

**Министерство здравоохранения Амурской области  
Государственное автономное учреждение Амурской области  
Профессиональная образовательная организация  
«Амурский медицинский колледж»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ  
по выполнению самостоятельной внеаудиторной работы**

**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**

**ППССЗ (базовая подготовка)**

**Благовещенск  
2020 год**

Рассмотрено  
на заседании ЦМК  
«Основы сестринского дела»

Протокол № 9  
«28» мая 2020 г

Председатель ЦМК   
Михайлова Г.Д.

Методические рекомендации для студентов по выполнению самостоятельной внеаудиторной работы составлены в соответствии с требованиями ФГОС СПО по специальности 34.02.01 Сестринское дело (базовая подготовка).

Содержат перечень рекомендаций для организации самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся по ПМ.04 Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»  
МДК 04.01 Теория и практика сестринского дела

Составитель: Иманова Г.В., преподаватель ГАУ АО ПОО  
«Амурский медицинский колледж»

Рекомендованы Экспертным советом при информационно - методическом центре ГАУ АО ПОО «АМК»

Заключение Экспертного совета № 107 от «26» июня 2020 г.

## Содержание

Введение

Карта самостоятельной работы

Темы:

1. История сестринского дела
2. Философия сестринского дела
3. Общение в сестринском деле
4. Обучение в сестринском деле
5. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела
6. Этапы сестринского процесса
7. Потребность пациента в нормальном дыхании.
8. Потребность пациента в адекватном питании и питье
9. Потребность пациента в физиологических отправлениях.
10. Потребность пациента в движении
11. Потребности пациента во сне, одежде (надевании и раздевании, выборе), осуществлении личной гигиены
12. Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды
13. Потребности пациента в общении; труде и отдыхе
14. Применение модели В. Хендерсон в сестринском процессе
15. Документация сестринского процесса

## **Введение**

За последние годы сестринское дело в мире и в России претерпело большие изменения. Бурное развитие гуманистических теорий, психологии и других наук оказали существенное влияние на развитие теории и практики сестринского дела.

Целью изучения МДК 01.04/05/07 «Теория и практика сестринского дела» является формирование компетентности студентов, целостного представления и понимания эволюции теоретических подходов к сестринскому делу в мире, их влияния на статус профессии медсестры, ее образование, практическую деятельность и научные исследования.

В задачи изучения МДК 01.04/05/07 «Теория и практика сестринского дела» входит:

- показать основные причины и общие закономерности возникновения и развития теоретических и практических подходов к сестринскому делу в мире;
- показать влияние различных факторов на развитие теоретических подходов к сестринскому делу и совершенствованию профессиональной сестринской деятельности;
- ознакомить студентов с примерами теорий сестринского дела, получивших наиболее широкое международное признание и распространение;
- сформировать у студентов целостное представление о методологии сестринского процесса, раскрыть содержание научных подходов к формированию понятий и терминологического аппарата сестринского дела;
- обеспечить системное усвоение студентами теоретических основ сестринского дела как исходного базиса для формирования и развития профессиональной сестринской практики;
- ознакомить студентов с основными задачами и направлениями развития сестринского дела в России;
- воспитывать в студентах высокие моральные качества: любовь к своей профессии, верность долгу, чувства милосердия, гуманизма и патриотизма;
- расширить общий научный и культурный кругозор студентов.

Методические рекомендации предназначены для реализации требований профессиональной образовательной программы по МДК 01.04/05/07 «Теория и практика сестринского дела» в соответствии с ФГОС по специальностям СПО: 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.02 Акушерское дело, 31.02.01 Лечебное дело в части освоения основного вида профессиональной деятельности: Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными.

Время на внеаудиторную самостоятельную работу студентов берется в расчете 50% от всего учебного времени, отведенного на изучение дисциплины.

МДК 04.01. Теория и практика сестринского дела составляет 36 часов, из них на самостоятельную внеаудиторную работу отводится -18 часов.

Самостоятельной работе студентов отводится достаточно большое количество времени в учебном процессе. Самостоятельная работа позволяет студентам глубоко вникнуть в сущность изучаемого вопроса, основательно в нем разобраться.

Самостоятельный учебный труд вырабатывает у обучающего стойкие идейные взгляды и убеждения. В ходе самостоятельной работы студенты формируют такие ценные качества как, трудолюбие, организованность, инициативу, силу воли, дисциплинированность, активность, целеустремлённость, творческий подход к делу, самостоятельность, необходимые для работы медицинского работника. Систематическая самостоятельная работа студентов повышает культуру умственного труда, развивает умения самостоятельно приобретать и углублять знания.

Данные рекомендации помогут студентам организовать свою самостоятельную работу в произвольном режиме, в удобное время.

Студенты должны овладеть профессиональными компетенциями:

- ПК. 4.1. Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности;
- ПК. 4.2. Соблюдать принципы профессиональной этики;
- ПК. 4.3. Осуществлять уход за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому;
- ПК. 4.4. Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода.

Студенты должны овладеть общими компетенциями:

- ОК. 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес;
- ОК. 2. Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов её достижения, определённых её руководителем.
- ОК. 3. Анализировать рабочую ситуацию осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы.
- ОК. 5. Использовать информационно – коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

#### ***Рекомендации по подготовки сообщений***

- 1) Взяв книгу (статью), ознакомьтесь с оглавлением и её библиографическими данными.
- 2) Бегло прочтите книгу, чтобы представить в целом, какой материал в ней изложен.
- 3) Выберите необходимую информацию. Медленно прочитайте её.
- 4) Составьте план изучаемого материала.
- 5) После того, как текст осмыслен, законспектируйте необходимый материал, используя иллюстрации, схемы.
- 6) Медленно прочтите сообщение (при необходимости несколько раз).

7) Изложите своё сообщение вслух, используя подготовленный материал.

**Карта самостоятельной работы**

<b>Наименование темы</b>	<b>Вид самостоятельной внеаудиторной работы</b>	<b>Форма контроля</b>	<b>Ориентировочные затраты времени на выполнение задания</b>
Тема 1. История сестринского дела	1.Изучение конспекта лекции. 2.Подготовка реферата. 3.Составление Хронологической таблицы.	Индивидуальное собеседование, заслушивание реферата	1ч.
Тема 2. Философия сестринского дела	1.Изучение конспекта лекции. 2 Составление таблицы. 3.Подготовка информационного сообщения 4.Составление глоссария.	Индивидуальное собеседование, заслушивание сообщения	1ч.
Тема 3 Общение в сестринском деле	1.Изучение конспекта лекции. 2..Конспектирование	1. Индивидуальное собеседование, 2.Тестирование	1ч.

	<p>правила общения  медицинского  работника с  пациентом.  3.. Решение  ситуационных задач  5. Подготовка  информационного  сообщения</p>		
<p>Тема 4 Обучение в  сестринском деле</p>	<p>1.Изучение  конспекта лекции.  2.Составление  гlossария.  3.Подготовка  доклада,  реферативного  сообщения,  презентации</p>	<p>1. Индивидуальное  или  собеседование.</p>	<p>1ч.</p>
<p>Тема 5. Иерархия  потребностей  человека по А.  Маслоу. Модели  сестринского дела</p>	<p>1.Изучение  конспекта лекции.  2. Заполнение  схемы:  3.Составление  гlossария.  4. Решение  ситуационных задач</p>	<p>1. Индивидуальное  собеседование.  2.Тестирование.</p>	<p>1ч.</p>
<p>Тема 6 Этапы  сестринского  процесса</p>	<p>1.Изучение  конспекта лекции.  2.Составление  обзорной таблицы.  3.Составление  гlossария</p>	<p>1. Индивидуальное  собеседование.  2.Тестирование</p>	<p>2ч.</p>

Тема 7 Потребность пациента в нормальном дыхании.	1 Изучение конспекта лекции. 2.Составление глоссария.	1.Терминологический диктант 2.Собеседование.	1ч.
Тема 8. Потребность пациента в адекватном питании и питье	1. Изучение конспекта лекции.  Составление и решение проблемно-ситуационной задачи.	1.Проверка наличия выполненного задания. 2.Индивидуальное собеседование.	1ч.
Тема 9. Потребность пациента в физиологических отправлениях.	1.Изучение конспекта лекции.  2.Составление и решение проблемно-ситуационной задачи. 3.Составление глоссария	1.Проверка наличия выполненного задания. 2.Индивидуальное собеседование.	1ч.
Тема 10. Потребность	1.Изучение конспекта лекции.	1.Проверка наличия выполненного	1ч.



пациента в движении		задания. 2.Индивидуальное собеседование.	
Тема 11. Потребности пациента в сне, одежде (надевании, выборе), осуществлении личной гигиены	2.Составление и решение проблемно-ситуационной задачи.	1.Проверка наличия выполненного задания. 2.Индивидуальное собеседование.	1ч.
Тема 12. Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды	1.Изучение конспекта лекции. 2.Составление и решение проблемно-ситуационной задачи.	1.Проверка наличия выполненного задания. 2.Индивидуальное собеседование.	1ч.
Тема 13. Потребности пациента в общении, труде и отдыхе.	1.Изучение конспекта лекции. 2.Составление и решение проблемно-ситуационной задачи.	1.Проверка наличия выполненного задания. 2.Индивидуальное собеседование.	1ч.
Тема 14.Применение модели В. Хендерсон в сестринском процессе	1.Изучение конспекта лекции. 2.Решение проблемно-ситуационной задачи	1.Индивидуальное собеседование. 2.Решение задач	2 ч.
Тема15. Документация сестринского процесса	1.Изучение конспекта лекции. 2.Решение проблемно-ситуационной задачи	1.Индивидуальное собеседование. 2.Проверка наличия выполненного задания. 3.Решение задач. 4.Заполнение документации	2ч.

<b>Всего</b>			<b>18ч.</b>

## **ТЕМА 1. ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

### **Методические рекомендации для самоподготовки студентов теоретического занятия по теме: «История сестринского дела».**

#### **Студент должен знать:**

- Основные вехи истории сестринского дела
  - Основоположники сестринского дела
  - Участие А. Дюнана в создании Международной организации помощи жертвам войны.
  - Российское общество Красного Креста.
  - Развитие сестринского дела в первые годы советской власти.
  - Создание системы среднего специального медицинского образования.
- Основные направления и события в процессе реформирования сестринского дела в РФ на современном этапе.

Сегодня в стране работает более 800 тысяч медицинских сестер. Медицинские сестры составляют большинство работников любого лечебно-профилактического учреждения. Они дарят больным и раненым душевное тепло, сострадание и сочувствие, сочетая с умением оказать неотложную помощь в самых экстремальных условиях. Каждая медицинская сестра должна знать историю развития сестринского дела.

История сестринского дела охватывает многие столетия и не случайно

его, наряду с врачеванием, называют самым древним искусством и, в то же время, самой юной профессией.

Сестринское дело в России получает развитие с 1803 года с организацией службы сердобольных вдов - предшественниц сестер милосердия.

В 1803 г. при воспитательных домах открывают «вдовьи дома» - приюты для бедных вдов, где женщины получили навыки по уходу за больными. Этим женщин называли сердобольными вдовами. Сердобольных вдов стали направлять для работы в больницы. Эта форма профессионального участия женщин в уходе за больными была единственной до середины XIX века. В 1816 году при Московском госпитале была открыта специальная фельдшерская школа на 150 мест, в 1818 г. - курсы сиделок и Институт сердобольных вдов. В 1832 году при Голицинской больнице открывают фельдшерскую школу для мальчиков, в 1854 году - для женщин. Всего к 1911 году было открыто 27 фельдшерских школ.

Первая община сестер милосердия в России - Свято-Троицкая - была создана в Петербурге в 1844 году.

В торжественной обстановке женщин посвящали в сестры милосердия.

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 1854 г. в Петербурге по инициативе и на средства великой княгини Елены Павловны образована знаменитая Крестовоздвиженская община для подготовки медицинских сестер с целью оказания помощи раненым. Преподавали в общине известные врачи, в том числе и сам Н.И. Пирогов.

Интерес к делу ухода за больными и ранеными просыпался у общества с началом крупных военных действий, когда перед глазами энтузиастов возникал в туманной дымке героический образ женщины, перевязывающей кровавые раны умирающего солдата.

Многие русские женщины и девушки оказывали раненым помощь в условиях тяжелой боевой обстановки. Среди них - 15-летняя Даша Михайлова, любовно прозванная защитниками города Дашей Севастопольской - личность легендарная. Фактически она стала первой сестрой милосердия до прибытия Н.И. Пирогова с его отрядом медицинских сестер. По приказу Николая I она была награждена золотой медалью «За храбрость» и крупной денежной премией.

Впервые в мировой истории сестры милосердия стали оказывать помощь раненым и больным на поле битвы. Екатерина Михайловна Бакунина (1812 - 1894) была признана самой достойной для назначения на должность сестры-настоятельницы Кресто-воздвиженской общины.



Екатерина Михайловна  
Бакунина



Елизавета Петровна  
Карцева

В короткий срок смогла стать не только хорошей операционной сестрой, но и талантливым руководителем в так называемых транспортных отрядах, организованных Пироговым.

Елизавета Петровна Карцева (1823-1898). О ее милосердии ходили легенды. Н.И. Пирогов дал такую оценку «Всякий вечер до первого часа ночи я провожу с Бакуниной и Карцевой. Это два столпа общины».

В 1867 г. в России создано Российское общество попечения больных и раненых, в 1876 г. оно было переименовано в Российское общество Красного Креста и вошло в состав международного Красного Креста.

В 1868 г. в Москве была учреждена первая община Красного Креста.

В 1870 г. организована Георгиевская община, ее возглавила Елизавета Карцева.

Создание общества Красного Креста - начало серьезной перестройки и дальнейшего развития системы общин сестер милосердия.

Ф. Найтингейл (1820 - 1910) - основоположница сестринского дела.

Известно, что у истоков развития сестринского дела за рубежом стоят три ранних образа медицинской сестры. Это фольклорный образ «сестра - мать» - период, когда уход за больными осуществлялся на дому женщинами из числа домашних и ограничивался лечением обрядами и травами. Другой религиозный образ «божий работник» - период, характеризующийся появлением всевозможных богаделен, где за больными ухаживали служители церкви. И третий этап («темный» период), это образ «слуги» - когда помощь стали оказывать люди, получившие специальное образование. Особенность и недостаток последнего периода в том, что медицинская сестра выступает лишь в роли исполнителя указаний врача. В развитии сестринского дела в странах Европы в XIX веке большую роль сыграла деятельность выдающейся личности, англичанки Флоренс Найтингейл (1820-1910).



Флоренс родилась во Флоренции (Италии), в богатой аристократической семье и получила блестящее образование для женщины своего времени. Она прекрасно знала литературу, владела пятью иностранными языками, изучала математику и естественные науки, занималась живописью и музыкой. Но спокойная и обеспеченная жизнь не привлекала девушку. Флоренс искала возможность активно помогать бедным и больным. Но в то далекое время деятельность, связанная с милосердием, оказанием помощи нуждающимся, считалась занятием, не достойным знатной женщины.

Девушка пожертвовала личным счастьем, дорогими отношениями с родителями, но осталась верна своему призванию. Благодаря упорству и настойчивости, она в 1851 году поступает в общину сестер пастора Ф.

Флендера в Германии, где и получает сестринское образование. Через два года Флоренс занимает пост заведующей больницей для учительниц в Лондоне. Во время эпидемии холеры в Лондоне, она работает сестрой милосердия в холерной больнице. Имя Флоренс Найтингейл приобретает известность, и ей предлагают заведовать Королевской больницей, но начавшаяся Крымская война (1853 - 1856 г.) изменила ее планы. В ходе боевых действий английская армия несла большие потери, которые возрастали из-за плохой организации военно-медицинской службы. Поэтому, военное министерство искало опытного, знающего человека с организаторскими способностями, которому можно было доверить возглавить отряд медицинских волонтеров. Таким человеком и оказалась Флоренс Найтингейл. Она лично отобрала 38 будущих сестер милосердия и отправилась с ними в английский госпиталь в Скутари (Турция). Отважных женщин ожидала страшная картина: прогнившие, грязные бараки, кишасшие паразитами тюфяки, нехватка белья и перевязочного материала, отсутствие топлива. Более 2000 раненых лежали вповалку на прогнивших нарах, больные тифом и холерой не были изолированы от других больных и раненых. Сестры милосердия во главе с Флоренс энергично взялись за переустройство госпиталя, за обеспечение в военно-полевых условиях максимально эффективного санитарного режима и сестринского ухода. Они добились снижения смертности с 42% до 2%. По ночам повсюду мелькал огонек Флоренс Найтингейл. Прозванная солдатами «Женщиной со светильником» она не отходила от больных и раненых. К концу войны под руководством Флоренс работало уже 125 сестер милосердия. После окончания войны, перед отъездом в Англию, она на свои деньги поставила на высокой горе над Балаклавой в Крыму большой крест из белого мрамора в память о погибших солдатах, врачах и медицинских сестрах. Помощь на театре военных действий принесла Флоренс еще большую известность. Ее именем на родине был назван корабль. Королева Виктория неоднократно приглашала замечательную женщину в резиденцию и подарила ей бриллиантовую брошь с надписью: «Блаженны милостивы».

После окончания Крымской войны Флоренс Найтингейл продолжила свою деятельность в медицине, но уже на другом уровне. Она пишет много книг и статей о назначении, роли, деятельности и подготовке сестер. Выходят в свет такие работы как «Заметки о госпиталях», «Заметки о сестринском деле», «Как надо ухаживать за больными» и многие другие, которые получают восторженную оценку медиков и в настоящее время. Влияние мисс Найтингейл на положение женщин в Великобритании было огромным. В 1856 году одна высокопоставленная дама так отозвалась о мисс Найтингейл: «Важнейшим делом Флоренс было то, что благодаря ей в отдаленных частях империи Флоренс делу подготовки медицинских сестер. В 1860 году по инициативе Найтингейл в Лондоне при больнице Святого Фомы была открыта испытательная школа



для сестер милосердия. В течение 27 лет этой школой руководила подготовленная Флоренс квалифицированная медицинская сестра. Заканчивая школу, сестры милосердия произносили составленную Найтингейл торжественную клятву, где были такие слова: «Всеми силами я буду стремиться помочь врачу в его работе и посвящу себя обеспечению здоровья тех, кто обратился ко мне за помощью». Умерла Флоренс Найтингейл в возрасте 90 лет, она похоронена в кафедральном соборе Святого Павла в Лондоне. Самоотверженная женщина стала примером служения людям и прообразом международного милосердия. Медалью с ее изображением награждают за особые заслуги отличившихся медицинских сестер. На оборотной стороне медали латинская надпись по кругу гласит: «Pro Vera Misericordia et cara Humanitate Perennis decor universalis» - «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества» и посередине гравированная фамилия владельца. Медаль Флоренс Найтингейл была учреждена в 1912 году. К настоящему времени этой медалью награждено около 1000 человек, из них 46 российских медицинских сестер.

Большая роль в развитии сестринского дела за рубежом принадлежит международному обществу Красного Креста. Международный комитет помощи раненым во главе с Анри Дюнаном созвал в октябре 1863 года в Женеве конференцию с участием представителей 13 стран, на которой был выработан устав Международной организации Красного Креста и принята эмблема общества.

В 1971 году в Международном Совете сестер был создан постоянный комитет медицинских сестер при ЕЭС, первым президентом которого стала медсестра Мари-Поль Флоран. В 1973 году Американская Ассоциация сестер создала в США Национальную академию сестринских наук. В 1977 году Международная организация труда (МОТ) приняла Конвенцию № 149 о сестринском персонале, в которой закреплена роль, положение, использование, условия и нормативы сестринского обслуживания. С 1979 года по решению Совета Министров ЕЭС было положено начало созданию общей основы для подготовки и деятельности сестринского персонала Европы. Началом современного сестринского дела можно считать реформы, предложенные Ф. Найтингейл в области профессиональной подготовки сестер, их деятельности, управления сестринскими службами на основе применения специально разработанных ею научных методов, что оказало определяющее влияние на развитие сестринского дела во всем мире в последующие периоды. Укреплению социального и профессионального статуса сестры в значительной мере способствовало также создание с конца XIX века национальных и международных сестринских ассоциаций, обществ и союзов. Создание



многоуровневой системы сестринского образования, ранжирование сестринского персонала по уровням профессиональной квалификации были обусловлены, в первую очередь, экономическими причинами, так как система здравоохранения в западных странах развивалась как прибыльный бизнес, обеспечивающий условия быстрого технологического прогресса и создание широкого рынка медицинских услуг.

На современном этапе сестринское дело, конечно же, не останавливается. Оно продолжает развиваться с тем, чтобы соответствовать все новым и новым требованиям, которые к ним предъявляют и врачи, и новые технологии, и пациенты.

### **Рекомендации:**

**1. Изучить конспект лекции.**

**2. Подготовить реферат:**

1. «История развития сестринского дела, как часть истории человечества»
2. «Русские женщины. От сестры милосердия до медицинской сестры»
3. «История становления Красного Креста и Красного Полумесяца»
4. «Основоположница сестринского дела Ф. Найтингейл»
5. «Современные общины сестер милосердия»

**3. Составить:** «Хронологическую таблицу основных событий истории сестринского дела»

### **Используемая литература**

Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела. Практикум» 2014г стр. 14-15

Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова «Основы сестринского дела. Курс лекций» 2013 г  
стр7-36

## **ТЕМА 2. ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов  
теоретического занятия по теме: «Философия сестринского дела».**

### **Студент должен знать:**

- Принципы философии сестринского дела в России
- Фундаментальные понятия философии сестринского дела
- Этические компоненты, как основа философии.
- Сестра как независимый специалист в сфере здравоохранения.
- Основные положения этического Кодекса Международного Совета медицинских сестёр и Этического Кодекса медицинских сестёр России.

Для дальнейшего прогресса в сестринском деле возникла необходимость философского осмысления сестринской практики. Чтобы перейти к вопросам

философии сестринского дела, нужно вспомнить, что же такое философия? Говоря о философии, мы говорим о том, как человек мыслит, во что верит, как воспринимает жизнь. Философия - это система взглядов на мир.

«Философия – форма общественного сознания, мировоззрение. Система идей, взглядов на мир на место в нем человека»– так дает определение общей философии философский энциклопедический словарь.

Философия сопровождает нас от начала жизни до самой смерти. Это наша точка зрения, которую мы имеет всегда и по любым вопросам. Ее имеют и дети, и подростки, и зрелые люди, и пожилые. Это то, что отличает нас от животных, что делает нас разумными. Заставляя мыслить, думать, выражать свои мысли и чувства при помощи вербальных и невербальных методов.

Философия может быть разной семейная философия, философия любви, трудовой деятельности. Бытовая и т.д. другими словами, философия – это наука, включающая в себя мировоззрение человека на окружающий мир и на свое место в нем.

Философия в медицине – это не ново. Известные врачи древности – Авиценна, Платон, Горацио, Сократ обладали не только даром врачевания, были астрономами, математиками, но и были известными философами.

Философия сестринского дела отражает мировоззрение медсестры по отношению к своей профессии, к сестринскому делу, к роли и месту медицинского персонала в сестринском деле.

Определение «Философия сестринского дела» - является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между медсестрой, пациентом, обществом и окружающей средой».

Философия сестринского дела – своего рода фундамент всех аспектов данной профессиональной деятельности медсестер. Она включает в себя ответы на следующие вопросы:

- определение сестринского дела, его миссия, цели, задачи;



- соотношение сестринского дела и медицины;
- взаимодействие медсестры и пациента;
- профессиональная этика (ценности, добродетели, обязательства медсестры).

Постановление правительства Российской Федерации от 05.11.97, №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг сестринского персонала в ЛПУ. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации больного.

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело – это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В настоящее время сестринское дело – неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Оно является многогранной медико-санитарной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

В 1993 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции был принят Программный документ «Философия сестринского дела в России». Этот документ отражает систему взглядов российских

медицинских сестер на основные ценности и перспективы их профессии, раскрывает перед обществом профессиональное мировоззрение, идеал в сестринском деле.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела, включающей четыре парадигмы: сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье.

Понятие личности занимает особое место в философии сестринского дела. Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.

Сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. Она принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

Окружающая среда рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье рассматривается не отсутствие болезней, а как динамическая гармония личности с окружающей средой, достигаемая посредством адаптации.

Сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем, связанных со здоровьем человека в изменяющихся условиях окружающей среды.

Философия сестринского дела основана на общечеловеческих

принципах этики и морали. В центре этой философии – человек.

Этика – обычай, нрав. Этика изучает нравственность, т.е. нормы поведения людей. Этика – область философии, которая определяет, что правильно, и что неправильно в профессиональном поведении, где добро и где зло.

Мораль – это своего рода свод правил о нормах поведения, это один из способов регулирования жизни человека в обществе. Мораль регулирует поведение и сознание людей. Принципы морали имеют всеобщее значение и распространяется на всех людей, они регулируют, упорядочивают, оценивают отношения между людьми.

Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества; цели, к которым стремится профессионал; моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов.

Основными принципами философии являются:

- уважение к жизни,
- уважение к правам,
- уважение достоинств человека.

Они реализуются не только в работе сестры с пациентом, но и в ее сотрудничестве с другими специалистами.

Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер. Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта: 1) содействие укреплению здоровья, 2) профилактика заболеваний, 3) восстановление здоровья, 4) облегчение страданий. Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Он является нравственным

ориентиром поведения медицинской сестры. Кодекс декларирует основные этические элементы философии сестринского дела:

- обязанности,
- ценности,
- добродетели.

### **Этические элементы философии сестринского дела**

Обязанности (правила, действия, команды) «Как я действую?»:

Обязательства включают в себя обязанности:

- быть умным, компетентным профессионалом,
- уважать пациента,
- уважать право на самоопределение,
- не причинять вреда,
- делать добро,
- уважать обязательства других,
- держать слово,
- сотрудничать,
- быть преданной.

Ценности (идеалы, желаемые цели) «К чему я стремлюсь?». Это то, что я хочу видеть:

- профессионализм,
- здоровье,
- здоровая окружающая среда,
- независимость,
- достоинство,
- уход.

Добродетели (личные качества). «Кто я как личность?»:

- знание,
- умение,
- ответственность,

- жалость,
- сотрудничество,
- забота.

### **Основные положения этического Кодекса Международного Совета медицинских сестёр и Этического Кодекса медицинских сестёр России.**

Потребность в работе медсестры универсальна. Сестринское дело подразумевает уважение к жизни, достоинству и правам человека. Оно не имеет ограничений по национальному и расовым признакам, по вероисповеданию, цвета кожи, возраста, пола, политического и социального положения.

#### **Сестра и пациент:**

- Основную ответственность м/с имеет перед теми, кто нуждается в ее помощи. Оказывая помощь м/с старается создать атмосферу уважительного отношения к этическим ценностям, обычаям и духовным убеждениям пациентов. Сестра хранит полученную конфиденциальную информацию.

#### **Сестра и практика:**

- На медсестру лежит личная ответственность за осуществление сестринского дела на практике и за постоянное повышение квалификации. Сестра старается выполнять работу на самом высоком уровне. Сестра принимает взвешенные решения о личной компетенции, давая и беря на себя поручения. Медсестра должна вести себя так. Чтобы не подорвать доверие к профессии.

#### **Сестра и общество:**

- Медсестра, как и другие граждане несет ответственность за осуществление и поддержку мер направленных на удовлетворение запросов в области здравоохранения.

#### **Сестра и сотрудники:**

- Медсестра поддерживает отношения сотрудничества с другими медсестрами и с теми, с кем ей приходится работать. Медсестра принимает необходимые меры безопасности пациента, если его состоянию угрожает опасность со стороны сотрудников или др. людей.

#### **Сестра и ее профессия:**

- Медсестра играет главную роль в определении и воплощении желательных стандартов сестринской практики и специального образования. Медсестра принимает активное участие в развитии профессиональных знаний, она участвует в разработке и обеспечении справедливых социальных и экономических условий работы.

Вопросы нравственности, морали, деонтологии были актуальны во все времена, тем более, когда эти вопросы касались медицины, заботе о страждущих, больных. Это очень хорошо отражено в клятве Гиппократа (5-4 вв. до н.э.), в обязательстве Ф.Найтингейл, эту клятву дают выпускники сестринских школ во многих странах мира:

«Я, торжественно, перед Богом и в присутствии этого собрания даю обязательство: провести мою жизнь в чистоте и верно служить моей профессии. Я буду воздерживаться от всего, что влечет за собой вред и гибель, и не стану брать или сознательно давать вредоносное лекарство.

Я сделаю все, что в моих силах, чтобы держать и возвысить уровень моей профессии, а также обещаю держать в тайне все личные вопросы, относящиеся к моему ведению и семейные обязательства пациентов, ставшие мне известными в ходе моей практики.

**С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе». Есть такая восточная мудрость: «Если в сокровищницу положить золото – золото и возьмете, если положите медь – медь и возьмете». Сестринское дело без фундамента профессиональной философии – всего лишь медь.**

**Рекомендации:**

**1.Изучить конспект лекции.**

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Что такое философия, философия сестринского дела, сестринское дело?
2. Что такое этика? Основные этические элементы философии сестринского дела.
3. Как соотносится сестринское дело и общество?
4. Раскройте сущность философии сестринского дела в России?
5. В каком году был утвержден Этический кодекс медицинской сестры, кем? Что лежит в его основе?
6. Что такое сестринская деонтология?
7. Понятие биоэтики.
8. Значение стандартизации в сестринском деле.

9. Что такое медицинская деонтология?
  10. В каком году был принят Этический Кодекс медсестры России?
  11. Что такое философия сестринского дела?
  12. Какие сферы ухода выделяла Ф. Найтингейл:
- 2. Составить** глоссарий на тему «Философия сестринского дела»

### ***3. Подготовьте сообщения***

1. Статья из журнала: Хетагурова А.К. «Уважение человеческого достоинства пациента». Журнал «Сестринское дело» -2015г-№1-с8-9.
2. Статья из журнала: Островская И.В. «Внешний вид медсестры и пациента». Журнал «Медицинская сестра» -2016г-№1-с32.
3. Статья из журнала: П. Ключникова «Кодекс поведения медицинской сестры». Журнал «Сестринское дело»-2014г-№4-с37-38.

## **ТЕМА 3. ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.**

### **Методические рекомендации для самоподготовки студентов теоретического занятия по теме: «Общение в сестринском деле».**

#### **Студент должен знать:**

- Определение понятий «биоэтика», «медицинская тайна».
  - Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения.
  - Общение как средство сестринской помощи и социальной поддержки.
  - Функции общения.
  - Уровни общения: внутриличностные, межличностные, общественные.
  - Типы общения: вербальное и невербальное.
  - Каналы общения: устная речь, письменное общение, неречевое общение.
  - Элементы общения: отправитель, сообщение, канал, получатель, подтверждение.
  - Стили общения.
  - Факторы, способствующие и препятствующие эффективному общению.
- Критерии эффективного общения.

Этика неразрывно связана с деонтологией. Термин «**деонтология**» был введен английским философом, журналистом Джерми Бентамом (1748-1832 гг.)

Бентам определил понятие «**деонтология**» как **науку о должном профессиональном поведении** человека. В России этот термин ввел Николай Николаевич Петров - хирург-онколог (30-50.-е годы 20-го столетия), считая главным этическим принципом непричинение вреда.

В медицинском понимании деонтология - это учение о юридических,

профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Помимо этого, деонтология устанавливает нормы взаимоотношений между медиками и родственниками пациентов, а также между коллегами в медицинском коллективе.

Итак, медицинская **этика** определяет **моральные** отношения, а медицинская **деонтология** - **профессиональные** отношения в рамках между медиками, пациентами и родственниками.

Термин «**биоэтика**» ввел американский биолог Ван Ренселлер Поттер. Термин «биоэтика» образован от *bios* - жизнь. Поттер рассматривает биоэтику как новую дисциплину, которая перекинет мост между точными и гуманитарными науками - мост между биологией и этикой, отсюда - биоэтика.

Биоэтика в широком смысле слова - это наука об этических, биомедицинских исследованиях и их практическом применении.

*Биоэтика - как и медицинская этика - наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, но в условиях использования новых медицинских технологий.*

Биоэтику иногда определяют как изучение этических аспектов проблемных ситуаций в современной медицине.

Сегодня медицина поднялась до уровня осознания биомедицинских проблем как проблем, прежде всего, этического и нравственного характера

Особенности сестринской этики.

1. Сочувствие к пациенту и уважение его достоинства.

Эмпатия - способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека. Быть в состоянии эмпатии - значит на какое-то время войти в мир другого, но в любой момент вернуться. Если такая способность теряется - то самой медсестре необходима медицинская помощь, то есть медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями.

2. Доброжелательность, приветливое выражение лица - составляющие профессиональной культуры. Профессиональная культура - это культура поведения, общения и внешнего вида.

3. Честность с больными и коллегами, критичность к себе и окружающим.

4. Уважение закона.

5. Уважение прав пациента - медсестра тактично объясняет пациенту его права и обязанности.

6. Постоянное самосовершенствование, стремление к получению свежей информации.

7. Свобода выбора (выбирать должен не только пациент).

8. Ответственность за свой труд.

9. Сохранение медицинской тайны (разговоры о диагнозе, особенностях заболевания - в рамках компетенции - должны быть обозначены врачом)



предусмотрено законом.

10. Принцип информированного согласия - любой медицинский работник должен максимально полно информировать пациента о его состоянии здоровья, методах и перспективах лечения, дать ему оптимальные советы, учитывая его возможности в общении и социальном положении. На основании полученных сведений пациент самостоятельно принимает решение о дальнейших действиях.

Попытка скрыть правду от больного вызывает у него сомнения в правильности диагноза, компетенции врача. В этом отношении очень показателен случай из жизни великого русского хирурга Н.И. Пирогова. Во время празднования 50-летия его врачебной деятельности в 1881 году в Москве он решил проконсультироваться по поводу язвы на нёбе, беспокоившей его. Хирурги во главе с Н. В. Склифосовским, заподозрив рак, высказались за операцию. Но Н.И. Пирогов решил выслушать и мнение знаменитого Т. Бильрота, проживавшего в Вене, и поехал к нему на консультацию. Тот успокоил коллегу, заявив, что операция не нужна. Доктор С. Шкляревский, сопровождавший Н.И. Пирогова в поездке, свидетельствовал, что после консультации у Бильрота расположение духа Николая Ивановича резко изменилось в лучшую сторону, «из убитого и дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, он опять сделался бодрым и свежим». Но через несколько месяцев Н.И. Пирогов умирает мучительной смертью. За 26 дней до кончины он написал: «Ни Склифосовский, ни Бильрот не узнали у меня *unclus oris meum, cancerosum sepegenosum* - иначе первые три не посоветовали бы операции, а второй - не признал бы болезнь за доброкачественную». Разумеется, Н.И. Пирогов был не прав и принял «святую ложь» за профессиональную ошибку. Подобных случаев немало описано в литературе.

11. Основной медицинский принцип - непричинение вреда (**не навреди!**) со времен Гиппократов).

12. Сверхценность благодеяний. Благодеяние - моральный долг медиков, основа деонтологии. История сестринского дела богата примерами высокого понимания своего долга: это и Ф. Найтингейл, и Е. Бакунина, вышедшие из богатых аристократических семей и посвятившие всю свою жизнь служению людям, и баронесса Ю. Вревская, и великая княгиня Елизавета Федоровна - заплатившие жизнью за свои благодеяния.

Коммуникация имеет большое значение в жизни каждого человека, а тем более в работе медика, поскольку общение в медицине – это общение человека с человеком, медика с пациентом и его родственниками. Даже если медсестра коммуникабельна от природы, важно, чтобы она умела анализировать свое общение с людьми и сознательно использовала свои

навыки для совершенствования профессиональной деятельности. 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 и психологические трудности. Общение - одно из важнейших умений, необходимых для эффективной деятельности сестры. Медсестре необходимы специальные знания и умения, чтобы общение оказало максимальную помощь и поддержку пациентам.

Навыки общения необходимы ей для взаимодействия с пациентом, его семьей, врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе.

Доверие к сестре у пациента и его семьи возникает только в том случае, если она владеет навыками эффективного общения.

Можно выделить три уровня общения.

1. Внутрличностное – с самим собой во время работы.
2. Межличностное – между двумя и более людьми.
3. Общественное – общение одного человека с большой аудиторией.

*Функции общения* определяются в соответствии с его содержанием. Сочетаясь, они придают процессу общения определенную специфику. Различают следующие функции общения:

- инструментальная - характеризует общение как социальный механизм управления и передачи информации, необходимой для выполнения какого-либо действия;
- интегративная - является средством объединения людей;
- самовыражения - определяет общение как форму взаимопонимания психологического контекста;

- трансляционная - передает конкретные способы деятельности, оценки и т. д.;
- экспрессивная - взаимопонимание переживаний и эмоциональных состояний;
- социального контроля - регламентация поведения и деятельности;
- социализации - формирование навыков взаимодействия в соответствии с принятыми нормами и правилами.

В общении выделяют три взаимосвязанные стороны.

*Коммуникативная сторона* общения состоит во взаимном обмене информацией между собеседниками, передаче и приеме знаний, мнений, чувств.

Универсальным средством коммуникации и общения является речь, с помощью которой не только передается информация (например, беседа палатной медицинской сестры с пациентом по поводу того, каким должен быть его образ жизни в период реабилитации в домашних условиях).

*Интерактивная сторона* общения (от англ. *interaction* - взаимодействие) заключается в обмене действиями, организации межличностного взаимодействия, позволяющего реализовать общую деятельность (например, обсуждение медицинской сестрой и пациентом, перенесшим инсульт, взаимных обучающих действий в процессе становления его эффективной жизнедеятельности).

*Перцептивная сторона* общения - это процесс воспитания, познания и понимания людьми друг друга с последующим установлением определенных межличностных отношений (например, акушерка убеждает молодую супружескую пару, готовящихся стать родителями, в необходимости соблюдать здоровый образ жизни).

Также в общении выделяют пять звеньев.

1. Отправитель информации, т.е. человек, начинающий общение.
2. Само общение, т. е. передаваемая вербальная (речевая) и невербальная (неречевая) информация.

3. Используемый канал передачи информации (речевой, неречевой, письменный и т. д.).
4. Получатель информации, т. е. партнер по общению, или собеседник.
5. Факт подтверждения или не подтверждения собеседником получения информации, т. е. обратная связь. Данный фактор является чрезвычайно важным для осуществления эффективного общения между людьми.

Необходимо отметить, что в процессе общения лицо, передающее информацию, принято называть *коммуникатором*, а лицо, получающее эту информацию, *реципиент*.

Каналы общения:

- устная речь – получатель слышит ее;
- неречевое сообщение – мимика, жесты, позы, какие либо действия; получатель видит его;
- письменное сообщение – получатель читает его.

Общение бывает вербальным и невербальным.

Вербальное общение – устная речь. Невербальное общение - мимика, жесты, позы, прикосновения, письменное общение (общение, с помощью слов или символов).

Возможные причины непонимания общающихся:

- неправильно выбран канал общения, т. е. получатель не подтвердил получения сообщения или не понял его;
- сообщение передано невнятно или быстро или тихо и т. д.

Вербальное общение предполагает, что вы говорите, и как вы говорите.

Вербальное общение может быть эффективным, если:

- говорить медленно с хорошим произношением, простыми короткими фразами;
- не злоупотреблять специальной терминологией;
- выбрать правильную скорость и темп речи, исходя из уровня восприятия собеседника;

- правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована данная информация, должен иметь желание и интерес к беседе;
- следить за интонацией голоса, убедиться, чтобы она соответствовала тому, что собираются говорить;
- убедиться в том, что вас поняли;
- юмор, использованный с осторожностью, подчас помогает успокоить и снять напряжение, обеспечит эмоциональную поддержку и смягчит восприятие болезни.

Письменное общение может быть эффективным, если:

- писать аккуратно;
- выбрать правильный размер и цвет букв;
- писать грамотно;
- выбрать понятные и простые слова;
- подписать сообщение.

Эффект письменного общения зависит от следующих компонентов:

- умеет ли получатель читать;
- понимает написанное;
- видит написанное;
- знает ли язык, на котором написано сообщение.

Невербальный канал общения более достоверно выражает чувства и подразумеваемый смысл, тогда как слова могут ввести в заблуждение, так как этот канал общения, как правило, люди в меньшей степени способны сознательно контролировать.

Навык невербального общения сестре необходим, так как ей часто приходится ухаживать за пациентом, не способным использовать устную речь как канал общения.

Мимика является очень богатым источником информации. С помощью мимики можно передать следующие состояния:

- удовольствие – радость;

- интерес – ажиотаж;
- гнев – ярость;
- пренебрежение – презрение;
- удивление – испуг;
- стыд – робость – унижение;
- страх – ужас;
- счастье – печаль.

При бессловесном (невербальном) общении с пациентом большую роль играют:

- внешний вид медсестры – опрятность и профессионализм вызовут доверие пациента;
- выражение лица значительно влияет на общение с пациентом (улыбка/нахмуренные брови); лицо может выражать шесть основных чувств: удивление, страх, гнев, отвращение, счастье, печаль;
- глаза – своеобразный «центр», позволяющий более точно определить выражение лица;
- руки – исходя из того, как жестикулирует собеседник, можно судить о его эмоциональном состоянии;

походка – является дополнительным критерием оценки внутреннего состояния человека.

### **Рекомендации:**

#### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки**

1. Что такое общение вообще? Дайте определение общению в сестринском деле.
2. Расскажите об уровнях общения по отношению к личности и по временному отношению.
3. Какие функции несет в себе общение между медицинской сестрой и пациентом?
4. Какие требования надо соблюдать медицинской сестре при использовании словесного типа общения?
5. Какие правила надо соблюдать медицинской сестре при использовании в общении с пациентом письменной речи?

6. Что такое невербальный тип общения? Какие особенности его использования Вы знаете?
7. Расскажите о психологических зонах комфорта.
8. Расскажите о факторах, способствующих и препятствующих общению.
9. Какие стили общения Вы знаете? Расскажите о них.
10. Расскажите о терапевтических методах и средствах общения. Что относится к нетерапевтическим методам и средствам общения?

## **2. Составить глоссарий на тему «Общение в сестринском деле»**

### **3. Задания в тестовой форме**

1. Способность давать информацию о себе в окружающую среду и воспринимать информацию об окружающей среде для себя есть:
  - а) общение вообще;
  - б) обобщение в сестринском деле;
  - в) цель общения в сестринском деле.
2. По отношению к личности выделяют такой уровень общения, как:
  - а) макроуровень;
  - б) межличностный;
  - в) микроуровень
3. Типы общения между медсестрой и пациентом - это:
  - а) вербальный;
  - б) невербальный;
  - в) многоуровневый.
4. Существуют такие стили общения, как:
  - а) стиль «компромисс»;
  - б) стиль «сотрудничество»;
  - в) стиль «медсестер».
5. Функции общения между медсестрой и пациентом - это:
  - а) информационная;
  - б) объективная;
  - в) субъективная.
6. Что такое общение?

### **4. Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

Прочитайте следующий отрывок из книги И.А. Шалова: «Как и многие студенты, я во время учёбы иногда ночами дежурил в гор. больнице медбратом. Обычно удавалось ладить с больными, и отношения у нас были самыми сердечными. Всё же на очередном дежурстве у меня возник конфликт с больной, которая требовала сделать её инъекцию лекарства, не назначенного врачом. Я не смог убедить больную в неправомерности её просьбы, и она нагрубила мне.

Утром, как обычно, я подошёл к ней, чтобы сделать инъекцию назначенного врачом лекарства. Во время укола больная резко воскликнула «Что Вы делаете! Решили отомстить

Я был шокирован. Я и думать забыл о случившемся вечером, и

у меня, конечно, мыслях не было ничего подобного».

**Задание:**

- 1) Как бы Вы вышли из подобной ситуации?
- 2) Можно ли было не допустить её возникновения?

**Задача № 2.**

Н.А. Магазаник в своей книге «Искусство общения с больными» приводит пример своего пациента - известного художника с довольно тяжелым заболеванием сердца, вынуждающим его останавливаться через каждые 100-200 метров. Неожиданно он получил приглашение поехать в Италию, где без устали ходил по Риму и многочисленным музеям, почти не пользовался нитроглицерином, а ведь воздух в Риме загрязнён уж никак не меньше, чем в Москве. Ясно, что причина такого улучшения заключалась в снятии тревоги, спешки, досады, раздражения, короче - в хорошем настроении.

**Задание:**

Какие методы общения способствуют созданию и сохранению хорошего настроения?

**Задача № 3.**

Ознакомьтесь с проведённым ниже отрывком из книги А. Бернер:

«Пациенту было всего 36 лет, а у него уже был богатый список возможных перенесённых операций и осложнений.

К нам его перевели из другой больницы, где ему сделали операцию на поджелудочной железе. Кончилось всё очередной операцией, в результате которой он практически лишился поджелудочной железы, а приобрёл огромную рану на животе, всяческие трубки, капельницы и т.п. Человек был независимый, привык к полной самостоятельности, и ему очень тяжело было свыкнуться с тем, что он теперь беспомощный и больной. Послеоперационный период затянулся, и, в конце концов, он так разозлился на судьбу, настолько расстроился, что отказался от всякого дальнейшего лечения, процедур и уколов. Отказался даже лечиться и выполнять предписания по режиму. У нас с ним к тому времени сложились весьма близкие отношения, и я решила с ним поговорить. Он мне сказал: «Я так устал, что со мной без конца что-то делают, а я даже слова сказать не могу. Я беспомощен. Со мной что хотят, то и делают!» А я ему ответила, что нельзя изменить обстоятельства (учитывая, что его состояние требует стационарного лечения) остаётся изменить своё к ним отношение. Объяснила, что выбор у него есть (и он его уже сделал, попросившись в нашу больницу, которая в этой области лучшая). И смотреть на происходящее лучше не в том плане, что с ним что-то делают, а в том, что делают это ДЛЯ НЕГО, чтобы помочь ему поправиться. Я сказала ему, что вместо того, чтобы горевать из-за своего бессилия по поводу того, что мы делаем с его телом, не лучше ли помочь самому себе морально, взглянув на происходящее со стороны. Ведь в моральном плане мы как раз и бессильны ему помочь. Сказала, что ему не надо забывать, что он человек, что он больше и сильнее всякой болезни, которая с ним приключилась. Пока я говорила, он только



молчал, и мне трудно было определить, доходят мои слова или нет. Мне порой казалось, что я слишком много от него хочу, но я сказала ему всё как другу, поскольку дружба меня к этому обязывала».

**Задание:**

Определите стиль и средства общения медицинской сестры с пациентом. Аргументируйте свою точку зрения.

**Задача № 4.**

К медицинской сестре одного из отделений крупного научно-клинического центра обратилась пациентка: профессор назначил ей приём на 11 часов. Так как уже было 11 часов, медицинская сестра зашла в кабинет профессора и, вернувшись через некоторое время, сказала: «Профессор пьёт чай, когда закончит, Вас примет».

Заметив, выражение глубокой обиды и недоумения на лице пациентки, медицинская сестра пожала плечами и заметила: «Что же тут особенного? Профессор ведь тоже человек и имеет право попить чаю или пообедать».

**Задание:**

Прокомментируйте ситуацию. Как бы Вы поступили?

**Задача № 5.**

Вы заканчиваете бессонное дежурство, устали, торопитесь домой, а Ваш пациент, напротив, чрезвычайно словоохотлив. Заметив брошенный Вами выразительный взгляд на часы, он даже взял Вас за руку, что бы Вы не убежали и выслушали его до конца.

**Задание:**

Как поступить?

**5. Подготовьте сообщения**

1. Статья из журнала: Хетагурова А.К. «Прежде всего - не навредить». Журнал «Сестринское дело» -2015г-№2-с6-7.
2. Статья из журнала: Шапов И.А. «От деонтологии к биомедицинской этике». Журнал «Медицинская сестра» -2016г-№1-с2-5.

**ТЕМА 4. ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: «Обучение в сестринском деле».**

**Студент должен знать:**

- Сферы обучения: познавательная, эмоциональная, психомоторная.
- Способы обучения: индивидуальные, коллективные.
- Цели обучения: промежуточные, конечные.
- Реалистичность целей.
- Условия достижения целей.

- Факторы, способствующие эффективному обучению.
- Способность к обучению
  
- Этапы учебного процесса
- Организация обучения.
- Оценка эффективности обучения.

Важной функцией сестринского персонала является обучение пациентов, членов их семей по вопросам, касающимся их здоровья. В одних случаях - это обучение конкретным навыкам самоухода или ухода, в других - подготовка к тому или иному исследованию, приему лекарственных средств (например, технике введения инсулина), в-третьих - рациональному (диетическому) питанию. Обучая пациентов, сестра помогает им адаптироваться, чтобы сохранить максимально возможный для них комфортный уровень жизни.

Медицинские сестры должны иметь представление о методах проведения профилактической работы с населением, способах и приемах популяризации здорового образа жизни, а также профессионально проводить сестринскую работу в лечебных учреждениях, школах, в семьях, и т.д.

Обучение в сестринском деле, или сестринская педагогика, включает в себя преподавательскую деятельность медицинских сестер и организацию обучения пациентов и их родственников.

Особое значение приобретает терапевтическое обучение, которое становится важной частью ежедневной работы медицинской сестры.

По определению ВОЗ (2001 г.) *терапевтическое обучение пациентов* - это комплекс важных действий, призванных помочь больному управлять своим лечением, предотвратить или отсрочить развитие возможных осложнений. Такие действия дают дополнительный терапевтический эффект наряду с фармакологическим, физиотерапевтическими и другими лечебными мероприятиями. Терапевтическое обучение приводит к улучшению качества и продолжительности жизни пациентов с хроническими заболеваниями,

повышает качество ухода, снижает расходы на лечение в лечебном учреждении.

Терапевтическое обучение пациентов - это системный, ориентированный на пациента учебный процесс, который должен учитывать ряд факторов:

- способность пациента справляться с заболеванием, контролировать ситуацию;
- представления пациента о здоровье, его социально-культурный уровень;
- потребности пациента независимо от того, нарушены они или нет.

Терапевтическое обучение является частью ежедневной жизни пациента, затрагивает его семью, родственников и друзей. Качественное терапевтическое обучение должно включать в себя предоставление пациенту необходимой информации и обязательную психологическую поддержку самого пациента, его семьи и родственников. Это длительный непрерывный процесс, учитывающий образ жизни пациента и особенности его личности.

Функции медицинской сестры как преподавателя состоят:

- в выявлении потребности в обучении у пациента или его близких;
- мотивации обучения;
- передаче знаний пациенту;
- выработке умений у пациента;
- формировании у пациента устойчивых навыков.

Кроме того, медицинская сестра в процессе обучения должна:

- соотносить свое профессиональное поведение и заболевание пациента;
- учитывать индивидуальные особенности пациента и его семьи;
- проявлять сочувствие к пациенту;
- осознавать потребности пациента;
- учитывать эмоциональное состояние пациента, его представлений о заболевании и лечении;
- обучать пациента навыкам управления лечебным процессом;

- помогать пациентам управлять своим образом жизни;
- оценивать процесс обучения и предоставлять необходимую информацию.

Медицинская сестра, занимающаяся обучением пациента и его родственников, должна соответствовать довольно высоким требованиям.

1. Ей должны быть присущи лучшие общечеловеческие качества.
2. Она должна иметь соответствующий уровень интеллектуального и культурного развития.
3. От медицинской сестры требуется высокая внутренняя дисциплина, умение работать над собой.
4. Медицинская сестра должна обладать педагогическими способностями.

Другими словами, медицинская сестра должна:

- иметь организаторские способности,
- быть коммуникабельной,
- быть конструктивной,
- обладать экспрессивностью.

Задачами обучения являются:

- пропаганда здорового образа жизни, позволяющего сохранить и укрепить здоровье;
- подготовка пациента к максимальной адаптации в болезни.

Сферы обучения - области, в которых происходит процесс обучения. Обучение, как правило, происходит в трех сферах: познавательной, эмоциональной и психомоторной.

Познавательная сфера подразумевает, что человек получает информацию, узнает новые факты. Эту информацию он анализирует, отделяет важную, значимую для него, от второстепенной.

Эмоциональная сфера заключается в том, что человек, получив информацию, реагирует на это чувствами (эмоциями), переживаниями, мыслями, мнениями. Он оценивает полученные знания и изменяет свое поведение.

Психомоторная сфера означает, что человек, используя умственную и мышечную деятельность, обучается новым видам движений, уверенно выполнит необходимые действия, приобретает стойкие навыки.

#### 5. Методы и приемы обучения пациентов

Сестринское обучение требует от медицинской сестры специальных знаний и профессионализма. Она должна владеть методами и приемами обучения.

Методами обучения являются: словесный, наглядный (иллюстративный), практический.

Выделяют несколько видов учебных занятий: лекция, проблемная лекция, беседа, ролевые игры.

Важным компонентом обучения являются средства обучения.

Учебно-наглядные пособия: натуральные препараты, предметы профессиональной деятельности, изобразительные средства.

Вербальные средства включают в себя справочную, учебную и методическую литературу.

Технические средства обучения: видеофильмы, аудиозаписи, компьютеры, мультимедийные системы.

Таким образом, знание разнообразных методов, форм и способов обучения позволяет медицинской сестре выбрать оптимальный **способ обучения** пациента.

Формальное обучение пациента проводится в ЛПУ или домашней обстановке. Медицинская сестра обучает пациента, прививает навыки повседневных действий (введение инсулина, измерение АД) или закрепляет навыки, полученные у других специалистов: инструктора по лечебной физкультуре (ЛФК), массажиста, диетолога.

Неформальное обучение проводится, когда медицинская сестра, выполняя свои обязанности, беседует с пациентом о волнующих его проблемах: как правильно питаться, к чему приведет частое употребление алкоголя, какие побочные действия может оказать лекарство и т.д.

Используя формальное и неформальное обучение, медицинская сестра может значительно увеличить объем знаний и умений пациента и его родственников.

Для того чтобы обучение пациента или его близких было максимально эффективным, медицинской сестре необходимо учитывать множество факторов.

Готовность пациента к обучению зависит:

- от состояния здоровья - при тяжелом состоянии пациента обучение лучше отложить;
- состояния сознания - обучение должно проводиться только при ясном сознании пациента и совершенно невозможно, если *пациент* находится без сознания;
- умственных способностей (интеллекта), образования обучаемого - при низких умственных способностях процесс обучения возможен, но потребует от медицинской сестры значительных физических и эмоциональных затрат;
- возраста - чем младше пациент, тем меньший объем информации он может усвоить и овладеть только самыми несложными действиями; преклонный возраст также не способствует эффективному обучению.

Обучение должно удовлетворять нескольким условиям:

- наличие четкой цели и мотивации к получению знаний;
- доброжелательное отношение сестры к обучающимся (пациентам и членам их семей);
- создание ассоциативной связи между новой информацией и прошлым опытом и знаниями;
- обязательная практическая отработка полученных знаний.

Обучающиеся лучше понимают и запоминают, если сестра:

- использует технику эффективного общения;
- выслушивает все, что ей говорят и ли, о чем ее спрашивают;
- относится к ним терпеливо;
- хвалит за успехи в обучении;

- делает перерыв, если они плохо себя чувствуют или чем-то расстроены.

Чтобы обучение было эффективным, следует учитывать три фактора:

- желание и готовность к обучению;
- способность к обучению;
- окружающую обстановку.

Желание и готовность к обучению зависят,

- во-первых, от умственных способностей обучаемого, позволяющих ему сосредоточиться и понять новый материал,
- во-вторых, от внимания.

Способность к обучению зависит от стадии и уровня развития (ребенок, престарелый и т. д.).

Окружающая обстановка также является одним из важных условий успешного обучения. Начиная обучение, сестра должна оценить количество обучаемых (групповое обучение не всегда эффективно), необходимость в уединении, температуру воздуха, освещение, шум, вентиляцию, мебель.

Таким образом, обучение является важной функцией сестринского дела, помогающей пациентам адаптироваться к своему состоянию, сохранить максимально возможный комфортный уровень жизни.

### **Рекомендации:**

#### **1. Изучить конспект лекции.**

#### **Контрольные вопросы для самоподготовки:**

1. Что оценивает медсестра, организуя процесс обучения пациента?
2. Назовите основные функции медсестры как преподавателя, раскройте их суть.
3. Какие способы обучения использует медсестра?

4. Какие педагогические методы и средства может использовать медсестра в процессе обучения?

5. Назовите основные факторы, способствующие или препятствующие эффективному обучению.

**2. Составить глоссарий** на тему «Обучение в сестринском деле»

**3. Подготовить доклад, или реферативные сообщения, презентации по темам:**

- «Как сделать обучение эффективным»

- «Что такое эффективное обучение»

### **Используемая литература:**

Т.П. Обуховец «основы сестринского дела. Практикум» 2015г стр. 28-42

Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова «Основы сестринского дела. Курс лекций» 2016 г

стр. 37

## **ТЕМА 5. ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А. МАСЛОУ. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов  
теоретического занятия по теме: Иерархия потребностей человека по  
А. Маслоу. Модели сестринского дела.**

### **Студент должен знать:**

- Основные концепции теории А. Маслоу;
  - основные представления о моделях и системах ценностей сестринского дела;
  - уровни основных человеческих потребностей по А. Маслоу и потребности повседневной жизни по В. Хендерсон;
  - сравнительная характеристика основных положений модели Д. Орэм и В. Хендерсон;
  - понятие о потребности человека в здоровье и болезни;
  - иерархия потребностей по А. Маслоу;
  - условия и факторы, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей человека;
  - роль медсестры в оздоровлении образа жизни пациента и его семьи;
  - возможные причины при выявлении потребностей в уходе (болезнь, травма, возраст);
- сестринская помощь в поддержании и восстановлении независимости пациента в удовлетворении его потребностей

В самом общем виде потребность можно определить как объективно



необходимое условие существования или развития ее носителя. Это объективное условие, предпосылка существования субъекта (индивида, группы, организации и т.д.). Неудовлетворенная потребность вызывает сбой в функционировании субъекта, а то и угрожает его существованию. В качестве такового может выступать как индивид, так и социальная общность, организация.

Неудовлетворенная потребность проявляется в той или иной форме. Например: Неудовлетворенная потребность в пище - в форме чувства голода, в воде - в чувстве жажды, в витаминах - в авитаминозе, в общении - в чувстве скуки, тоски и т.д. Люди замечают индикаторы потребностей, когда последние не удовлетворяются. Так, мы можем не подозревать о потребности в воздухе до тех пор, пока нам не перекроют поступление кислорода в дыхательные пути. Неудовлетворенная потребность ведет к ее осознанию.

Осознанная потребность - это представление субъекта о том, что ему необходимо для существования и развития. Представление может приближаться к объективной потребности (захотел есть - понял: надо поесть), а может быть весьма далеко от нее. Неудовлетворенная физиологическая потребность проявляется в ощущениях, которые выступают стимулом к действиям лишь после их декодирования. Например, заболел живот. Что случилось? Человек декодирует свои ощущения, исходя из своих представлений о медицине, личного опыта, что тесно связано с уровнем медицинской культуры данной страны. Потребности индивида - это объективно необходимые условия существования человека. Будучи природно-социальным существом, человек имеет две группы потребностей: одни порождены его физиологией и психологией, другие сконструированы обществом. Часто эти две группы потребностей переплетаются. Например, есть природная потребность в воде, но общество сформировало в людях чувство брезгливости по отношению ко всему нечистому, поэтому возникает синтетическая осознанная потребность не в воде вообще, а в чистой воде. Отсутствие последней вызывает такие же страдания, как и отсутствие воды

вообще. Таким образом, осознание природной потребности является по своей природе социальной конструкцией, несущей на себе отпечаток культуры данного общества.

В общественных науках давно утвердилась мысль, что потребности человека многообразны и имеют разную значимость. Потребность - это объективное условие нормального существования человека. Однако человек многомерен: в нем есть элементы, без функционирования которых, само существование человека невозможно (работающее сердце, мозг, желудок и т.п.), а есть такие, которые вызывают дискомфорт, но не смертельный исход. Карл Маркс сформулировал эту идею так: *«Люди в первую очередь должны есть, пить, иметь жилище и одеваться, прежде чем быть в состоянии заниматься политикой, наукой, искусством, религией и т.д.»*

Более детальную проработку эта идея получила в психологической концепции мотивации, разработанной американцем (сыном еврейских иммигрантов из России) Абрахамом Маслоу (1908-1970). Он утверждал, что врожденные потребности человека выстраиваются в следующую иерархию:

- физиологические потребности (голод, жажда и т.п.);
- потребности в безопасности (долговременное выживание и стабильность);
- потребности в принадлежности и любви (социальные потребности);
- потребности в достижении успеха (в самоуважении, уважении);
- потребность в самосовершенствовании, самовыражении.

Все эти потребности выстроены в иерархию. Это означает, что чем ниже расположена потребность, тем она более значима. Потребности, расположенные в основе иерархии, должны быть удовлетворены в той или иной мере до того, как человек сможет осознать более высокие потребности.

Рассмотрим каждый этаж иерархии подробнее. Самыми сильными и неотложными являются физиологические потребности, то есть условия, существенные для физического выживания. А.Маслоу характеризовал их как *«самые насущные, самые мощные из всех потребностей»*, подчеркивал факт

их первичности по отношению ко всем прочим потребностям. Об их неудовлетворении организм сигнализирует позывами, которые при длительном неудовлетворении могут приобретать мучительный характер. В эту группу включаются потребности в пище, питье, кислороде, сне, защите от экстремальных температур, в физической активности, потребности в выделении продуктов жизнедеятельности. Физиологические потребности это потребности выживания. Для существования человека эти потребности должны быть удовлетворены хотя бы на минимальном уровне, их неудовлетворение может иметь разрушительные для организма последствия. *«На практике это означает, - писал А. Маслоу, - что человек, живущий в крайней нужде, человек, обделенный всеми радостями жизни, будет двигаться, прежде всего, потребностями физиологического уровня».*

«Во время Второй мировой войны был проведен эксперимент с участием мужчин, отказавшихся по религиозным и иным причинам от несения воинской службы. Они согласились участвовать в эксперименте, в ходе которого их посадили на полуголодную диету для изучения голода на поведение. Во время исследования, по мере того как мужчины начали терять в весе, они стали безразличными почти ко всему, кроме еды. Они постоянно говорили о еде, и поваренные книги стали их любимым чтением».

Как отмечал А. Маслоу, у постоянно голодного человека происходит «изменение личной философии будущего. Человеку, измученному голодом раем покажется такое место, где можно до отвала наесться... Он считает бессмыслицей такие вещи как любовь, свобода, братство, уважение, его философия предельно проста: «Любовью сыт не будешь».

Потребности в безопасности в иерархии Маслоу занимают второе место после физиологических. В эту категорию он включил потребности в безопасности, быть чистым, одеваться, раздеваться, поддерживать температуру.

В целом их можно охарактеризовать как потребности в долговременном выживании. У взрослых людей эта потребность

удовлетворяется в таких действиях, как предпочтение, отдаваемое стабильной работе, даже если она не очень хороша в остальных отношениях, предпочтение надежной техники, бытовых приборов, даже если они уступают другим моделям по своей изощренности, спектру услуг.

**Таким образом, человек на протяжении всей своей жизни растет, развивается, постоянно контактирует с окружающей средой. В связи с этим у него возникают такие жизненно-важные потребности, удовлетворять которые ему необходимо для гармоничного роста и развития в этой среде.**

На третьем уровне находятся потребности в принадлежности и любви (социальные потребности). С точки зрения Маслоу, эти потребности начинают действовать после удовлетворения физиологических потребностей и потребностей в безопасности и защите. Достигнув этого уровня, люди стремятся формировать отношения привязанности с другими людьми. Групповая принадлежность становится доминирующей. Будучи неудовлетворенной, эта потребность вызывает муки одиночества, тяжелые переживания отверженности. Маслоу утверждал, что быть любимым и признанным очень важно для здорового чувства достоинства. Когда человека не любят, появляется пустота и враждебность. Человек, чья потребность в принадлежности, не удовлетворена, *«терзаем чувством одиночества, болезненно переживает свою отверженность, ищет свои корни, родственную душу, друга»*.

На этой потребности вырастает рынок услуг по организации общения. Это дискотеки, рестораны и кафе, разного рода клубы, лагеря отдыха, общественные организации и т.д. *«Человеку, - по словам А. Маслоу, - крайне важно знать, что он живет на родине, у себя дома, рядом с близкими и понятными ему людьми, что его окружают «свои», что он принадлежит определенному клану, группе, коллективу, классу»*.

На четвертом уровне находятся потребности в достижении успеха (в самоуважении, в уважении). Жизнь в обществе привела к возникновению

потребностей в достижении успеха: в работе, жизни, семье, стремлении к гармонии, красоте, порядку. Общась с людьми человек, не может быть равнодушным к оценке своего успеха в каких-то делах со стороны окружающих. У человека появляется потребность в уважении и самоуважении. Маслоу выделял два варианта. Во-первых, самоуважение, предполагающее потребность в компетенции, уверенности, независимости и свободе. Иначе говоря, человеку важно знать, что он достойный человек. Во-вторых, это уважение к другим. *«Каждый человек постоянно нуждается в признании, устойчивой и, как правило, высокой оценке собственных достоинств, каждому из нас необходимы и уважение окружающих нас людей, и возможность уважать себя»*. Неудовлетворение потребностей в самоуважении ведет к чувству неполноценности, слабости, зависимости, пассивности. Эти потребности особенно остро ощущаются в молодости. С годами люди приобретают более реалистическую оценку своей личности и не нуждаются так, как в молодости, в признании окружающих. Кроме того, взрослые уже достигают какой-то степени признания, которым в принципе можно удовлетвориться. Молодым же надо добиваться его с нуля.

Вершину пирамиды, составляют потребности в самосовершенствовании, самовыражении, обеспечивающие самоактуализацию человека и развитие его как личность. Это потребность учиться, работать и играть.

Потребность в самоактуализации является высшей в иерархии Маслоу. Она остро чувствуется, когда остальные потребности более или менее удовлетворены. Самоактуализация - это желание человека стать тем, кем он может стать, это значит достичь вершины потенциала. Как писал Маслоу, *«музыкант должен заниматься музыкой, художник – писать картины, а поэт - сочинять стихи, если, конечно, они хотят жить в мире с самими собой. Человек обязан быть тем, кем он может быть. Человек чувствует, что он должен соответствовать собственной природе. Люди должны быть тем, кем они могут быть. Они должны быть верны своей*

*природе».*

Правда, есть другая сторона проблемы: кто из нас знает, на что мы способны в наибольшей мере, кто знает, где наш потолок? В фильме «Как стать счастливым» главный герой - изобретатель, создавший прибор, позволяющий определить, в какой области у человека максимально развиты способности. Он становится учителем школы, которая начинает выпускать в большом количестве выдающихся людей: музыкантов, спортсменов, рабочих-рекордсменов, изобретателей и т.д. Но эта фантастика еще далека от реальности. По оценке Маслоу, только немногие (менее 1%) людей достигают самореализации. Этому препятствует две группы причин: 1) незнание людьми своих возможностей; 2) препятствия со стороны среды не только в реализации, но даже в их осознании.

Модель - это образец, по которому что-то должно быть сделано. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели.

Значение моделей сестринского дела для развития сестринской специальности очень велико, если раньше сестра только ухаживала за тяжелобольными пациентами, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями.

Действуя подобным образом, новая концепция заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела профессиональной моделью. Высококвалифицированная практикующая сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты ухода, отвечающего потребностям конкретного пациента. При этом делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровлении, восстановлении здоровья.

Модель сестринского дела ориентирована на человека, а не на болезнь. В настоящее время в мировой практике сестринского дела

насчитывается более 30 концептуальных моделей сестринской помощи. Содержание каждой модели зависит как от уровня экономического развития той или иной страны, ее политики, общепризнанных ценностей, системы здравоохранения, религии, так и от философии и убеждений конкретного человека или группы людей, разрабатывающих ту или иную модель.

Каждая из них содержит следующие основные положения:

- определение пациента,
- источник проблем пациента,
- цели и приоритетная задача сестры,
- роль сестры,
- направленность (фокус) вмешательства,
- способы вмешательства,
- ожидаемый результат.

Добавочно-дополняющая модель предложена Вирджинией Хендерсон в 1960 году в США, дополненная модель в 1968 году. Данная модель акцентирует внимание сестринского персонала на физиологические, а затем на психологические и социальные потребности, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Главное в этой модели - участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

В. Хендерсон предлагает 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей, в то же время, больной человек не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно.

В. Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Применение модели В. Хендерсон предусматривает непременно участие пациента во всех этапах сестринского процесса.

Медсестра совместно с пациентом устанавливает, какие из потребностей следует удовлетворить в первую очередь. Принимать решения за пациента медицинская сестра может только в том случае, если пациент не

в состоянии этого сделать.

Автор данной модели считает, что при планировании ухода пациент должен полностью и самостоятельно удовлетворять свои повседневные потребности, поэтому долгосрочная цель ухода заключается в том, чтобы добиться у пациента максимальной независимости.

Поставленная цель должна быть реалистичной и измеримой, чтобы можно было оценить успешность или безуспешность сестринского вмешательства.

Сестринское вмешательство направлено на укрепления здоровья пациента, полное решение задач, поставленных перед ним. В конечном итоге вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости, насколько это возможно.

Оценка результатов ухода. Итоговую оценку выполнения плана по уходу начинают с оценки каждой повседневной потребности, при удовлетворении которой были выявлены проблемы. При не достижении цели изменяют формулировки цели и планируют новые сестринские вмешательства.

#### Модель дефицита самоухода Д. Орем:

Каждый человек, здоровый или больной, должен иметь равновесие в потребностях самоухода и возможностях его осуществлять.

Первичная оценка потребностей и возможностей пациента в самоуходе. Медсестра определяет необходимое поведение пациента при самоуходе - равновесие между потребностями и возможностями осуществлять самоход. Проводя первичное обследование пациента, медсестра определяет, нужна ли ее помощь. Для этого она должна собрать дополнительную информацию и выяснить, почему возник дефицит самоухода. Осмотр и наблюдение, беседа помогут ей понять проблему пациента:

- недостаток знаний и умений;
- мотивация;



- ограничение поведения, продиктованное общественными и культурными нормами.

Сестринский уход планируется в зависимости от возможностей самоухода пациента и его родственников.

При оценке эффективности сестринского ухода прежде всего, учитывается, что достигнуто самим пациентом к назначенному ими совместно времени. Сестринский уход считается эффективным, если удается сохранить или восстановить равновесие между возможностями и потребностями пациента в самоуходе.

Модель сестринского ухода помогает акцентировать внимание медицинской сестры при обследовании пациента, постановки диагноза и планировании сестринского вмешательства.

### ***Рекомендации:***

#### **1. Изучить конспект лекции.**

#### ***Вопросы для контроля знаний студентов***

1. Что такое потребность?
2. Основные положения теории А. Маслоу.
3. Факторы, от которых зависит способ удовлетворения потребностей.
4. В чем заключается иерархия потребностей человека по А. Маслоу.
5. Основные положения модели сестринского ухода В. Хендерсон.
6. Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон.

#### **2. Заполнить схемы:**

- «Уровни потребностей человека по А. Маслоу»

#### **3. Выберите продолжение фразы из предложенных вариантов:**

- 1. Первый уровень в пирамиде потребностей А. Маслоу – это потребности:**
  - a. в принадлежности и любви;
  - b. физиологические;
  - c. в достижении успеха;
  - d. в безопасности.
- 2. Вершина иерархии потребностей человека согласно теории А. Маслоу – это:**
  - a. социальная потребность;
  - b. потребность в самоуважении и уважении окружающих;
  - c. потребность в самореализации личности;
  - d. потребность в безопасности;

- 3. Понятие «жизненно важная потребность человека» означает:**
- a. любое осознанное желание;
  - b. способность функционировать независимо;
  - c. дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека;
  - d. потребность человека в доминировании.
- 4. Автор модели сестринского ухода, основанный на 14 потребностях человека, - это:**
- a. Абрахам Маслоу;
  - b. Доротея Орем;
  - c. Флоренс Найтингейл;
  - d. Вирджиния Хендерсон.
- 5. Иерархию основных человеческих потребностей предложил американский психолог:**
- a. Г. Мюррей;
  - b. Д. Мак-Клеланд;
  - c. А. Маслоу;
  - d. Ф. Герцберг;
  - e. В. Варум.
- 6. Наиболее важная проблема пациента в соответствии с иерархией потребностей А. Маслоу – это:**
- a. риск получения травмы;
  - b. неэффективное дыхание;
  - c. недостаточный комфорт;
  - d. выраженное беспокойство, связанное с изменением образа жизни.

#### ***4.Продумайте ситуационные задачи***

**1.** В беседе с пациентом медсестра выяснила, что в настоящее время состояние пациента удовлетворительное, жалоб нет, живёт хорошо, ни в чем себе не отказывает, любит вкусно и плотно поесть, правда из-за большой загруженности на работе, это осуществимо только вечером после работы. Чтобы снять нагрузку дня вечерами во время ужина расслабляется несколькими рюмочками спиртного. Свободного времени почти нет, а если и есть часок другой, то необходимо выспаться. Находится в стационаре на обследовании так как, периодически поднимается давление, начинаются головные боли и ноет сердце. Причины указать не может.

Дайте характеристику образа жизни пациента. Нарушено ли у пациента удовлетворение потребности?

2. Осуществляя ежедневные гигиенические мероприятия тяжелобольному пациенту, медсестра обнаружила в области крестца сине-багровое пятно с мелкими пузырьками в центре.

Что с пациентом? Какое удовлетворение потребности у пациента нарушено и почему?

3. Молодая девушка поступила в инфекционное отделение. Сестра хозяйка выдала ей одежду, предупредив, что халат великоват. Девушка поинтересовалась, что за большие белые пятна на халате. На что медсестра ответила, что ничего страшного, это от хлорки. К вечеру дежурная медсестра заметила, что у пациентки плохое настроение, всё время лежит в палате и даже не ходила в столовую есть.

Оцените ситуацию. Какое удовлетворение потребности у пациента нарушено и почему?

4. Пациент по профессии снабженец, в командировке заболел и попал в стационар с воспалением легких. Его поместили в двухместную палату к пожилому пациенту, который очень плохо слышит. На второй день постовая медсестра отчитала его за то, что постоянно не может застать его в палате, он все время в других палатах, а в отделение карантин по гриппу и это делать запрещается. Но к вечеру медсестра опять увидела его в другой палате.

Оцените ситуацию. Каковы действия медсестры?

5. Пациентка, беседуя с палатной медицинской сестрой поделилась с ней своей радостью. У неё есть сын старшеклассник, за которого она постоянно беспокоится, так как он рано начал курить, затем стал приходить домой выпивши, дома постоянно собирались молодые люди, которые курили, бренчали на гитаре. Но около года назад они получили квартиру и переехали в другой микрорайон, сын пошёл учиться в другую школу. И теперь она сына не узнаёт. Пьянки прекратились, уже дважды ходил с классом в поход, сейчас попросил купить ему лыжи, приходил к ней в стационар и просил узнать у врача куда можно обратиться, чтобы бросить курить. Пациентка спрашивает у медсестры, не понимает ли она, что случилось с её сыном?

Что можно ответить в данной ситуации?

## **ТЕМА 6. ЭТАПЫ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: «Этапы сестринского процесса».**

**Студент должен знать:**

- Сестринский процесс – метод организации сестринской помощи;
- определение понятия «сестринский процесс» и преимущества внедрения в сестринскую практику.

- Цель и этапы сестринского процесса.
    - Содержание I этапа сестринского процесса (обследование пациента) и его цель
  - определение понятия «субъективное обследование», как результат расспроса пациента;
  - определение понятия «объективное обследование», как результат медицинского обследования;
  - слагаемые объективного обследования;
  - дополнительное обследование, как результат лабораторного и инструментального исследования;
    - Содержание II этапа сестринского процесса (выявление проблем пациента)
  - определение понятия «проблема» и цель этапа;
  - виды проблем: от времени появления, приоритетности, от характера реакции пациента на болезнь, отличие медицинского и сестринского диагноза;
    - Содержание III этапа (планирование сестринского ухода)
  - виды целей и ожидаемый результат;
  - требования к постановке целей;
  - категории сестринских вмешательств.
    - Содержание IV этапа (реализация плана сестринского процесса)
  - объём вмешательств от состояния пациента и поставленных целей;
- \*содержание V этапа (оценка результата);
- текущая и итоговая оценка.

Понятие о сестринском процессе родилось в США в середине 50-х годов. В настоящее время оно получило широкое развитие в современной американской, а с 80-х годов - в западноевропейских моделях сестринского дела.

Сестринский процесс - это научно-обоснованный метод организации и оказания сестринской помощи, систематический путь определения ситуации, в которой находится пациент и медсестра, и возникающих в этой ситуации проблем, в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон. Сестринский процесс - динамичный, циклический процесс.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма, требующего комплексного подхода к личности пациента.

Сестринский процесс – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой обязанностей по

оказанию помощи пациентам (населению).

Сестринский процесс с современных позиций несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с нозологической единицей, объектом «манипуляционной техники». Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медицинскую сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

### **Этапы сестринского процесса**

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных этапов.

1. Сестринское обследование и оценка состояния пациента.
2. Сестринская диагностика (выявление проблем).
3. Планирование помощи (сестринских вмешательств), направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем).
4. Выполнение плана необходимых сестринских вмешательств.
5. Оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости.

### **Первый этап сестринского процесса: сестринское обследование и оценка состояния пациента**

Первый этап сестринского процесса: обследование пациента – текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента

Цель обследования пациента – собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для того, чтобы создать информационную базу данных о нем, о его состоянии в момент обращения за помощью.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер. Источником информации является, в первую очередь, сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья,

эта информация носит:

- субъективный характер (субъективный метод обследования): сбор анамнеза, социологические данные, данные о развитии (если это ребенок). Сведения о культуре, информация о духовном развитии (духовные ценности, вера и т.п.), психологические данные (индивидуальные особенности характера, самооценка и способность принимать решения).
- объективный характер (объективный метод обследования) – это данные физикального обследования пациента (пальпация (ощупывание) - обследование какой-либо части тела с помощью пальцев; перкуссия - метод исследования какой-либо части тела путем выстукивания ее поверхности с помощью пальцев или специального инструмента; аускультация - выслушивание звуковых явлений, сопровождающих функции органов тела человека), измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания.
- дополнительный характер (дополнительный метод обследования) – лабораторные и инструментальные исследования.

Собранные данные записываются в сестринскую историю - лист сестринской оценки - протокол-документ самостоятельной, профессиональной деятельности медицинской сестры в рамках ее компетенции. Цель сестринской истории – контроль за деятельностью медсестры, выполнением ею плана ухода и рекомендаций врача, анализ качества сестринской помощи и оценка профессионализма медсестры.

### **Второй этап сестринского процесса: сестринская диагностика**

Как только медицинская сестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается второй этап сестринского процесса – установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.

Сестринский диагноз – это определение реакции пациента на болезнь и свое состояние: физиологическое, психологическое, социальное, духовное (например, боль, страх смерти, гипертермия, слабость, беспокойство и т.д.).

Проблемы пациента подразделяются на настоящие и потенциальные. Настоящие проблемы – это проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент (например, у больного с травмой позвоночника - боль, стрессовое состояние, ограничение подвижности и т.д.). Потенциальные проблемы – те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени (например, у больного с травмой позвоночника - появление пролежней, пневмония, снижение тонуса мышц, запоры, осложнения инъекций).

Поскольку у пациента в большинстве случаев может быть несколько проблем, связанных со здоровьем, сестра не может приступить к их решению одновременно. Поэтому проблемы пациента необходимо рассматривать с учетом приоритетов и классифицировать как первичные, промежуточные и вторичные. Проблемы пациента, которые если не лечатся, то могут оказать пагубное влияние на больного, относят первичным. К промежуточным относят неэкстремальные и неопасные для жизни потребности больного. Проблемы вторичные – это потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу (например, у больного с травмой позвоночника первичная проблема – боль, промежуточная – ограничение подвижности, вторичная – чувство беспокойства).

В отличие от врачебного диагноза, направленного на выявление конкретного заболевания или сущности патологического процесса, сестринский диагноз может меняться каждый день и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь.

### **Третий этап сестринского процесса: планирование сестринских вмешательств**

Третий этап сестринского процесса – планирование сестринской помощи. Планирование сестринской помощи начинается с постановки целей сестринской помощи. Существует два вида целей: краткосрочные и

долгосрочные. Краткосрочными являются цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени – неотложно или в течение 1-2 недель и ставятся, как правило, в острой фазе заболевания. Долгосрочными являются цели, которые достигаются за более длительный период (более 2 недель). Они обычно направлены на предотвращение рецидивов заболевания, осложнений, их профилактики, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение знаний о здоровье.

В формулировке целей необходимо обязательно выделять: Действие (исполнение). Критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Например, медицинская сестра должна обучить пациента в течение двух дней делать самому себе инъекции инсулина. Действие – делать инъекции; временной критерий – в течение двух дней; условие – с помощью медсестры. Или медицинская сестра в течение суток должна снизить температуру тела больному. Действие – мероприятия для снижения температуры тела; временной критерий – в течение суток; условие – с помощью медицинской сестры.

После определения целей и задач по уходу медицинская сестра составляет собственно план ухода за пациентом - письменное руководство по уходу, где перечисляет специальные действия, необходимые для достижения целей сестринского ухода, который записывается в сестринскую историю (карту) болезни.

#### **Четвертый этап сестринского процесса: реализация плана сестринских вмешательств**

Четвертый этап сестринского процесса – осуществление плана сестринских вмешательств.

Существует три категории сестринского вмешательства:

- независимое – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или



указаний от др. специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.);

- зависимое – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.);
- взаимозависимое – предусматривает совместную деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами. Например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

Медицинская сестра выполняет намеченный план, применяя несколько методов ухода: помощь, связанная с обеспечением жизненных ежедневных потребностей, уход для облегчения достижения целей медицинского обслуживания (создание благоприятной окружающей обстановки, стимулирование и мотивация пациента и т.д.). Каждый из методов включает теоретические знания и клинические навыки.

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей. Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода. Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни (например, при ампутации конечности, осложненных травмах позвоночника и т.д.). Реабилитирующая помощь – процесс длительный, его примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика и т.д.

Проводя четвертый этап сестринского процесса медицинская сестра решает две стратегические задачи:

- наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории (карте) болезни;
  - наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с постановкой сестринского диагноза

- **Пятый этап сестринского процесса: оценка результатов и коррекция ухода**

Пятый этап сестринского процесса – оценка эффективности сестринского процесса.

Целью данного этапа является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Если поставленные задачи выполнены и проблема решена, медицинская сестра должна удостоверить это, сделав соответствующую запись в сестринской истории (карте) болезни, поставив дату и подпись.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигнуты, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит к неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

### **Рекомендации:**

#### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки**

1. Что такое сестринский процесс? Какова его цель.
2. Перечислите этапы сестринского процесса.
3. Дайте характеристику 1 этапа сестринского процесса.
4. Дайте характеристику 2 этапа сестринского процесса.
5. Дайте характеристику 3 этапа сестринского процесса.
6. Дайте характеристику 4 этапа сестринского процесса.
7. Дайте характеристику 5 этапа сестринского процесса.

#### **2.Проверьте полученные знания**

Выбрать правильный вариант ответа:

1. Сестринский процесс состоит из:

- а) двух этапов;
- б) четырех этапов;
- в) трех этапов;
- г) пяти этапов.

2. Цель сестринского процесса:

- а) определение очередности мероприятий ухода;
- б) установление природы заболевания;
- в) удовлетворение основных потребностей организма;
- г) назначение лечения.

3. Первый этап сестринского процесса – это:

- а) планирование объема сестринских вмешательств;
- б) выявление проблем пациента;
- в) сбор информации о пациенте;
- г) определение целей сестринского ухода.

4. К субъективному методу сестринского обследования относится:

- а) определение отеков;
- б) опрос пациента;
- в) измерение АД;
- г) осмотр кожных покровов пациента.

5. Проведение первого этапа сестринского процесса включает:

- а) сестринское обследование пациента;
- б) врачебное обследование;
- в) постановку «Сестринского диагноза»;
- г) составление плана сестринских вмешательств.

6. Обследование – это:

- а) сбор данных о пациенте и установление взаимосвязи в данных о пациенте;
- б) установление проблем пациента, связанных со здоровьем;
- в) заключительный этап сестринского процесса.

7. Субъективные данные о пациенте – это:

- а) данные, полученные при лабораторных исследованиях;
- б) данные, полученные от пациента о его самочувствие;
- в) данные, полученные путем инструментального исследования.

8. Второй этап сестринского процесса включает:

- а) планирование объема сестринских вмешательств;
- б) выявление проблем пациента;
- в) сбор информации о пациенте;
- г) определение целей ухода.

9. Сестринский диагноз определяет:

- а) болезнь;
- б) реакцию организма в связи с болезнью;
- в) психосоциальные отклонения в состоянии здоровья пациента;
- г) эмоциональные реакции.

10. Третий этап сестринского процесса включает:

- а) планирование целей сестринских вмешательств;
- б) оказание неотложной помощи;

- в) выявление проблем пациента;
- г) сбор информации о пациенте.

11. Третий этап сестринского процесса включает

- а) определение целей ухода;
- б) планирование объема сестринских вмешательств;
- в) выбор приоритетов – наиболее важных проблем;
- г) выявление нарушенных потребностей.

12. Цели сестринского ухода бывают:

- а) краткосрочными;
- б) общими;
- в) личными;
- г) неконкретными;
- д) терапевтическими.

13. Четвёртый этап сестринского процесса это:

- а) оценка состояния пациента методом сестринского обследования;
- б) определение проблем пациента;
- в) планирование ухода;
- г) реализация плана.

14. В понятие «Сестринские вмешательства» не входят:

- а) экстренные;
- б) зависимые;
- в) независимые;
- г) взаимозависимые.

15. Заключительный этап сестринского процесса включает:

- а) определение эффективности проведённого сестринского ухода;
- б) выбор приоритетов;
- в) установление проблем пациента;
- г) выявление нарушенных потребностей пациент

**3. Составьте обзорную таблицу «Этапы сестринского процесса»**

**4. Составьте глоссарий на тему «Этапы сестринского процесса»**

## **ТЕМА 7. ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В НОРМАЛЬНОМ ДЫХАНИИ.**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: «ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В НОРМАЛЬНОМ ДЫХАНИИ.**

### **Студент должен знать:**

- Первичная оценка потребности в нормальном дыхании;
  - признаки нарушения функций нормального дыхания;
  - возможные проблемы пациента в связи с нарушением удовлетворения данной потребности;
  - определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании;
  - возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании;
- оценка сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.

### **Первичная оценка потребности в нормальном дыхании**

Дыхание является главнейшим источником жизни. Человек может прожить без пищи и воды несколько дней, но без воздуха самое большее – несколько минут. Дыхание связывает человеческий организм с биосферой и живым миром земли. При недостаточном поступлении воздуха сердце и иммунная система начинают работать активнее, предотвращая тем самым недостаток кислорода. Дыхательная система человека устроена таким образом, чтобы организм в целом мог приспособиться к любым изменениям окружающей среды.

Потребность в кислороде - нормальном дыхании, одна из основных физиологических потребностей человека. Дыхание и жизнь - неразделимые понятия.

Для оценки возможности пациента удовлетворять потребность в нормальном дыхании (обеспечение достаточным количеством кислорода) сестра должна уметь провести как субъективное (расспрос), так и объективное (осмотр) обследование пациента.

Человек может произвольно менять частоту, тип, ритм, глубину, структуру и уровень дыхания.

Количество воздуха, которое может вдохнуть человек при максимальном вдохе и выдохнуть, составляет понятие жизненной емкости легких. Жизненная емкость легких у женщин в среднем составляет 3,5 л, у мужчин – 4–5 л. Ее величина зависит не только от пола, но и от возраста,

роста, степени физической активности и характера трудовой деятельности.

Недостаток кислорода вызывает усталость, головокружение, плохое самочувствие и настроение.

При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным, появляется одышка, кашель. Продолжительное уменьшение концентрации кислорода в тканях приводит к цианозу - кожа и видимые слизистые приобретают синюшный оттенок. Каждая клетка организма требует достаточно большого количества кислорода. К снижению его поступления особенно чувствительны клетки головного мозга.

Человек, удовлетворяя потребность в нормальном дыхании, поддерживает необходимый для жизни газовый состав крови.

Наиболее частыми признаками, свидетельствующими о недостаточном обеспечении организма человека кислородом, являются одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке, удушье, асфиксия, астма.

Одышка – субъективное ощущение затруднения дыхания. Признаками одышки являются учащение дыхания, изменение его глубины (поверхностное или, наоборот, более глубокое) и ритма.

Одышка может быть физиологической – появляется после физической нагрузки или в стрессовой ситуации, и патологической – при заболеваниях органов дыхания, кровообращения, головного мозга, крови и т.д.)

Различают следующие виды **патологической одышки**:

- **инспираторная** - это дыхание с затрудненным вдохом,
- **экспираторная** - это дыхание с затрудненным выдохом,
- **смешанная** - это дыхание с затрудненным вдохом и выдохом.

**Удушье** - быстро развивающаяся сильная одышка.

**Патологические типы дыхания.**

1. **Дыхание Куссмауля** - редкое, глубокое, шумное (наблюдается при глубокой коме - длительной потере сознания).

2. **Дыхание Биотта** - периодическое дыхание, при котором происходит правильное чередование периода поверхностных дыхательных движений и пауз, равных по продолжительности (от нескольких секунд до минуты).

3. **Дыхание Чейна-Стокса** - характеризуется периодом нарастания частоты и глубины дыхания, которое достигает максимума на 5-7 дыхании, с последующим периодом убывания частоты и глубины дыхания и очередной длительной паузой, равной по продолжительности (от нескольких секунд до 1 минуты).

**Асфиксия** - это остановка дыхания вследствие прекращения поступления кислорода.

**Астма** - это приступ удушья или одышки легочного или сердечного происхождения.

**Кашель** – защитно-приспособительный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты и инородных тел.

**Кровохарканье** – выделение крови или мокроты с кровью во время кашля.

**Боли в грудной клетке** возникают обычно при включении в патологический процесс листков плевры.

**Тахипноэ** – учащение дыхания (до 24 и более в минуту).

**ОДН** – острая дыхательная недостаточность.

Положения пациента при дыхательных расстройствах:

- ортопноэ – вынужденное положение сидя – высокое положение Фаулера;
- вынужденное положение на больном боку.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в нормальном дыхании**

Проблемы пациента могут быть связаны с:

- незнанием, неумением, нежеланием или невозможностью занять положение, уменьшающее одышку или боль,

- нежеланием выполнять дыхательные упражнения регулярно,
- неумением использовать плевательницу,
- неумением использовать ингалятор,
- снижением физической активности (из-за одышки или боли),
- страхом смерти от удушья,
- необходимостью отказа от курения,
- снижением аппетита из-за мокроты с неприятным запахом,
- непониманием необходимости регулярного приема назначенных врачом лекарственных средств.

**Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании**

Обсуждая совместно с пациентом план предстоящего ухода, следует предусмотреть достижение одной или нескольких целей:

- пациент будет знать и сможет занять положение, облегчающее дыхание,
- у пациента сохранится физическая активность, необходимая для самоухода,
- пациент сможет самостоятельно пользоваться ингалятором (плевательницей),
- пациент будет принимать лекарственные средства в соответствии с назначением врача,
- пациент бросит курить (уменьшит количество выкуриваемых в день сигарет),
- пациент (родственники) будут знать приемы самопомощи при приступе удушья,
- пациент будет знать меры, уменьшающие дискомфорт, связанный с откашливанием мокроты.

Поддержание потребности в нормальном дыхании должно стать для



медицинского работника приоритетной задачей. Для удовлетворения потребности в дыхании медицинская сестра должна обеспечить пациенту удобное положение в постели, периодически проветривать комнату, обучить пациента:

- технике кашля, дыхательным упражнениям,
- приемам самопомощи при приступе удушья,
- самостоятельно пользоваться ингалятором.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в нормальном дыхании**

Если вмешательства, направленные на увеличение возможности пациента удовлетворить его потребность в нормальном дыхании оказались малы или неэффективны, следует изменить характер вмешательств, согласовав их с лечащим врачом.

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

##### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки**

1. На что необходимо медицинской сестре обращать внимание, при первичной оценке в нарушении потребности в нормальном дыхании?
2. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в нормальном дыхании?
3. Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании?
4. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности в нормальном дыхании?

#### **2.Проверьте полученные знания:**

Выбрать правильный вариант ответа:

- 1.К физиологической потребности, согласно иерархии А.Маслоу, относится:  
а) уважение;

- б) знание;
- в) дыхание;
- г) общение

2.Количество дыханий в одну минуту у взрослого в норме:

- а) 30-36;
- б) 22-28;
- в) 16-20;
- г) 10-12.

3.Перечислите патологические типы дыхания:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

4.Установите соответствие:

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1.Инспираторная одышка  | а) дыхание с затрудненным |
| вдохом                  |                           |
| 2.Экспираторная отдышка | и выдохом                 |
| 3.Смешанная отдышка     | б) дыхание с затрудненным |
|                         | выдохом                   |
|                         | в) дыхание с              |
| затрудненным вдохом     |                           |

5.Если ваш пациент не даёт согласие на выполнение запланированного Вами вмешательства, Вы:

- а) уходите от него и не выполняете вмешательство;
- б) объясняете пациенту важность процедуры, добиваетесь его согласия и выполняете;
- в) выполняете запланированное вмешательство без согласия пациента.

3.Составьте глоссарий на тему: «Потребность пациента в нормальном дыхании»

## **ТЕМА 8. ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В АДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ И ПИТЬЕ**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: «ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В АДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ И ПИТЬЕ»**

**Студент должен знать:**

- Первичная оценка потребности в адекватном питании и питье;
- основы гигиенического питания;
- возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье;
- определение целей, сестринского ухода при нарушении удовлетворения данной потребности;
- возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в адекватном питании и питье;
- оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в адекватном питании и питье.

### **Первичная оценка потребности пациента в адекватном питании и питье**

Потребность в пище также имеет важное значение для сохранения здоровья и хорошего самочувствия. Рациональное и адекватное питание помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Неудовлетворенная потребность в пище приводит к нарушению здоровья человека.

Для первичной оценки потребности пациента в адекватном питании и питье необходимо выяснить следующее:

- возраст, рост, массу тела (при необходимости произвести измерения):
- пониженная масса тела – на 10-20% меньше идеальной для человека конкретного возраста, роста и конституции,
- избыточная масса тела – на 10% превышает идеальную для человека конкретного возраста, роста и конституции,
- кахексия - это крайнее истощение организма, которое характеризуется общей слабостью, резким снижением веса, активности физиологических процессов, а также изменением психического состояния больного,
- ожирение, или тучность, - это увеличение массы тела на 20 и более процентов идеальной массы тела человека,
- наличие зубных протезов: верхние зубы, нижние зубы, верхние и нижние зубы,
- возможность самостоятельно принимать пищу и пить жидкость,
- возможность обеспечить себя разнообразной пищей в достаточном количестве,

- какой аппетит у пациента: хороший, повышенный, пониженный, отсутствует,
- любимые и не любимые блюда,
- особая диета, которую пациент употребляет в силу того или иного заболевания,
- наличие боли, тошноты, рвоты, неприятного запаха изо рта.

**Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье**

На основании данных. Полученных при обследовании пациента. Формулируются проблемы, которые могут быть связаны с:

- незнанием принципов рационального питания,
- незнанием принципов адекватного питания,
- незнанием принципов диетического питания,
- неадекватным питанием или/и приемом жидкости вследствие того или иного заболевания,
- невозможностью самостоятельного приема пищи или/и жидкости,
- страхом перед возможным недержанием кала или/ мочи,
- неудобствами, связанными с использованием судна и мочеприемника,
- предложением невкусных или нелюбимых блюд,
- злоупотреблением диетой, слабительными или клизмами,
- пролежнями (или риском их развития).

**Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в адекватном питании и питье**

Сестринский уход предусматривает достижение одной или нескольких целей:

- пациент будет знать принципы рационального питания,
- пациент будет знать принципы адекватного питания,

- пациент поймёт необходимость рационального (адекватного, диетического) питания,
- пациент будет получать адекватное количество пищи и/или жидкости самостоятельно либо с помощью сестринского персонала и/или родственников;
- Пациент будет выпивать в день 2 литра жидкости,
- пациент будет получать адекватную помощь и не испытывать страха в связи с возможным недержанием и/или неудержанием кала и/или мочи,
- продолжительность диеты (приема слабительных, частоты использования клизм) будет определена специалистом,
- водный баланс у пациента будет нормальным,
- масса тела пациента не будет отличаться от идеальной более чем на 10%,
- физическая нагрузка пациента будет адекватной потребляемой пищи,
- Пациент будет съедать весь суточный рацион,
- У пациента будет хороший аппетит.

Сестра должна обучить пациента и/или его родственников (дать рекомендации) по рациональному (адекватному, диетическому) питанию для удовлетворения данной потребности.

Кроме того, сестринские вмешательства должны быть направлены на:

- на повышение аппетита (если масса тела пациента ниже нормы),
- создание благоприятной обстановки во время еды,
- оказание помощи во время приема пищи или питья.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в адекватном питании и питье**

Для достижения цели необходима систематическая ежедневная оценка результатов ухода: определение ежедневного количества съедаемой пищи и выпитой жидкости.

Итоговую оценку удовлетворения потребности пациента в питании можно осуществлять, определив его массу тела.

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**  
**1.Изучить конспект лекции.**

**Вопросы для самоподготовки**

- 1.На что необходимо обращать внимание медицинской сестре, при первичной оценке в нарушении потребности пациента в адекватном питании и питье?
  - 2.Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье?
  - 3.Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в адекватном питании и питье?
  - 4.По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности пациента в адекватном питании и питье?
- 2.Составьте и решите проблемно - ситуационную задачу на нарушенную потребность в адекватном питании.**

**ТЕМА 9. ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ  
ОТПРАВЛЕНИЯХ.**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов  
практического занятия по теме: ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В  
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОТПРАВЛЕНИЯХ**

**Студент должен знать:**

- Первичная оценка потребности в физиологических отправлениях;
- возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в физиологических отправлениях;
- определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях;
- возможные сестринские вмешательства при нарушении данной потребности;

**Первичная оценка потребности в физиологических отправлениях**

Одна из основных – потребность в выделении продуктов

жизнедеятельности. Непереваренная часть пищи выводится из организма в виде разных отходов: мочи, кала. Режимы выделения мочи и кала у каждого индивидуальны. Большинство людей считают процесс выделения отходов глубоко личным, интимным и предпочитают не обсуждать эти вопросы. В связи с этим сестра, оказывая помощь пациенту, имеющему проблемы с выделением продуктов жизнедеятельности, должна быть особенно деликатна и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях следует:

во-первых, выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать выделение отходов,  
во-вторых, уточнить частоту выделения отходов,  
в-третьих, их характер.

У здорового человека в течение дня мочеиспускание происходит 4 – 7 раз, а ночью – не более 1 раза. В каждой порции от 200 до 300 мл мочи (1000-2000 мл в сутки).

Расстройство мочеиспускания – дизурия – может быть двух видов:

- поллакиурия – учащение мочеиспускания,
- странгурия – затруднение мочеиспускания.

При выраженной задержке мочеиспускания может наступить ишурия – скопление мочи вследствие невозможности самостоятельного мочеиспускания.

Недержание мочи – потеря контроля над выделением мочи из мочевого пузыря, также можно отнести к расстройствам мочеиспускания.

Признаки инфекции мочевыводящих путей:

- боль и ощущение жжения при мочеиспускании,
- частые позывы к мочеиспусканию с выделением небольшого количества мочи,

- мутная, концентрированная (темно-желтая) и, возможно, дурно пахнущая моча,
- хлопья слизи или кровь в моче,
- повышение температуры тела.

Опорожнение кишечника у каждого человека осуществляется в индивидуальном режиме: для одних нормальным считается ежедневное опорожнение кишечника, для других – каждые 2-3 дня.

Изменение нормального режима опорожнения кишечника может проявиться поносом, запором или недержанием кала.

Понос (диарея) – жидкий стул.

Запор – задержка кала в кишечнике более 48 часов.

Недержание кала – потеря контроля над выделением кала из кишечника.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в физиологических отправлениях**

- невозможность самостоятельно посещать туалет,
- необходимость посещать туалет в ночное время,
- трудности, связанные с необходимостью осуществлять физиологические выделения в непривычном положении,
- недержание мочи и/или кала,
- нарушение привычного режима физиологических отправлений,
- риск развития инфекции мочевыводящих путей,
- невозможность самостоятельно осуществлять личную гигиену в области гениталий и ануса,
- нежелание открыто обсуждать вопросы, связанные с физиологическими отправлениями,
- наличие постоянного внешнего катетера,
- наличие постоянного катетера Фолея,
- наличие у пациента колостомы или цистостомы,



- страх передвожным неудержанием кала и/или мочи.

### **Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях**

Обсуждая совместно с пациентом цели предстоящего ухода, следует предусмотреть:

- пациент будет иметь возможность своевременно посещать туалет,
- у пациента будет привычный для него режим физиологических отправлений,
- у пациента не будет недержания кала и/или мочи,
- пациент не будет испытывать дискомфорта в связи с необходимостью осуществлять физиологические отправления в постели,
- у пациента не будет инфекции мочевыводящих путей,
- Пациент будет знать, как пользоваться внешним катетером,
- пациент не будет испытывать дискомфорта в связи колостомой или цистостомой.

### **Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в физиологических отправлениях**

Сестринские вмешательства должны быть направлены на достижение поставленных целей.

Для того чтобы предупредить развитие инфекции мочевыводящих путей, следует:

- своевременно и правильно проводить туалет в области промежности,
- обучить пациента и/или ухаживающих за ним правильной технике подмывания (спереди назад),
- напоминать пациенту пить достаточное количество жидкости,
- обеспечить пациенту достаточно времени для физиологических отправлений,
- осуществлять правильный уход за катетерами и стомой.

Многие психологические проблемы могут быть решены, если уважать

чувство собственного достоинства пациента, обеспечивать ему безопасность и уединение во время физиологических отправлений.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в физиологических отправлениях**

Для достижения цели при удовлетворении потребности в физиологических отправлениях необходима ежедневная систематическая оценка результатов ухода. Ежедневная оценка будет заключаться в определении количества выделившейся мочи, ее цвета, прозрачности и частоты мочеиспускания. Кроме того, ежедневно следует наблюдать за режимом дефекации.

Сестринская помощь будет эффективнее, если пациент сможет открыто обсуждать с сестрой свои проблемы.

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

##### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки**

- 1.На что необходимо обращать внимание медицинской сестре, при первичной оценке в нарушении потребности в физиологических отправлениях.
  - 2.Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в физиологических отправлениях.
  - 3.Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях.
  - 4.По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности в физиологических отправлениях.
- 2. Составьте глоссарий** на тему: «Потребность пациента в физиологических отправлениях»

#### **3.Решите проблемно - ситуационную задачу**

Пациенту с кишечной непроходимостью назначена сифонная клизма. Состояние его средней тяжести. С трудом перенёс рентгенологическое обследование брюшной полости, врачебный осмотр.

Пациент боится усиления боли и ухудшения состояния во время промывания кишечника, но понимает необходимость постановки клизмы. Имеет горький опыт, пять лет назад оперирован по поводу спаечной кишечной непроходимости.

- Определите приоритетную проблему пациента. Поставьте цели и составьте план ухода к приоритетной проблеме пациента.

### **Эталон ответа проблемно - ситуационной задачи**

Приоритетная проблема: страх из-за усиления боли и ухудшения состояния во время промывания кишечника,

**Цель сестринского вмешательства:** боли не усилятся, состояние не ухудшится.

#### **Сестринские вмешательства:**

- медсестра проведёт беседу, снижающую напряжение пациента;
- медсестра создаст положительный настрой у пациента;
- медсестра создаст атмосферу физической и психологической безопасности для пациента (доброжелательное отношение, присутствие врача, наличие подготовленного оснащения и т.д.);
- медсестра проведёт введение лекарственных препаратов по назначению врача.

**Оценка:** у пациента беспокойство перед промыванием кишечника отсутствует. **Цель достигнута.**

### **4. Составьте и решите проблемно - ситуационную задачу на нарушенную потребность в физиологических отправлениях**

## **ТЕМА 10. ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ**

### **Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ**

#### **Студент должен знать:**

- Первичная оценка потребности в движении
- возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении;
- определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в движении;
- возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в движении;

-оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в

движении.

### **Первичная оценка потребности пациента в движении**

Немало проблем возникает при ограничении подвижности, связанной с тем или иным заболеванием.

Оценивая степень удовлетворения потребности в движении, следует прежде всего определить, насколько ограничение подвижности влияет на состояние зависимости (независимости) пациента.

Ограничение подвижности или полная неподвижность может быть в одном или нескольких суставах, одной половине тела, обеих верхних конечностях, одной конечности (или ее части). Может быть полная неподвижность, когда отсутствуют движения всех конечностей.

Паралич - это утрата или нарушение движений в одной или нескольких частях тела.

Гемиплегия - это полная утрата произвольных движений в руке и ноге с одной стороны.

Параплегия - это утрата или нарушение движений обеих верхних (верхняя параплегия) или обеих нижних (нижняя параплегия) конечностей.

Тетраплегия - это утрата или нарушение движений во всех четырех конечностях.

Об ограничении подвижности пациента могут свидетельствовать средства передвижения «ходунки», костыли, инвалидная коляска, протезы нижней (или верхней) конечности.

Состояние зависимости, которое возникает при нарушении подвижности, влечет за собой нарушение удовлетворения таких потребностей, как общение и поддержание безопасной окружающей среды.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении**

- риск развития пролежней,

- зависимость при осуществлении тех или иных видов повседневной жизнедеятельности: прием пищи, физиологические отправления, способность самостоятельно одеваться/раздеваться,
- развитие тугоподвижности (анкилоз) суставов,
- состояние депрессии, обусловленное потерей независимости.

### **Определение возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в движении**

Сестринские вмешательства должны быть направлены на разные системы организма, а именно на:

- меры по профилактике пролежней,
- меры по профилактике развития контрактур суставов и гипотрофии мышц – комплекс физических упражнений (обучить пациента или его окружение),
- меры по профилактике осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы: образование тромбов, легочной эмболии,
- меры по профилактике осложнений со стороны дыхательной системы: положение на боку, глубокое дыхание, вибрационный массаж,
- меры по профилактике осложнений со стороны ЖКТ: предупреждение метеоризма, запоров,
- меры по профилактике осложнений со стороны мочеполовой системы: достаточное количество жидкости, регулярное опорожнение мочевого пузыря,
- меры по профилактике проблем в психо-социальной сфере: обеспечить максимально комфортную окружающую обстановку.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в движении**

Текущая и итоговая оценка результатов ухода считается эффективной, если:

- отсутствуют пролежни,
- кожные покровы целы, без повреждений,

- имеющие пролежни заживают быстро,
  - сохранен мышечный тонус,
  - отсутствует контрактура суставов,
  - адекватно восстанавливается тугоподвижность суставов,
  - отсутствуют тромбы в периферических венах, легочная эмболия,
  - пациент знает о возможном влиянии постельного режима на сердечно-сосудистую систему,
  - отсутствуют инфекции дыхательных путей,
  - нет значительной потери массы тела,
  - ежедневный (или регулярный) стул,
  - нормальное мочеиспускание и диурез,
  - сохранение ориентации,
- адекватная психологическая адаптация.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ: 1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки**

1. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке в нарушении потребности пациента в движении.
2. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении.
3. Каковы возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в движении.
4. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности пациента в движении.

#### **2.Решите проблемно - ситуационную задачу**

Участковая сестра при посещении Иванова Николая Анатольевича обратила внимание на багровое пятно у него в области крестца и седалищных бугров. Вот уже несколько лет Николай Анатольевич прикован к инвалидной коляске, так как перенес перелом позвоночника. Удовлетворять свои потребности в самоуходе он не в состоянии. Ему требуется постоянный уход, который и осуществляет его дочь.

В течение последней недели из-за отсутствия дочери за Николаем Анатольевичем присматривает его сестра. Она говорит, что стремится создать для больного спокойную, тихую обстановку. С удовольствием отмечает, что Николай Анатольевич часами дремлет в своей коляске или спит в кровати, плохо только то, что он очень тучный, грузный, и ей трудно поворачивать в постели или пересаживать его в кресло-каталку. Она не предполагает, что это за пятна появились на теле у Николая Анатольевича.

**Задание:**

Укажите, какие потребности нарушены у пациента.

Сформулируйте проблемы пациента, родственников.

Составьте план ухода за больным.

**Возможный вариант ответа**

**Нарушены потребности:**

в безопасности;

в движении;

**Проблемы пациента:**

— Пролежни в результате отсутствия знаний и навыков по уходу за парализованными больными у сестры пациента.

**Индивидуальный план ухода**

Проблемы пациента	Цель/ ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Пролежни в результате отсутствия знаний и навыков по уходу за парализованными больными у сестры пациента.	Первые признаки пролежней отсутствуют к концу 3-х суток.	1. Провести занятия с сестрой пациента: ■ выяснить уровень знаний, готовность к обучению; ■ рассказать о причинах, послуживших образованию пролежней, об особенностях перемещения пациента в постели или кресле. Обратить	Каждые 2 часа.	Сестра знакома с биомеханикой тела.  Активизирует больного. Обрабатывает пораженные участки.	Цель достигнута

внимание на  
отрицательное  
воздействие  
смещающей  
силы;

■ познакомить  
со средствами  
профилактики и  
лечения  
пролежней;

■ осуществить  
показ и научить  
методике  
обработки  
пролежней;

■ оценить  
качество  
достигнутых  
результатов.

2. Обработать  
пролежни.

3. Создать  
комфортные  
условия  
пациенту в  
постели, кресле

**3. Составьте и решите проблемно - ситуационную задачу на нарушенную потребность в движении.**

**4. Составьте глоссарий на тему: «Потребность пациента в движении»**

### **Используемая литература:**

1. Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела» Издательство: Феникс, 2014.
2. С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
3. С.А. Мухина, И.И. Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва, 2010 г.



4. Г.И. Морозова «Основы сестринского дела». Учебное пособие для медицинских колледжей». Москва «ГЭОТАР – Медиа», 2015.

## **ТЕМА 11. ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В СНЕ, ОДЕЖДЕ (НАДЕВАНИИ РАЗДЕВАНИИ, ВЫБОРЕ), ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В СНЕ, ОДЕЖДЕ (НАДЕВАНИИ РАЗДЕВАНИИ, ВЫБОРЕ), ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ**

**Студент должен знать:**

- первичная оценка потребности во сне, одежде (надевании, раздевании, выборе), осуществлении личной гигиены;
- возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребностей во сне, одежде (надевании, раздевании, выборе), осуществлении личной гигиены;
- определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребностей во сне, одежде (надевании, раздевании, выборе), осуществлении личной гигиены;
- возможные сестринские вмешательства при нарушении данных потребностей;

оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребностей во сне, одежде (надевании, раздевании, выборе, осуществлении личной гигиены).

### **Первичная оценка потребности во сне**

Достаточная продолжительность сна для взрослого человека от 3 – 12 часов (в среднем 7,25 часов), хотя она индивидуальна.

Функции сна заключаются:

- в сохранении образующейся энергии,
- в восстановлении затраченной энергии.

Проводя первичную оценку удовлетворения потребности пациента в сне необходимо выяснить:

- в какое время обычно спит человек,

- какие факторы влияют на качество сна,
- хорошо ли спит,
- существуют ли трудности в течение длительного времени или/и в данный момент.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности во сне**

Проблемы пациента при неудовлетворении потребности в сне бывают как действительные (настоящие), так и потенциальные:

- необходимость спать на больничной кровати,
- непривычный микроклимат в палате: жарко, душно, холодно,
- шум и/или яркий свет, темнота,
- изменение обычной деятельности человека, предшествующей сну в домашних условиях: прогулка, душ, секс и т.п.,
- необходимость вынужденного положения во время сна,
- незнакомая обстановка,
- храп,
- изменение привычного биологического ритма: необходимость соблюдения больничного режима,
- боль,
- те или иные заболевания, сопровождающиеся нарушением сна.

### **Определение возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности во сне**

В зависимости от причин, вызвавших проблемы со сном, сестринские вмешательства должны быть направлены на:

- создание пациенту комфортных условий в постели: оптимальная высота кровати, качественный матрас, оптимальное количество подушек и одеял,

- обеспечение комфортного микроклимата в палате: устранение шума, яркого света, духоты, жары, холода,
- помощь в обеспечении комфортных условий пациенту при том или ином вынужденном положении,
- ознакомление пациента с местоположением туалета, сестринского поста, существующими средствами связи с сестринским постом,
- обеспечение необходимого для конкретного пациента освещения в палате в ночное время,
- перемещение пациента в другое положение при сильном храпе,
- уменьшение тревожности пациента, связанной с незнакомой обстановкой, предстоящими обследованиями, операцией,
- обсуждение с врачом вопросов адекватности анальгезии в ночное время,
- обсуждение с врачом вопросов адекватности применения снотворных лекарственных препаратов,
- создание условий для адекватного отдыха: лучше дать человеку спать до тех пор, пока он не проснется сам.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности во сне**

Оценка сна всегда субъективна. Иногда человек говорит, что не спал всю ночь, в действительности же он все-таки спал (доказано с помощью ЭЭГ).

Проводя текущую или итоговую оценку результатов ухода, не следует игнорировать слова пациента: «Я не спал всю ночь», необходимо вновь пересмотреть возможные причины нарушения сна и проконсультироваться с врачом.

### **5. Первичная оценка потребности пациента в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)**

В течение многих веков человек уделяет особое внимание личной гигиене: мытье тела, мытье рук, уход за наружными половыми органами, уход за волосами, уход за ногтями, уход за зубами и полостью рта. Опрятность и подтянутость, тщательность в одежде и аккуратность во внешнем виде импонируют всем. В то время как небрежность, неопрятность, особенно неприятный запах. Педикулез опускают человека в глазах других людей.

При проведении первичной оценки состояния пациента следует выяснить:

- какие привычки установились у человека в выполнении правил личной гигиены и выборе одежды,
- когда и как часто человек привык принимать ванну (душ), мыть голову,
- какие факторы оказывают влияние на эти привычки,
- что известно человеку о влиянии личной гигиены и одежды на здоровье,
- как он относится к личной гигиене и выбору одежды,
- имеются ли какие-либо долговременные трудности, и если «да», то как он с ними справляется,
- какие проблемы в отношении личной гигиены и выборе одежды имеются в настоящее время, и какие могут появиться.

При проведении первичной оценки состояния пациента следует обращать внимание на:

- изменение физического состояния, связанного с возрастом,
- индивидуальные особенности физического состояния,
- синяки, цвет кожи, участки шелушения и мокнутий,
- чистоту рук и ногтей,
- состояние полости рта (сухость, запах), зубов или зубных протезов, режим и технику чистки зубов,

- состояние волос: прическа, характер волос (сухие, жирные), перхоть, вши, привычка мытья волос,
- состояние одежды: стиль, фасон, уместность и целесообразность одежды, ее опрятность, духи, косметика, удобная и подходящая обувь,
- знание мужчин и женщин о личной гигиене наружных половых органов.

**Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)**

Неудовлетворение потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе) вызывают многообразные проблемы и требуют от сестры чуткости, сопереживания, а иногда изобретательности. Проблемы могут быть сформулированы так:

- пациент отказывается принимать помощь при подмывании,
- пациент не знает как чистить зубы,
- пациент не умеет застегивать пуговицы на рубашке левой рукой,
- пациент не умеет (боится) правильно стричь ногти на ногах.

**Определение задач и целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)**

Задачи сестринского ухода при неудовлетворении потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе):

- не допустить перехода потенциальных проблем в действительные,
- уменьшить состояние зависимости,
- обеспечить условия для удовлетворения потребностей в личной гигиене.

Цели можно сформулировать так:

- пациент принимает помощь при подмывании,
- пациент самостоятельно умывается через 2 дня,
- пациент самостоятельно надевает и застегивает брюки через 7 дней,
- пациент понимает необходимость надевания обуви без каблуков,
- пациент умеет (не боится) стричь ногти на ногах,
- у пациента не будет инфекции полости рта.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)**

Оценивая результаты сестринского ухода, следует убедиться, что цели, записанные в плане ухода достигнуты: потенциальные проблемы не переросли в действительные, пациент стал менее зависим (или полностью независим) при выполнении гигиенических процедур, выборе и одевании одежды.

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

##### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки**

1. На что необходимо обращать внимание медицинской сестре, при первичной оценке в нарушении потребности во сне.
2. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности во сне.
3. Каковы цели сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности во сне.
4. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности во сне.
5. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке в нарушении потребности пациента в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе).

6. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе).

7. Каковы задачи и цели сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе).

По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности пациента в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе).

### **Решите проблемно - ситуационную задачу**

После длительного пребывания на постельном режиме Тамаре Николаевне назначена гигиеническая ванна. Состояние пациентки удовлетворительное. Больная предъявляет жалобы на кожный зуд, неприятный запах, исходящий от ног и при дыхании изо рта. Говорит, что из-за запаха соседи по палате избегают ее, и она чувствует себя одинокой. Тамара Николаевна консультируется по поводу замены ванны на душ. Она предпочитает принимать ванну дома, а в больнице опасается инфекции.

1. Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.
2. Сформулируйте проблемы пациентки
3. Составьте план ухода за пациенткой.

### **Возможный вариант ответа к задаче Нарушены потребности:**

- безопасности;
- общения
- личной гигиены.

#### **Проблемы пациента:**

- Дефицит общения в результате возникновения неприятных ощущений у окружающих
- Опасение возможного инфицирования при приеме гигиенической процедуры.
- Дефицит самоухода из-за длительного пребывания на постельном режиме

### Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные	Итоговая оценка
Дефицит общения в результате возникновения неприятных ощущений	Общение с окружающими, доставляющее положительные эмоции пациентке после оказания помощи	1. Организовать гигиенические процедуры (ванна, душ) для пациентки. 2. Поощрять ежедневное проведение самоухода. 3. Осуществлять частую смену нательного белья.	Ежедневно	Беседует, обсуждает интересные вопросы с окружающими. Отсутствие	Цель достигли.
Опасение возможности инфицирования при приеме гигиенической процедуры.	Исключение инфицирования при приеме гигиенической процедуры.	1. Провести беседу, рассказать об этапах приготовления ванной комнаты к эксплуатации. 2. Ознакомить с наличием одноразовых предметов ухода. 3. Рассказать о дезинфекции предметов, бывших в употреблении. 4. Предложить проведение душа вместо ванны по желанию пациента.	Однократно до проведения процедуры.	Соглашается на принятие гигиенического душа.	Цель достигли.

**3. Составьте и решите проблемно - ситуационную задачу на нарушенную потребность в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании, раздевании, выборе)**

#### Используемая литература:

1. Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела» Издательство: Феникс, 2014.
2. С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
3. С.А. Мухина, И.И. Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
4. Г.И. Морозова «Основы сестринского дела». Учебное пособие для медицинских колледжей». Москва «ГЭОТАР – Медиа», 2015.



## **ТЕМА 12. ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В ПОДДЕРЖАНИИ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, БЕЗОПАСНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

**Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды**

**Студент должен знать:**

- Первичная оценка потребностей в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды;
  - возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребностей в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды;
  - определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения данных потребностей;
  - возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды;
- оценка результатов сестринского ухода при нарушении данных потребностей.

### **Первичная оценка потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Человек удерживает определенную температуру тела независимо от температуры окружающей среды. В обычных условиях люди не чувствуют своей температуры благодаря центру терморегуляции, обеспечивающему баланс между теплопродукцией и теплоотдачей.

Когда температура повышается или понижается, становится жарко или холодно.

Для проведения первичной оценки необходимо выяснить:

- как воспринимает пациент температуру своего тела в настоящий момент (комфортная, высокая, низкая),
- какие факторы влияют на поддержание нормальной температуры тела,

- что знает человек о поведении и физиологических механизмах, влияющих на температуру тела,
- существуют ли потенциальные проблемы гипертермии, гипотермии или обмороживания,
- какое значение придает человек адекватному (рациональному) питанию, комфортной одежде для поддержания нормальной температуры тела,
- имеются ли финансовые трудности, нарушающие возможность поддерживать нормальную температуру тела,
- имеются ли длительные проблемы и как он с ними справляется,
- если проблемы в данный момент.

Объективным критерием поддержания нормальной температуры тела является ее измерение. В норме температура тела составляет промежуток от 36,0 – 37,0°C.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Информация, полученная при измерении температуры тела, из беседы с пациентом и/или его окружением, позволяет выявить действительные или потенциальные проблемы. Проблемы появляются, если есть риск повышения или падения температуры тела. Они связаны с:

- изменением состояния зависимости (независимости) для поддержания нормальной температуры тела,
- изменением окружающей среды и привычного образа жизни.

Повышение температуры тела (лихорадка) имеет 3 периода.

Проблемы пациента в 1 периоде лихорадки – подъем температуры тела могут быть:

- невозможность самостоятельно укрыться (из-за неподвижности),
- невозможность самостоятельно обеспечить себя теплыми напитками (из-за неподвижности).

Проблемы пациента в 2 периоде лихорадки – относительное

постоянство температуры тела на высоком уровне могут быть:

- нежелание использовать более легкое одеяло (одежду),
- отсутствие аппетита,
- непонимание пациентом адекватного питания при лихорадке,
- невозможность самостоятельно сменить белье (нательное, постельное),
- риск травмы в связи с бредом (галлюцинациями),
- риск обезвоживания.

Проблемы пациента в 3 периоде лихорадки – снижение температуры тела (кризис, лизис) могут быть:

- неадекватное питание,
- неадекватная физическая нагрузка,
- высокий риск травмы,
- невозможность самостоятельно сменить белье (нательное, постельное),
- невозможность обеспечить себя достаточным количеством жидкости.

**Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Сестринский уход должен быть направлен на:

- предупреждение дальнейшего повышения температуры тела,
- снижение температуры тела до нормальных (более низких) величин,
- предупреждение обезвоживания,
- облегчение состояния дискомфорта,
- восстановления состояния независимости в осуществлении самоухода,
- предупреждение снижения массы тела.

Сестринские вмешательства должны быть основаны на знании механизмов теплоотдачи и теплообразования.

В 1 периоде лихорадки сестринские вмешательства направлены на согревание пациента: теплая одежда, теплое одеяло, горячие напитки.

Во 2 периоде лихорадки сестринские вмешательства направлены на

увеличение теплоотдачи: переодевание пациента в более легкую одежду, смена теплого одеяла на легкую простыню, обтирания кожи прохладной водой, прикладывание холодного компресса к голове, частое дробное питание, прохладное витаминизированное пить и т.д.

В 3 периоде лихорадки сестринские вмешательства зависят от снижения температуры тела – лизис, кризис.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Цели достигнуты, если

- потенциальные проблемы не превратились в действительные,
- восстановилось состояние независимости,
- температура снизилась до нормальных величин,
- близкое окружение пациента знают, как осуществлять за ним уход,
- пациент знает, как себя вести в экстремальных ситуациях для поддержания нормальной температуры тела.

### **Первичная оценка потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды**

На любом отрезке жизненного пути, от рождения до смерти безопасность для человека – основное условие выживания, развития, здоровья. Оценивая степень удовлетворения потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды, следует, прежде всего, оценить аспекты, определяющие состояние зависимости (независимости), а именно:

- как поступает он в обычных условиях, чтобы обеспечить свою безопасность,
- какие факторы влияют на его возможности обеспечить свою безопасность,
- какие меры, позволяющие обеспечить безопасность, знает пациент,
- как он относится к этой потребности,
- трудности, испытываемые пациентом в прошлом в связи с обеспечением безопасности, и как ему удавалось их преодолеть,

- действительные и потенциальные проблемы, связанные с поддержанием безопасной окружающей среды.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды**

Проблемы возникают, если пациент частично или полностью утрачивает состояние независимости или изменяется окружающая среда и его привычный распорядок жизни. Проблемы могут быть сформулированы так:

- высокий риск падения,
- высокий риск инфицирования,
- высокий риск ожога,
- высокий риск электротравмы.

### **Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в поддержании безопасной окружающей среды**

Цели сестринского ухода должны быть измеряемы и наблюдаемы, например:

- не допустить падения с кровати,
- не допускать ожога,
- не допустить инфицирования раны.

Сестра должна обезопасить пребывание пациента в стационаре:

- не допускать превращения потенциальных проблем в действительные,
- находить решения действительных проблем,
- не допускать, чтобы уже решенные проблемы вновь превратились в нерешенные,
- помогать вырабатывать адекватное решение (поведение) пациента к проблемам, которые невозможно полностью решить.

Так, для пожарной безопасности следует убедиться, что пациент не курит в постели.

При пользовании электробритвами надо иметь только исправные, с

изолированными шнурами.

Для химической безопасности нужно посоветовать хранить лекарственные средства, красители, отбеливатели, ацетон подальше от пациента.

Чтобы исключить ожоги, надо научить пациента (если это возможно) осторожно обращаться с горячими жидкостями и поверхностями.

Уменьшить восприимчивость к инфекционным заболеваниям можно, если есть возможность хорошо питаться, спать и отдыхать, вести активный образ жизни

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в поддержании безопасной окружающей среды**

Учитывая, что большинство проблем по своей природе чаще потенциальные, оценка результата сестринского ухода определяется по качеству профилактических мероприятий, т. е. потенциальные проблемы не превратились в действительные.

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

##### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки:**

1. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке в нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела.
2. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в поддержании нормальной температуры тела.
3. Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела.
4. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела.

5. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке в нарушении потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды.

6. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в поддержании безопасной окружающей среды.

7. Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в поддержании безопасной окружающей среды.

8. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды.

## **2. Решите проблемно - ситуационные задачи**

1. Пациентка неврологического отделения предъявляет жалобы на повышенную слабость, головокружение, шаткость при ходьбе.

Говорит: «Хожу, как пьяная, шатает из стороны в сторону. Иногда прошу, чтобы меня проводили до туалета, боюсь упаду. Ночью плохо сплю, как правило, быстро засыпаю, но через 3 – 4 часа просыпаюсь и так лежу до утра, думаю о своем состоянии».

Пациентка устала от постоянного напряжения, ночного недосыпания, переживаний.

Задание:

Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.

Сформулируйте проблемы пациентки.

Составьте план ухода за пациентом

### **Возможный вариант ответа**

#### **Нарушены потребности:**

в безопасности;

в сне и отдыхе.

#### **Проблемы пациента:**

Настоящая проблема Состояние напряжения в результате непродуктивного сна, провоцируемое заболеванием

Потенциальная проблема Риск травматизации из-за головокружения, слабости, шаткости при ходьбе

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода
			Кратность Оценочные

			оценки	критерии	
Риск травматизации на фоне головокружения, слабости, шаткости при ходьбе	Пациентка знает о мерах безопасности и придерживается их на протяжении всего угрожающего периода.	<p>1. Рассказать пациентке о соблюдении правил перемещения (исключить резкие движения и т.д.) с явлениями головокружения.</p> <p>2. Попросить пациентку прибегать к помощи сотрудников при появлении сильной слабости.</p> <p>3. Контролировать деятельность и перемещение пациентки.</p> <p>4. Вводить по назначению врача препараты, стабилизирующие состояние пациентки.</p>	Ежедневно	<p>Принимает помощь сотрудников.</p> <p>Выполняет действия с соблюдением предосторожности.</p>	



Состояние напряжения в результате непродуктивного сна, провоцируемое заболеванием.	Состояние отдыха на фоне полноценного сна после вмешательств сестры.	1. Предложить снотворное средство на ночь по назначению врача. 2. Создать комфортные условия в палате (отсутствие шума, свежий воздух, мягкая и теплая постель). 3. Рекомендовать общение с соседями по палате, родными, медработниками. 4. Исключить из рациона продукты, вызывающие возбуждение (чай, кофе, шоколад, т.д.)	Ежедневно Сон 6—8 часов без пробуждения
--	--	---	---

2. Медицинская сестра проводит наблюдение за Никулиной Светланой Анатольевной. Два часа назад у нее отмечалась температура 40,3°. Состояние пациентки тяжелое.

Принятое жаропонижающее средство хорошо снижает температуру. На данный момент сестра обратила внимание на появление обильного пота, которым пропиталось все нательное и постельное белье. Пациентка очень слаба, на вопросы отвечает с трудом.

При обследовании: пульс учащенный, слабого наполнения, АД 90/50 мм. рт.ст., температура тела 37,1°.

**Задание:**

Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.

Сформулируйте потенциальную проблему пациентки.

Составьте план ухода за пациенткой.

**Возможный вариант ответа**

**Нарушены потребности**

в поддержании температуры тела;

в безопасности;

### Проблемы пациента:

**Потенциальная проблема** Риск развития сосудистой недостаточности на фоне критического снижения температуры тела.

### Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода	
			Кратность оценки	Оценочные критерии
Угроза развития сосудистой недостаточности на фоне критического снижения температуры тела.	Стабильное состояние, не угрожающее жизни пациентки на фоне терапевтических мероприятий.	1. Осуществлять постоянный контроль за показателями сердечнососудистой и дыхательной системы. 2. Проводить гигиенические мероприятия в постели (смена белья, обтирание). 3. Вводить по назначению врача средства, повышающие тонус сосудистой стенки. 4. Контролировать водно-солевой обмен (поить, вводить кровезаменители внутривенно капельно).	Постоянное наблюдение.	Температура тела 36,6— 37,0°.  АД 110/70-120/ рт.ст.  Пульс ритмичн удовлетворител наполнения и напряжения.

**3. Составьте и решите проблемно - ситуационную задачу** в нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела.

### Используемая литература:

1. Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела» Издательство: Феникс, 2014.

2.С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Москва, 2010 г.

3.С.А. Мухина, И.И. Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва, 2010 г.

4.Г.И. Морозова «Основы сестринского дела». Учебное пособие для медицинских колледжей». Москва «ГЭОТАР – Медиа», 2015.

### **ТЕМА 13. ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В ОБЩЕНИИ; ТРУДЕ И ОТДЫХЕ**

#### **Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия по теме: ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В ОБЩЕНИИ; ТРУДЕ И ОТДЫХЕ**

##### **Студент должен знать:**

- Первичная оценка потребностей в общении; труде и отдыхе
  - особенности потребностей в общении; труде и отдыхе в разных возрастных группах
  - возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребностей в общении; труде и отдыхе
  - определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребностей в общении; труде и отдыхе
  - возможные сестринские вмешательства при нарушении данных потребностей
- оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребностей в -- общении; труде и отдыхе.

##### **Первичная оценка потребности в общении**

Общение является неотъемлемой потребностью человека. Каждый человек в процессе общения проявляет индивидуальные особенности, которые следует учитывать при сестринском уходе.

Проводя оценку потребности в общении, следует учитывать все факторы, влияющие на этот процесс:

- возраст человека: ребенок, старый человек,
- зависимое или независимое состояние: физическая активность,
- биологические (анатомо-физиологические) особенности: речь, слух, зрение,
- психологические факторы: интеллект, настроение,

- социо-культурные факторы: родной язык, убеждения,
- окружающая среда: температура воздуха, шум, свет,
- политико-экономические факторы: доход, профессия.

Учитывая перечисленные факторы, сестре следует обратить внимание на следующее:

- какой способ общения обычно использует пациент,
- каким образом факторы, влияющие на общение, изменяют всю повседневную жизнедеятельность пациента,
- как пациент относится к общению,
- имеются ли у него постоянные трудности и как он с ними справляется,
- какие проблемы с общением имеются в настоящий момент, если опасения, что они могут появиться.

Ответы на эти вопросы сестра получает при разговоре с пациентом и его семьей, а также наблюдая за его поведением.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в общении**

Можно выделить несколько групп факторов, при которых могут возникнуть проблемы при общении.

#### 1. Проблемы, связанные с познавательной способностью:

- умственная способность,
- атеросклеротические изменения в сосудах головного мозга.

#### 2. Проблемы, связанные с речью:

- сухость во рту,
- ларингит, фарингит, ангина,
- заячья губа, волчья пасть,
- заикание,
- затрудняется найти подходящие слова,
- потеря голоса (афазия).

#### 3. Проблемы, связанные со слухом:

- тугоухость (снижение слуха),
- глухота,
- звон в ушах.

#### 4. Проблемы, связанные со зрением:

- слепота,
- операция на глазах.

#### 5. Проблемы, связанные с прикосновением:

- нарушение кожной чувствительности,
- агрессия.

#### 6. Проблемы, связанные с потерей способности двигаться:

- гемиплегия (полная утрата произвольных движений в руке и ноге с одной стороны),
- параплегия (полная утрата произвольных движений в руках и ногах),
- парез мышц лица (частичное ограничение объема и силы произвольных движений).

#### 7. Проблемы, связанные с изменением окружающей среды:

- незнакомые люди,
- незнакомое место,
- не владение языком страны.

### **Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в общении**

Цели должны быть реалистичными:

- не допускать превращения потенциальных проблем в действительные,
- смягчить или найти решение действительных проблем,
- помочь справиться с проблемами, из которых невозможно найти выход.

Рекомендации медицинским сестрам при общении:

- слушать и проявлять внимание: избегать привычки судить о «правильности» или «неправильности» того, что говорится, - слушать без вынесения окончательного приговора,
- использовать открытые вопросы: начинать разговор со слов «то», «как», «когда», «где», которые облегчают задачу подробного изложения всех проблем и исключают однозначный ответ «да», «нет»,
- выражать мысли и чувства: с пониманием относиться к высказыванию пациента по поводу тех или иных утверждений или эмоций,
- подводить итоги: проанализировать отличные (несопоставимые) факты беседы и помочь пациенту организовать свои мысли; закончить беседу так, чтобы пациент видел вашу заинтересованность другим его тревогам и беспокойствам,
- поверять понимание: для понимания смысла сказанного задайте, например, такие вопросы: «Можно ли мне проверить то, о чем вы говорите?», или «Вы, кажется, говорите, что...».

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в общении**

Достижение цели «эффективного общения» означает:

- независимость пациента в общении,
- сестринский персонал (и члены семьи пациента) понимают как вербальный, так и невербальный способ общения с пациентом, правильно реагируют на различные его потребности и смогут предугадать их.

### **Первичная оценка потребности пациента в труде и отдыхе**

Труд и отдых – взаимодополняющие понятия и являются в равной степени важными аспектами жизни человека.

При первичной оценке потребности пациента в труде и отдыхе сестра должна выяснить:

- продолжительность рабочего дня и отдыха,
- где пациент работает и с кем,
- какие факторы воздействуют на пациента на работе и отдыхе,

- что знает пациент о воздействии на здоровье условий его труда и отдыха,
- как относится пациент к своей работе и отдыху,
- существуют ли у него давние проблемы на работе и во время отдыха и как он с ними справляется,
- какие проблемы с работой и отдыхом существуют в данный момент и какие проблемы могут возникнуть.

### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в труде и отдыхе**

Все проблемы, возникающие с неудовлетворением потребности в труде и отдыхе следует группировать в зависимости от:

- изменения состояния независимости (зависимости),
- изменения труда и отдыха,
- изменений окружающей среды и привычной деятельности.

### **Определение целей сестринского ухода, возможных сестринских вмешательств и результатов сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в труде и отдыхе**

Цели, определяемые при планировании сестринского ухода должны быть измеряемы, наблюдаемы и согласованы с пациентом.

В соответствии с возникающими проблемами сестринские вмешательства должны быть направлены на:

- восстановление независимости (снижение состояния зависимости) при выборе работы и получения удовольствия от выбранного вида отдыха и работы,
- уменьшение психологических проблем, связанных с безработицей, изменение условий окружающей среды.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

#### **1.Изучить конспект лекции.**

#### **Вопросы для самоподготовки:**

1. На что необходимо обращать внимание медицинской сестре, при первичной оценке в нарушении потребности в общении.
2. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в общении.
3. Каковы цели сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в общении.
4. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности в общении.
5. На что необходимо обращать внимание медицинской сестре, при первичной оценке в нарушении потребности пациента в труде и отдыхе.
6. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в труде и отдыхе.

Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в труде и отдыхе.

## **2. Составьте и решите проблемно- ситуационную задачу на нарушенную потребность общаться**

### **Используемая литература:**

1. Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела» Издательство: Феникс, 2014.
2. С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
3. С.А. Мухина, И.И. Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
4. Г.И. Морозова «Основы сестринского дела». Учебное пособие для медицинских колледжей». Москва «ГЭОТАР – Медиа», 2015.

## **Тема 14. Применение модели В. Хендерсон в сестринском процессе.**

### **Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия**

*Студент должен знать:*

1. Определение потребности по А. Маслоу;



2. Классификацию потребностей по А. Маслоу, их иерархию и характеристику, взаимосвязь уровней пирамиды потребностей по А. Маслоу;
3. О влиянии на потребности социокультурного окружения, образа жизни, факторов риска;
4. Роль медсестры в восстановлении и поддержании независимости пациента в удовлетворении его основных потребностей, в оздоровлении образа жизни пациента и его семьи;
5. Особенности модели ухода по В.Хендерсон

***Студент должен уметь:***

1. Объяснять значение учения о потребностях для сестринской практики;
2. Привести примеры возможных проблем, связанных с нарушением удовлетворения основных потребностей.
3. По конкретному заданию (задаче), где собрана субъективная и объективная информация о пациенте
  - выявить нарушенные потребности
  - определить проблемы пациента (настоящие, потенциальные, приоритетная)
  - составить цели сестринского вмешательства к приоритетной проблеме (краткосрочные, долгосрочные)
  - планировать сестринские вмешательства согласно установленным целям
  - проводить оценку результатов ухода.

**Стратегия общения в сестринском обследовании пациента.**

Для успешного проведения обследования пользуйтесь следующей стратегией общения с пациентом. Это особенно важно для субъективного обследования пациента.

1. Вы должны быть уверены, что ваша беседа будет проходить в тихой, неофициальной обстановке без отвлечений и не будет прерываться.
2. Для установления доверительных отношений с пациентом медицинская сестра должна представиться, назвав свое имя, положение и сообщить цель беседы.
3. Называйте пациента по имени и отчеству, на Вы. Проявляйте дружелюбие, участие и заботу.
4. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией голоса. Будьте спокойны и неторопливы. Не проявляйте досады и раздражения.
5. Говорите ясно, медленно, отчетливо. Используйте понятную пациенту терминологию. Если Вы сомневаетесь в том, что он Вас понимает, определите, что он вкладывает в то или иное понятие. Поощряйте вопросы Вашего пациента.
6. Позвольте пациенту закончить фразу, даже если он излишне многословен. Если необходимо повторить вопрос, перефразируйте его для лучшего понимания.
7. Не начинайте разговор с личных деликатных вопросов.

8. Во время беседы делайте короткие записи. Не полагайтесь на свою память, но и не пытайтесь записать всю информацию. Кратко запишите даты, ключевые слова и фразы.

9. Слушайте и еще раз слушайте.

Обследование пациента вообще необходимо проводить по следующему плану:

- 1) Общие сведения о пациенте.
- 2) Субъективное обследование.
- 3) Объективное обследование.

Общие сведения о пациенте: \_Ф.И.О. пациент, пол; возраст; место жительства; место работы; кем направлен пациент; по каким показаниям (экстренные или плановые); врачебный диагноз.

После этого необходимо приступить конкретно к субъективному обследованию и задать вопрос: «Что Вас беспокоит?», т.е. необходимо выявить причину обращения, жалобы. Типичной жалобой пациента при многих заболеваниях является - боль. Поэтому необходимо подробно расспросить о боли, выяснив:

- её локализацию (место боли);
- иррадиацию (куда отдаёт);
- время появления;
- длительность (постоянная, приступообразная);
- характер боли (колющая, тупая, давящая, ноющая и т.д.);
- причины её возникновения;
- сопутствующие явления боли (слабость, тошнота);
- средства, облегчающие и купирующие боль.

Далее следует расспросить о жалобах по определенной системе:

1. Жалобы со стороны изменений общего состояния (похудение, лихорадка, слабость, отеки, головная боль и т.д.).

2. Жалобы со стороны дыхательной системы (кашель, мокрота, кровохарканье, боли в грудной клетке).

3. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах).

4. Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (нарушение аппетита, затруднение глотания, появление рвоты (её характер), боли в животе).

5. Жалобы со стороны мочевыделительной системы (отеки, изменения цвета мочи, нарушение мочеиспускания).

6. Жалобы со стороны эндокринной системы, нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Затем необходимо отметить источники информации состояния здоровья пациента.

Далее расспрашивайте пациента о самом заболевании (анамнез заболевания):

- как и с каких проявлений началось заболевание, каков был их

характер, куда пациент обращался по поводу своего заболевания;

- как протекало заболевание, были ли ухудшения, улучшения или изменения в течении заболевания не было;

- какие диагнозы (врачебные) ставились;

- какие исследования проводились;

- какое назначалось лечение и как оно влияло на течение заболевания.

После этого, необходимо выяснить информацию о здоровье пациента в течении жизни (анамнез жизни). Спрашиваем о следующем:

- какие вообще заболевания перенес пациент, были ли операции и когда;

- какие инфекционные заболевания имели место, переливали ли кровь пациенту;

- имеются ли в семье наследственные заболевания;

- на какие лекарственные вещества есть аллергия у пациента, каков её характер (крапивница, отек Квинке и др.);

- имеют ли место такие привычные интоксикации, как курение, алкоголь,

токсикомания, наркомания, употребление (длительное) лекарств;

- в каких условиях живет и работает пациент, нет ли вредных воздействий на его

здоровье.

Выяснить:

- способность к самообслуживанию (общая подвижность, подвижность в кровати, способность самостоятельно питаться, пользоваться туалетом, готовить пищу, делать инъекции, вести домашнее хозяйство);

- какие отношения у пациента в семье (состав семьи, отношение к семье, есть ли поддержка больного родственниками);

- отношение пациента к назначенным процедурам и своему заболеванию.

Краткие данные субъективного обследования заносятся в сестринскую историю болезни. ( Лист сестринской оценки пациента)

### **Решите ситуационные задачи.**

№ 1. Медицинская сестра проводила обследование пациента. В начале работы она измерила пациенту рост, вес температуру тела, артериальное давление, подсчитала пульс и число дыхательных движений, а затем приступила к опросу. Какие неточности были допущены медсестрой при обследовании?

№ 2. Медицинская сестра проводила обследование пациента. Для его проведения был выбран холл, где несколько других пациентов смотрели телевизор. В нем медсестра и начала проводить опрос, а для объективного обследования они перешли в процедурный кабинет. Правильно ли поступила медсестра?

№ 3. При субъективном обследовании пациента медсестра выяснила, что одной из жалоб пациента является боль в сердце. Она попросила больного уточнить локализацию боли и её иррадиацию. Достаточно ли этого

для характеристики такого проявления заболевания, как боль?

№ 4. Проводя опрос пациента медицинская сестра после выяснения жалоб пациента, провела объективное обследование, а лишь после этого выяснила анамнез заболевания и жизни. Правильно ли она поступила?

№ 5. При расспросе пациента о его заболевании, медсестра выяснила следующее:

- как началось заболевание;
- как протекало заболевание;
- какие врачебные диагнозы ставились. Все ли выяснила медсестра?

№ 6. При расспросе пациента о здоровье в течение жизни (анамнеза жизни), медсестра выяснила только информацию об инфекционных заболеваниях. Что еще было необходимо выяснить?

№ 7. После сестринского обследования пациента обратилась к медсестре с вопросом: «Какое значение имеет для здоровья человека условия жизни и работы»? Как Вы ответите на этот вопрос?

### **ПРОБЛЕМНО - СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

В приемное отделение больницы машиной скорой помощи доставлена пациентка А., 45 лет. При сестринском обследовании выяснено, что пациентка доставлена в отделение, так как потеряла сознание на улице (не ела 2 дня), прохожими вызвана скорая помощь. Пациентка не имеет определённого места жительства, периодически ночует в сомнительных местах, не работает. Ребёнок 3 лет живёт в детском доме, так как мать лишена родительских прав из-за злоупотребления спиртными напитками. Пациентка равнодушна к своему положению. Много курит.

**ОБЪЕКТИВНО:** Общее состояние удовлетворительное. От пациентки исходит неприятный запах. Пациентка во время осмотра постоянно почесывает затылочную область головы.

. Волосы не мытые, вклоченные. На коже головы, на корнях волос, преимущественно в затылочной и теменной областях обнаружены вши и гниды.

. Кожные покровы грязные, имеются следы расчёсов. Под молочными железами опрелость. Ногти отросшие в неопрятном состоянии. Рост- 164см, вес-45 кг, чдд 18 в мин., АД- 120/80 мм. рт.ст.

**ЗАДАНИЯ: 1. Выявите удовлетворение, каких потребностей нарушено. 2. Определите проблемы пациента. 3. Поставьте цели и составьте план сестринских вмешательств к приоритетной проблеме пациента.**

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

**У** пациентки нарушены потребности: **В** адекватном питании, нормальном дыхании, соблюдении личной гигиены, в поддержании безопасности, в труде.

**ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА: НАСТОЯЩИЕ:** 1. Не желание и невозможность соблюдения личной гигиены, из-за отсутствия определенного места жительства.

2. Неадекватное отношение к своему положению.

3. Безразличие к своему внешнему виду.

4. Не понимает необходимости соблюдать здоровый образ жизни и отказа от курения и приёма алкоголя. 5. Не работает из-за злоупотребления спиртными напитками. 6. Невозможность адекватного питания из-за отсутствия определенного места жительства и отсутствия денежных средств, так как не работает. 7. Дискомфорт из-за кожного зуда, обусловленного наличием вшей. 8. Дефицит массы тела из-за неполноценного питания.

**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ:** 1. Риск инфицирования кожных покровов 2. Риск развития заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов дыхания. 3. Риск повторных случаев потери сознания из-за недоедания. 4. Риск истощения. 5. Риск получения травмы.

**ПРИОРИТЕТНАЯ:** Дискомфорт из-за кожного зуда, обусловленного наличием вшей.

**ЦЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:**

**КРАТКОСРОЧНАЯ :** Дискомфорта не будет, так как пациентка не будет иметь вшей, кожные покровы будут чистыми.:

**ДОЛГОСРОЧНАЯ:** К моменту выписки пациент будет иметь представление о навыках личной гигиены.

**ПЛАН СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:**

1. Проинформировать пациентку о наличии вшей и необходимости проведения противопедикулёзных мероприятий.

2. Получить согласие на проведение процедуры.

3. Провести противопедикулёзные мероприятия

4. Выполнять все назначения врача.

5. Наблюдать за состоянием пациентки.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

**Цель достигнута. Дискомфорта нет.**

**Используемая литература:**

1. Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела» Издательство: Феникс, 2014.

2. С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Москва, 2010 г.

3.С.А. Мухина, И.И. Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва, 2010 г.

4.Г.И. Морозова «Основы сестринского дела». Учебное пособие для медицинских колледжей». Москва «ГЭОТАР – Медиа», 2015.

## Тема 15. Документация сестринского процесса

### Методические рекомендации для самоподготовки студентов практического занятия

- Студент должен знать:** Определение потребности по А. Маслоу;
2. Классификацию потребностей по А. Маслоу, их иерархию и характеристику, взаимосвязь уровней пирамиды потребностей по А. Маслоу;
  3. О влиянии на потребности социокультурного окружения, образа жизни, факторов риска;
  4. Роль медсестры в восстановлении и поддержании независимости пациента в удовлетворении его основных потребностей, в оздоровлении образа жизни пациента и его семьи;
  5. Особенности модели ухода по В.Хендерсон
- **Студент должен уметь** работать по конкретному заданию (задаче), где собрана субъективная и объективная информация о пациенте
  - Заполнять структуру листа сестринской оценки по десяти потребностям
  - Проводить документирование к осуществлению сестринского процесса с учётом нарушенных потребностей. Учитывать необходимость проводимых мероприятий при нарушенных потребностях.

### Проблемно - ситуационная задача

Волков Валентин Александрович, 76лет, поступил 20.10, в 13 часов в стационар с правосторонней гемиплегией и нарушением речи в результате острого нарушения мозгового кровообращения Со слов жены Анны Николаевны, они живут вдвоём на втором этаже пятиэтажного дома. Аллергии на препараты и продукты не было. Регулярно принимает сахароснижающие препараты, так как глюкоза крови повышена. Инсульт случился на даче, где они обычно проводят время с апреля по октябрь. Сегодня Валентин Александрович проснувшись, не смог встать с постели из-за того, что правая нога и рука его « не слушались». При попытке позвать жену, он обнаружил, что не может ничего сказать, язык его « не слушается». Валентин Александрович не может говорить, но понимает вопросы, на которые отвечает мимикой и жестами. В глазах слёзы. Кожа сухая. Правая рука и нога без движения. Активные движения левыми конечностями в полном объёме, но мелкие предметы удерживает с трудом ( чашка, ложка, и др.)

Валентин Александрович может самостоятельно поворачиваться только на

правый бок, придерживаясь левой рукой за поручни. Он выглядит грузным : Его рост приблизительно 165 см, масса тела 84 кг.

Анна Николаевна понимает, что муж должен похудеть, но она не знает, как это организовать. Пациент имеет съемные протезы сверху и снизу, которые остались дома. Он не может снять пижаму, но может снять носок с левой ноги, надеть самостоятельно не может ничего. Готов принимать помощь при смене постельного белья, надевании пижамы, носков. Стул обычно ежедневно утром. Анна Николаевна очень боится, что она не сможет поднять мужа и подать судно. Она боится ,что муж никогда не встанет на ноги. Обычно у В. А. мочеиспускание длительное, в том числе и ночью. Спит он на двух подушках, укрывается двумя одеялами. Привык спать в темной комнате в тишине. Снотворные средства не принимает. В. А. бреется обычно 1 раз в два дня безопасной бритвой. Бритвы собой нет. Привык принимать душ и мыть голову в воскресенье. Со слов жены, он читает в очках (очки с собой). В. А. в сознании, адекватен, ориентируется во времени и пространстве, но выглядит растерянным. Ч.д.д. 18 в мин, Ч.с.с. 75 в мин, АД 180/ 100 мм. рт. ст. Т-36, 7 град.с

**Задание:**

- 1.Выявите, какие нарушены потребности. .
- 2.Определите проблемы.
- 3.Заполните лист сестринской оценки пациента.
- 4.Составьте план сестринского ухода

## ЛИСТ СЕСТРИНСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента:	
Отделение:	
Палата:	№
Врачебный диагноз:	
Дата и время поступления пациента в стационар:	
Домашний адрес:	
Масса тела кг. Рост см. Возраст лет.	
Есть ли аллергические реакции (нужное подчеркнуть): на лекарства, на пищевые продукты, на другие аллергены. Замечания: приступы возможны при вдыхании пыли.	

## СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Примечание: при наличии или отсутствии у пациента той или иной проблемы отметить: «ДА» или «НЕТ»

ПРОБЛЕМА	ДА НЕТ	Дата и время, подпись медсестры
----------	-----------	---------------------------------------

## 1. ДЫХАНИЕ

Имеются ли проблемы с органами дыхания Замечания: число дыхательных движений 24 в минуту - тахипноэ.	ДА НЕТ	
Регулярное дыхание Замечания:	ДА НЕТ	
Одышка Замечания: в покое	ДА НЕТ	
Является ли курильщиком Замечания:	ДА НЕТ	
Кашель Замечания: сухой, с отделением малого количества вязкой мокроты.	ДА НЕТ	
Требуется ли специальное положение в постели Замечания: возвышенное положение сидя в постели, облегчающее дыхание.	ДА НЕТ	

## 2. КРОВООБРАЩЕНИЕ

Имеются ли проблемы с органами кровообращения	ДА НЕТ	
Частота пульса 84 в минуту.		
Пульс регулярный, ритмичный Замечания:	ДА НЕТ	
Артериальное давление 110/80 мм. рт. ст .		
Эпизоды повышенного артериального давления Замечания:	ДА НЕТ	
Эпизоды пониженного артериального давления Замечания:	ДА НЕТ	
Цвет кожных покровов обычный, бледно-розовый Замечания: бледная кожа во время приступа	ДА НЕТ	



Конечности теплые Замечания:	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	
Конечности чувствительные Замечания:	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	

### 3. ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ

Хороший аппетит Замечания: снижен из-за заболевания	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	
Является ли диабетиком	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	
Если да, то как регулируется уровень сахара в крови (нужное подчеркнуть): Диетой, инсулином, сахароснижающими препаратами. Замечания:		
Пьет достаточно жидкости (1,5–2 литра в сутки) Замечания:		
Ограничение жидкости Замечания:	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	
Употребление алкоголя регулярное Замечания:	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	
Все ли имеются зубы Замечания: отсутствует 3 зуба	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	

### 4. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ

Частота мочеотделения в сутки 5-6 раз, в ночное время - нет. Диурез в пределах нормы. Замечания:		
Регулярность дефекации в сутки 1 раз – в норме. Замечания:		
Стоит ли постоянный катетер Замечания:	<u>ДА</u> <u>НЕТ</u>	

### 5. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Если да, то какие из них: бадик, костыли, кресло-каталка (нужное подчеркнуть). Замечания:		
Может ли самостоятельно ходить по отделению Замечания: двигательная активность не нарушена.		

Как далеко может ходить по отделению: до туалета, до столовой (нужное подчеркнуть). Замечания:		
---	--	--

## 6. СОН

Обычная картина сна: <u>ночные</u> , дневные часы, сон со снотворными, прием алкоголя. Спит в кровати, <u>в кресле</u> (нужное подчеркнуть). Замечания:		
Трудности при засыпании и во время сна Замечания:		

## 7. СПОСОБНОСТЬ ОДЕТЬСЯ, РАЗДЕТЬСЯ, ВЫБРАТЬ ОДЕЖДУ. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

Способность одеваться и раздеваться самостоятельно Замечания:	<u>ДА</u> НЕТ	
Способен ли выполнять самостоятельно: мытьё всего тела принятие ванны одевание раздевание уход за полостью рта Замечания:	<u>ДА</u> НЕТ <u>ДА</u> НЕТ <u>ДА</u> НЕТ <u>ДА</u> НЕТ	
Гигиена полости рта: <u>удовлетворительная</u> , неудовлетворительная (подчеркнуть). Состояние кожных покровов: изъязвление, сухость, <u>обычной окраски и влажности</u> Риск развития пролежней: высокий, <u>низкий</u> Замечания:		
Имеется ли давление на костные выступы Замечания:	<u>ДА</u> НЕТ	
Профилактика пролежней: использование мешочков с песком, льняным	<u>ДА</u>	

семенем	НЕТ	
использование подкладного круга	ДА	
переворачивания пациента	НЕТ	
Замечания:	ДА	
	НЕТ	

### 8. СПОСОБНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАТЬ НОРМАЛЬНУЮ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА

Температура тела в момент исследования: t 36,7 °С.		
Замечания:		

### 9. СПОСОБНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАТЬ БЕЗОПАСНУЮ ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

Поддерживает свою безопасность самостоятельно	<u>ДА</u> НЕТ	
Замечания:		
Двигательные или сенсорные отклонения (недостатки)	ДА <u>НЕТ</u>	
Замечания:		
Есть ли у пациента трудности в понимании речи, не связанные с ослаблением слуха	ДА <u>НЕТ</u>	
Замечания:		
Ориентирован ли во времени	<u>ДА</u> НЕТ	
Замечания:		
Ориентирован ли в пространстве	<u>ДА</u> НЕТ	
Замечания:		
Ориентирован ли в собственной личности	<u>ДА</u> НЕТ	
Замечания:		
Риск падения: высокий, <u>низкий</u> (нужное подчеркнуть).		
Замечания:		

### 10. ПОТРЕБНОСТЬ В ТРУДЕ И ОТДЫХЕ

Трудоспособность сохранена	<u>ДА</u> НЕТ	
Замечания: снижена при обострении заболевания		

## 11. ВОЗМОЖНОСТИ ОБЩЕНИЯ

Разговорный язык: русский. Замечания:		
Имеются ли языковые трудности при общении Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Имеется ли снижение слуха Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Необходим ли слуховой аппарат Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Имеется ли снижение зрения Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Носит ли пациент очки Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Использование контактных линз Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Имеются ли трудности при общении, связанные с психологическими особенностями личности пациента: застенчивость, депрессия (нужное подчеркнуть). Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	
Имеются ли какие-либо другие отклонения от нормы Замечания:	ДА <u>НЕТ</u>	

### План сестринского ухода

Проблемы пациента	Цель ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода

			<b>Кратность оценки</b>	<b>Оценочные критерии</b>	<b>И о</b>

**Составить глоссарий на тему «Сестринский процесс. Документация сестринского процесса»**

**Используемая литература**

- 1.Т.П. Обуховец «Основы сестринского дела» Издательство: Феникс, 2014.
- 2.С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
- 3.С.А. Мухина, И.И. Тарновская «Теоретические основы сестринского дела». Москва, 2010 г.
- 4.Г.И. Морозова «Основы сестринского дела». Учебное пособие для медицинских колледжей Москва «ГЭОТАР – Медиа», 2015.
5. Журнал «Сестринское дело» №3-4 Сестра и больной, 2003