрачки расширены, повышенное потоотделение, брадикардия, гипотония, судороги.

Цель: - проявления коматозного состояния исчезнут через 10-15 минут (время индивидуально).

Характер сестринского вмешательства:

- 1) Обеспечить немедленный вызов врача.
- 2) Обеспечить пациенту горизонтальное положение.
- 3) Дать пациенту 2-3 кусочка сахара или 2-3 конфетки или стакан сладкого чая.
- 4) Приготовить все необходимое для введения по назначению врача внутривенно глюкозы и др. препаратов.

7.5 Сестринский процесс при боли

Боль - это субъективное ощущение, включающее в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты. При первичной, текущей и итоговой оценке, проводимой с участием пациента, за отправную точку следует брать субъективные ощущения пациента. «Описание человеком боли и наблюдение за его реакцией на неё - основные методы оценки состояния человека, испытывающего боль».

Прежде всего следует определить локализацию боли, далее следует выяснить возможную причину и время появления боли, условия исчезновения боли, а также её продолжительность, факторы, усиливающие или ослабляющие боль. Интенсивность боли должна быть оценена, исходя из ощущения этой боли самим пациентом, и не обязательно определяется по его реакции на боль. Для необходимо использовать шкалу оценки боли в баллах (вербальная сравнительная шкала рейтинга боли):

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Описание степени боли с помощью слов	Боль отсутствует	Легкая боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Сильная боль	Сильная боль	Непереносимая боль
Шкала лиц Вонга—Бэкера											
Шкала переносимости боли	Боль отсутствует	Боль можно игнорировать	Боль мешает деятельности	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает основным потребностям	Боль мешает основным потребностям	Необходим постельный режим

0 - боль отсутствует в состоянии покоя и при движении;

1 - боль отсутствует в состоянии покоя, лёгкая боль при движении;

2 - лёгкая боль в состоянии покоя, умеренная боль при движении;

3 - умеренная боль в состоянии покоя, сильная боль при движении;

4 - сильная боль в состоянии покоя и при движении.

Опыт показывает, что пациенты часто не сообщают о боли или дают неадекватную информацию, занижая свои ощущения. Рядом исследователей установлено, что медицинские работники часто переоценивают степень облегчения боли в результате проведённой аналгезии и занижают уровень боли, испытываемой пациентом.

Наиболее эффективным способом, позволяющим установить интенсивность боли у пациента до и после аналгезии, является использование линеек со шкалой, по которой оценивается сила боли в баллах.

Эти линейки представляют собой прямую линию, на одном конце которой отмечена точка отсутствия боли (0 баллов), а на другом конце находится точка, соответствующая нестерпимой боли (10 баллов). Сестра объясняет пациенту, что означает сила боли в 10 баллов, 8 баллов и т.п. Затем пациент отмечает на линейке точку, соответствующую его ощущению боли. Использование подобных линеек даёт более объективную информацию об уровне боли, чем

фразы: «Я не могу больше терпеть боль», «Ужасно болит», «Это невыносимо». (Для оценки интенсивности боли у детей может быть использована шкала, на которой изображены лица, выражающие разные эмоции)

Если внимательно наблюдать за реакцией на боль, то можно получить полезную информацию о состоянии пациента, особенно при невозможности вербального общения или в случае помутнения сознания. О сильной боли могут свидетельствовать бледность, учащение дыхания, повышение артериального давления, повышенное потоотделение, человек может скрежетать зубами, прикусывать нижнюю губу, сморщивать лоб. Реакцией на боль могут быть изменение поведения, снижение (потеря) аппетита, уменьшение объёма повседневной деятельности.

Вынужденное положение пациента, беспокойство, плач, стон, иногда пронзительный крик также могут являться реакцией на боль. При этом исследователи, занимающиеся этим вопросом, утверждают, что «некоторые пациенты нуждаются в том, чтобы сёстры говорили им о том, что их поведение, связанное с болью, является нормальным и уместным и что другие люди так же реагируют на боль».

Проводя первичную оценку боли, следует выяснить у пациента её характер (тупая, острая, жгучая, сжимающая, колющая и т.п)

Определение целей сестринского ухода

При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода являются устранение причин её возникновения и облегчение страданий пациента. Следует учитывать, что устранение хронической боли является трудноразрешимой задачей и часто цель может заключаться только в том, чтобы помочь человеку преодолеть боль.

Сестринские вмешательства

Для достижения поставленных целей и оценки эффективности обезболивания сестра должна точно представить себе весь цикл явлений, связанных с болью.

Несмотря на то что медицинские сёстры не назначают медикаментозного лечения, их роль в проведении лекарственной терапии огромна.

По назначению врача медицинская сестра должна контролировать правильность применения препарата (через рот, под язык), а также вводить лекарственное средство подкожно, внутримышечно, внутривенно.

Очень важно, чтобы сестра понимала, как работает то или иное болеутоляющее средство. В этом случае она сможет совместно с пациентом проводить текущую оценку адекватности обезболивания.

Уменьшить боль могут отвлечение внимания, изменение положения тела, применение холода или тепла, обучение пациента различным методикам расслабления, растирание или лёгкое поглаживание болезненного участка.

Оценка результатов сестринского вмешательства

Для проведения итоговой оценки успешности сестринских вмешательств необходимы объективные критерии. Во многих странах постоянно ведутся научные исследования в этой области.

Приведённые выше примеры линеек и шкал для определения интенсивности боли могут служить одним из критериев как при текущей, так и при итоговой оценке. Следует признать, что медицинская сестра не единственный человек, помогающий пациенту достичь эффекта обезболивания.

Задания для самостоятельной аудиторной работы студентов

Тема 7. Сестринский процесс

Цель: изучение этапов сестринского процесса

Студент должен знать: основные понятия и термины, цель и задачи сестринского процесса, этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и содержание каждого этапа

Студент должен уметь: проводить объективное обследование пациента собирать информацию о состоянии здоровья пациента, определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья, оказывать помощь медицинской сестре в подготовке пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям;

Студент должен иметь практический опыт: выявления нарушенных потребностей пациента, оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий, планирования и осуществления сестринского ухода, ведения медицинской документации

Задание 1

Ответьте на вопросы

Источники информационных данных о состоянии здоровья пациента:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Заполните таблицу:

<i>Субъективные методы обследования</i>	<i>Объективные методы обследования</i>
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

Задание 2

Допишите высказывание:

Целью сестринского обследования пациента является - _____

Задание 3

Обозначьте римскими цифрами последовательность сбора субъективной информации о пациенте:

Anamnesis vitae (история жизни) –

Жалобы при поступлении –

Паспортная часть-

Anamnesis morbi (история болезни) –

Задание 4

Охарактеризуйте состояние сознания:

- а) Ясное сознание _____
- б) Спутанное сознание _____
- в) Ступор _____
- г) Сопор _____
- д) Кома _____

Эталон ответов

Задание 1

Ответьте на вопросы

1. Пациент
2. Родственники пациента
3. Бригада скорой медицинской помощи
4. Медицинская сопроводительная документация_

Задание 2

Допишите высказывание:

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма

Задание 3

Обозначьте римскими цифрами последовательность сбора субъективной информации о пациенте

Anamnesis vitae (история жизни) – III

Жалобы при поступлении – II

Паспортная часть-I

Anamnesis morbi (история болезни) – IV

Задание 4

Охарактеризуйте состояние сознания:

А) пациент конкретно и быстро отвечает на вопросы;

- Б) пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием;
- В) оцепенение, пациент на вопросы не отвечает или отвечает не осмысленно;
- Г) патологический сон, сознание отсутствует;
- Д) полное подавление сознания, с отсутствием рефлексов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Основные источники:

1. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела: Учеб. пособие для студентов учреждений среднего профессионального образования / С.А. Мухина, И.И. Тарновская – 2-е изд. - М.: Издательская группа «ГЕОТАР-Медиа», 2009. – 368 с.
2. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: Учеб. пособие для студентов учреждений среднего профессионального образования / С.А. Мухина, И.И. Тарновская – 2-е изд. - М.: Издательская группа «ГЕОТАР-Медиа», 2009. – 512 с.
3. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. основы сестринского дела. Курс лекций сестринские технологии: Учебное пособие для студентов учреждений среднего профессионального образования/ Л.И., Кулешова, Е.В. Пустоветова – 2- е изд. – Ростов – на –Дону: Издательская группа «Феникс»,2012. – 735с.

Интернет-ресурсы:

1. Министерство здравоохранения и социального развития РФ (<http://www.minzdravsoc.ru>).
2. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).

Дополнительные источники:

1. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: Учеб. пособие для студентов учреждений среднего профессионального образования / Т.П. Обуховец, Т.А. Складорова, О.В. Чернова - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2007. – 512 с.
2. Двойников С.И. Основы сестринского дела : учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / С.И. Двойников – М.: «Академия», 2007. – 336 с.