

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

Методические указания к практическим занятиям
по МДК 07.01 «Теория и практика сестринского дела»

Теория и практика сестринского дела.

31.02.01 «Лечебное дело»

Ставрополь, 2022 г.

Методические указания к практическим занятиям составлены в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» утвержденная приказом Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014 г. № 514 и программой ПМ.07 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих 24232 Младшая медицинская сестра по уходу за больными

Составитель: Санько Ю.П.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненной специальности 31.00.00 Клиническая медицина протокол № 7 от 26.06.2022 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 6 от 26.06.2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1 Практическое занятие №1 Тема «История сестринского дела»	6
2 Практическое занятие №2 Тема «Перспективы развития сестринского дела»	9
3 Практическое занятие №3 Тема «Философия сестринского дела»	14
4 Практическое занятие №4 Тема «Биомедицинская этика»	18
5 Практическое занятие №5 Тема «Общение в сестринском деле»	25
6 Практическое занятие №6 Тема «Обучение в сестринском деле»	30
7 Практическое занятие №7 Тема «Иерархия потребностей человека по А. Маслоу»	35
8 Практическое занятие №8 Тема «Сестринский процесс»	40

Данное методическое пособие предназначено в качестве помощи преподавателю при преподавании предмета.

Внимание обучающихся акцентируется на роли медицинской сестры в обеспечении потребностей пациента. Для оптимальной подготовки обучающихся к будущей профессиональной деятельности одновременно с изучением манипуляционной техники используется контекстное обучение сестринского процесса. Такой подход способствует лучшему усвоению знаний и умений обучающихся в области деятельности медицинской сестры, помогает формированию профессионального мышления при овладении сестринскими манипуляциями.

Процесс изучения дисциплины в соответствии с ФГОС СПО направлен на формирование следующих компетенций:

А/01.5 Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами при заболеваниях и (или) состояниях.

А/02.5 Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

А/03.5 Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни.

А/04.5 Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

А/06.5 Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Личностных результатов:

ЛР 2	Проявляющий активную гражданскую позицию, демонстрирующий приверженность принципам честности, порядочности, открытости, экономически активный и участвующий в студенческом и территориальном самоуправлении, в том числе на условиях добровольчества, продуктивно взаимодействующий и участвующий в деятельности общественных организаций
ЛР 3	Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих
ЛР 4	Проявляющий и демонстрирующий уважение к людям труда, осознающий ценность собственного труда. Стремящийся к формированию в сетевой среде лично и профессионального конструктивного «цифрового следа»
ЛР 6	Проявляющий уважение к людям старшего поколения и готовность к участию в социальной поддержке и волонтерских движениях
ЛР 8	Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных и иных групп. Сопричастный к сохранению, преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства

ЛР 9	Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях
ЛР 13	Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности
ЛР 14	Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности
ЛР 15	Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами
ЛР 16	Выработавший умения и навыки трудовой деятельности, проявляющий основы трудовой культуры
ЛР 18	Поддерживающий и проявляющий принципы гуманности и милосердия
ЛР 19	Соблюдающий и поддерживающий профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации
ЛР 30	Осознающий социальную значимость труда, стремящийся добросовестно и ответственно работать, бережно относиться к результатам труда

Рабочая программа профессионального модуля может быть использована при подготовке специалистов со средним профессиональным образованием по специальностям Лечебное дело.

Практическое занятие № 1

Тема «История сестринского дела»

Студент должен знать:

- историю и задачи международного сотрудничества в области сестринского дела;
- заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле;
- историю создания и задачи сестринских общин в России, примеры героизма русских сестер милосердия;
- историю и задачи Общества Красного Креста и Красного Полумесяца;
- определение биоэтики, медицинской деонтологии;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального поведения;
- этические основы современного медицинского законодательства;
- определение, причины, профилактику ятрогенных заболеваний;
- определение медицинской тайны;
- определение субординации, особенности взаимоотношений коллег.
- основные понятия философии сестринского дела;
- содержание философии сестринского дела;
- принципы и этические элементы философии сестринского дела.

Студент должен уметь:

- применять правила профессиональной этики и деонтологии при общении с пациентами.

Теоретическая часть

Как специальность, сестринское дело сформировалось в середине XIX в., почти одновременно в России и на западе, а к концу XX в. В США и др. странах достигла расцвета.

Систематическое обучение уходу за больными в России началось в школе при Московском госпитале, открытом в 1707 г. усилиями Петра I и голландского врача Н. Бидлоо. Впервые в России женщин стали привлекать для ухода за больными в госпиталях и лазаретах при Петре I. По его указу в 1715г. были созданы воспитательные дома, в которых служили женщины. Вскоре, привлечение женщин для работы в больницах было отменено. Роль сиделок была отведена отставным солдатам.

В 1728г. Медицинская канцелярия вводит штатные единицы для женщин по уходу за больными. Но со временем, использование женского труда по уходу, либо прекратилось, либо носило временный характер.

1735г. Генеральный регламент о госпиталях, определяющий сферы деятельности женщин по уходу, а также их поведение до принятия на работу и во время нее.

1854г. Создание Крестовоздвиженской общины сестер милосердия.

1854-1856г. Организованное участие в Крымской войне.

1917 - 26 августа в Москве состоялся I Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское Общество сестер милосердия.

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

Сестринское дело зародилось внутри традиционной модели ухода за людьми. Честь создания его, как профессии, принадлежит английской сестре Флоренсе Найтингейл (1820-1910г.г.). Она родилась 20 мая 1820г. в Флоренции. Одним из факторов мешавших развитию сестринского дела в мире, был социальный статус женщины. Ф. Найтингейл внесла огромный вклад в обретение женщинами равноправия. Она впервые обратила внимание на значимость и особенности сестринского дела, которые определяют его специфику и выделение в самостоятельный вид профессиональной деятельности. По ее инициативе в Лондоне в 1860 г. была открыта первая в мире светская школа для подготовки медсестер.

Медаль учреждена Международным комитетом Красного Креста в 1912г. и присуждается каждые 2 года 12 мая, в день рождения Ф. Найтингейл, когда медицинские сестры во всех странах отмечают свой профессиональный праздник. На медали Ф. Найтингейл изображена со свечой в руке. В мире ее так и называют «Леди со свечой». Свеча - признанный символ милосердия. Нельзя дать ей погаснуть!

Участие А. Дюрана в создании Международной организации помощи жертвам войны. Российское общество Красного Креста.

Помощь раненым силами сестер милосердия явилась предпосылкой к организации Общества Красного Креста.

25-27 июля 1859г. Анри Дюнан был свидетелем битвы при Сольферино в Италии войск Наполеона III с австрийской армией. После битвы на поле боя остались 23 тыс. раненых, которым никто не оказывал помощь. Свои впечатления об увиденных последствиях сражения Дюнан изложил в книге «Воспоминания о битве при Сольферино».

В октябре 1863г. в Женеве открылась международная конференция, в которой приняли участие представители 14-ти стран. Здесь было принято решение, в котором говорилось, что каждая страна должна иметь комитет, который в случае войны, должен организовать помощь раненым.

22 августа 1864г. в Женеве представители 16-ти государств заключили международный договор о помощи раненым во время войн - Женевскую конвенцию. Отличительным знаком организации стал герб Женевы, как центра духовного единства стран-участниц: красный крест на белом фоне.

3 мая 1867г. в Государственном совете России был утвержден устав общества, получившего название «Российское общество попечения о б-ных и раненных воинах». В 1879г. оно было переименовано в Российское общество Красного Креста. За период с 1871 по 1881г. главным образом в связи с воинами, было открыто 11 общин сестер Красного Креста, из которых наиболее известными были Елисаветинская в Варшаве, Мариинская в Киеве и Иркутске, Касперовская в Одессе, Александровская в Санкт-Петербурге.

Развитие сестринского дела в первые годы советской власти. Создание системы среднего специального медицинского образования.

Анализируя основные вехи развития сестринского дела в послеоктябрьский период, следует сказать, что реформы начались с утверждения в 1919г. Наркомздравом плана обучения и программ школ сестер милосердия, которые предусматривали сугубо практический метод обучения и поэтому - постоянное пребывание учащихся в больнице. Подготовка медсестер поручена органам здравоохранения.

1922 I Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. Для подготовки сестер установлен срок обучения 2 и 2,5 года.

1924г. - Утверждение новых учебных планов и программы для школ подготовки м/с по уходу.

1926г. - II Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. Медицинские школы стали называться техникумами.

1927г. - Положение о медицинской сестре, в котором четко определены обязанности сестры по уходу.

Вопросы к практическому занятию

1. Какие организации предшествовали появлению «Общин сестер милосердия»?
2. Кто является основоположницей сестринского дела в мире?
3. Сестры милосердия какой общины стали участниками Крымской войны?
4. Какие исторические личности внесли вклад в развитие сестринского дела в России и какой?
5. Какие заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле вы знаете?
6. Что вы знаете об истории и задачах Общества Красного Креста и Красного Полумесяца?

Задания к практическому занятию

Дополните правильный ответ:

1. Первая община сестер милосердия была создана в _____ (страна).
2. Первую общину сестер милосердия организовал священник _____.
3. Новый и качественный уход за больными и ранеными стал применяться при оказании медицинской помощи раненым в период _____ войны.
4. Имя великой англичанки, являющейся символом милосердия во всем мире _____.
5. Указ Петра I о службе женщин при воспитательных домах вышел в _____ году.

6. В 40-50 –х годах XIX века в России создаются общины

7. Свято-Троицкая община была организована в городе

8. Годы жизни Ф.Найтингейл 18___ ---19___.

Впишите даты соответствующие данным событиям.

1. В России сестринское дело оформилось в _____ 1803 ___ году.
2. Институт сердобольных вдов был создан в Москве в _1818__ году.
- 3.1-е руководство на русском языке по уходу за больными - учебник Оппеля - вышло в свет в _____ 1822_ году.
4. Первая община сестер милосердия возникла в Петербурге в ___1844_____ году.
5. В Англии, в больнице Сен-Томас была открыта школа медсестер _____ 26 июня 1860 _____ году.

Практическое занятие № 2

Тема «Перспективы развития сестринского дела»

Теоретическая часть

Основные направления и события в процессе реформирования сестринского дела в РФ на современном этапе.

К причинам, породившим необходимость реформирования можно отнести низкий уровень качества медицинской помощи населению, низкий престиж профессии, низкий социальный статус медицинских сестер, отсутствие перспективы профессионального роста, несоответствие уровня сестринского образования требованиям времени, дефицит сестринских педагогических кадров, отсутствие научных исследований в области сестринского дела и незнание зарубежного опыта.

Реформа сестринского дела в российском здравоохранении развернулась в нескольких направлениях:

- проведение научных исследований вс.д.
- реформирование сестринского образования
- реформирование практической деятельности
- развитие международного сотрудничества
- самоуправление и консолидация сестринской профессии

Основные события реформирования с.д. в России:

1976г.- Открытие в Москве первого в стране училища повышения квалификации работников со средним и мед.и фармацевтическим образованием.

1986г. - Конференция по сестринскому делу в Туле.

1987г. - Национальный сестринский семинар в Ростове-на-Дону.

- 1988г. - Конференция по сестринскому делу в Звенигороде.
1988г. - I Европейская конференция по сестринскому делу (Вена).
1989г. - Всесоюзное совещание специалистов со средним медицинским образованием (Тула).
1990г. - Открытие первого Хосписа в России (С.-Петербург).
1991г. - Приказ Государственного Комитета СССР по народному образованию от 28.06.91 №313 «Об открытии специальности «Сестринское дело» в высшей школе».
1997г. - Открытие стационарного отделения Первого московского хосписа (18 сентября). С 1999г. функционирует выездная служба.
1997г. - Постановление Правительства РФ от 05.11.97 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ».
1999г. - Участие Российских сестер в качестве гостей в международной конференции, посвященной 100-летию Международного совета сестер.
2000г. - Утверждение Доктрины среднего медицинского и фармацевтического образования в РФ.
2000г. - II Европейская конференция ВОЗ по сестринскому делу (Мюнхен, 15-18 июня).
2004г. - II Всероссийский съезд средних медицинских работников (20-21 октября, Москва).
2005г. - Принятие российских медсестер в члены Международного совета медсестер.

Основные задачи больницы:

- оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи населению административной территории в амбулаторных и стационарных условиях с применением высокоэффективных медицинских технологий;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других ЛПУ административной территории;
- организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта;
- осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях административной территории;

Больница, независимо от численности населения административной территории и коечной мощности, должна иметь следующие структурные подразделения:

- консультативную поликлинику;
- диагностический отдел;
- стационар с приемным отделением;
- отдел организационно-методической работы;
- отделение экстренной и планово-консультативной помощи;
- патологоанатомическое отделение (бюро);

- прочие структурные подразделения, необходимые для выполнения функций больницы (пищеблок, бухгалтерию, медицинский архив, гараж и т.д.).

Трудовое законодательство Российской Федерации, регулирующее трудовой процесс младшей медицинской сестры; нормы этики в профессиональной деятельности.

Специфика трудовой деятельности медработников состоит в том, что ♦ объектом их труда являются жизнь и здоровье человека.

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по профилактике заболеваний, обследованию состояния здоровья пациентов, их лечению, реабилитации, уходу за ними во время заболевания и иная деятельность в связи с расстройствами здоровья, осуществляемая субъектами медицинской деятельности.

Продолжительность рабочего времени

По общему правилу, для всех медр.т. независимо от того, в какой системе здравоохранения они работают, установлен сокращенный рабочий день. Для медр.т. устанавливается несколько видов сокращенного рабочего дня. Сокращенный рабочий день дифференцируется в зависимости от типа медицинского учреждения, категории медр.т., наличия вредных условий. В соотв. со ст. 330 ТК ПМР продолжительность р.вр. медр.т. составляет не более 39 ч. в неделю. В зав-ти от должности и (или) специальности продолжительность р.вр. медр.т. определяется Правительством ПМР. Н-р: 36 ч. раб. неделя в лечебно-профилактических организациях по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями; 33 ч. раб. неделя для стоматологических лечебно-профилактических организаций; 30 ч. раб. неделя для патолого-анатомических организаций.

Время отдыха

Указ Президента Приднестровской Молдавской Республики от 17 июля 1996 года № 228 «Об отпусках работников здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики». При исчислении продолжительности ежегодного отпуска в календарных днях праздничные нерабочие дни и дополнительные выходные дни, приходящиеся на период отпуска, в число календарных дней отпуска не включаются и не оплачиваются. Н-р: Врач, средний и младший медицинский персонал хирургических отделений и палат, в том числе детских, всех профилей в стационарах, а также процедурные сестры хирургических и травматологических отделений и кабинетов поликлиники - Продолжит. основного отпуска (в календ. днях) - 28. Продолжит. дополнит. отпуска (в календ. днях) - 14. Участковый терапевт и педиатр, а также медсестра терапевтического и педиатрического территориального участка.

Оплата труда

В Приложение № 2 Закона ПМР «Об оплате труда работников бюджетной сферы и денежном довольствии военнослужащих и лиц, приравненных к ним по условиям выплат денежного довольствия» предусмотрено наименование должности и его должностной оклад в РУ

МЗП: н-р: Врач-интерн, провизор-интерн, врач-стажер, провизор-стажер - 200-220 РУ МЗП; Врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый - 230-250 РУ МЗП; Медсестра-анестезист - 150-170 РУ МЗП; Продавец аптечного киоска - 105-110 РУ МЗП; 1 РУ МЗП на 2017 г. - для выплат з.п. бюджетникам = 7,3 руб.

Перечень категорий р.т., имеющих право на надбавки и доплаты к должностному окладу с учетом специфики условий их труда устанавливается Правительством ПМР.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством ПМР. КоАП ПМР: Статья 6.5. Незаконное занятие частной медицинской или частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством)

1. Занятие частной медицинской или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, а равно лицом, не имеющим надлежащего медицинского (фармацевтического) образования, - влечет наложение административного штрафа в размере от 150 (ста пятидесяти) до 200 (двухсот) РУ МЗП.

2. Занятие народной медициной (целительством) с нарушением установленного законом порядка - влечет наложение административного штрафа в размере от 150 (ста пятидесяти) до 200 (двухсот) РУ МЗП.

3. Деяния, предусмотренные пунктами 1 и (или) 2 настоящей статьи, совершённые повторно, - влекут наложение административного штрафа в размере от 400 (четырёхсот) до 500 (пятисот) РУ МЗП. УК ПМР: Статья 233. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью.

Вопросы к практическому занятию

1. Для чего нужен сестринский процесс?
2. Главные отличия врачебного и сестринского диагнозов?
3. Что значит краткосрочная цель?
4. Отличие зависимых и независимых сестринских вмешательств
5. Какие проблемы считаются приоритетными?

Задания к практическому занятию

Выберите один правильный ответ:

1. Год создания Российского общества Красного Креста:

1. 1844
2. 1854
3. 1863
4. 1876

2. Основная цель общин Красного Креста – подготовка персонала для ухода за:

1. больными и ранеными в военное и мирное время
2. больными только в мирное время
3. ранеными в военное время
4. больными в гражданских больницах

3. Самая известная община сестер милосердия Общества Красного Креста:

1. Свято-Троицкая
2. Крестовоздвиженская
3. Покровская
4. Георгиевская

4. Деятельность сестер милосердия общин Красного Креста ярко проявилась в период:

1. войны с Наполеоном
2. Крымской войны
3. Русско-турецкой войны
4. Русско-японской войны

5. Русская героиня Русско-турецкой войны, баронесса:

1. Е. Бакунина
2. Ю. Вревская
3. Е. Карцова
4. Е. Хитрово

6. Год упразднения в России термина «сестра милосердия»:

1. 1914
2. 1917
3. 1926
4. 1936

7. Количество уровней подготовки специалистов сестринского дела:

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

8. Год проведения I Всероссийской конференции по теории сестринского дела:

1. 1991
2. 1993
3. 1995
4. 1997

9. Год создания первого факультета высшего сестринского образования в Москве:

1. 1988
2. 1991
3. 1992
4. 1996

10. Год выпуска журнала «Сестринское дело»:

1. 1991
2. 1992
3. 1995
4. 1996

11. 1992 год знаменателен для сестер России:

1. созданием первого факультета высшего сестринского образования
2. выпуском журнала «Сестринское дело»
3. созданием ассоциации медицинских сестёр
4. разработкой первого Этического кодекса медицинской сестры

12. Год разработки Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ:

1. 1991
2. 1993
3. 1995
4. 1997

Практическое занятие № 3 **Тема «Философия сестринского дела»**

Теоретическая часть

1 Принципы философии сестринского дела в России.

Философия (от греч. phil – любовь, sophia – мудрость; в более точном понимании стремление к истине) - это форма духовной деятельности человека, в которой находят свое отражение вопросы целостной картины мира, положения человека в мире, отношений между человеком и миром в результате этого взаимодействия.

Что же такое философия сестринского дела?

Впервые принципы философии сестринского дела в России были сформулированы на I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, которая проходила в Голицыно в 1993г. Под девизом «Новые сестры для новой России».

2 Фундаментальные понятия философии сестринского дела.

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, состоявшейся 27 июля - 14 августа 1993 года в Голицыно, вводятся новые термины и понятия в сестринское дело. Согласно международной договоренности, философия сестринского дела базируется на четырех основных понятиях:

- 1 Пациент как личность;
- 2 Сестра, сестринское дело как искусство и наука;
- 3 Окружающая среда.
- 4 Здоровье.

Пациент - человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий

Медицинская сестра должна быть готова иметь дело с любым пациентом, уважительно относиться к его прошлому и настоящему, жизненным ценностям, обычаям и убеждениям.

Сестра - специалист с профессиональным образованием, разделяющая философию сестринского дела и имеющая право на сестринскую работу.

Сестринское дело - часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Как наука сестринское дело опирается не только на медицинские знания, но и на психологию, социологию, культурологию, историю, этику и эстетику. Искусство оказывает большое воздействие на духовный мир человека. Сила воздействия искусства на общее состояние и настроение человека и его благотворное влияние на здоровье были замечены еще в глубокой древности. В свое время Ф. Найтингейл говорила, что сестринское дело — одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах.

Окружающая среда - существенный фактор в предотвращении заболеваний и поддержания здоровья.

Окружающая среда - это совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и условий, в которых происходит жизнедеятельность человека.

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

Основными принципами философии сестринского дела являются: уважение к жизни, достоинству, правам человека. Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинской сестрой. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать поощрять его через издания законодательных актов.

Сущность философии сестринского дела в том, что она является фундаментом профессиональной жизни медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее работы с пациентом. Сестра, разделяющая данную философию, принимает на себя следующие этические обязанности:

- говорить правду
- делать добро
- не причинять вреда
- уважать обязательства других, держать слово
- быть преданной
- уважать право пациента на самостоятельность цели, к которым стремится сестра, т.е. результаты ее деятельности называются этическими ценностями (идеалами):

- профессионализм
- здоровье
- здоровая окружающая среда
- независимость
- человеческое достоинство
- забота (уход)

Этическими элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетель (совершенство).

Медицинская сестра, разделяющая принятую философию сестринского дела, принимает на себя следующие этические обязанности:

говорить правду, делать добро, не причинять вреда, уважать права пациента, уважать обязательства других (членов бригады), держать слово, быть преданной своему делу, уважать право (пациента) на самостоятельность.

Этическими ценностями (на которых также основана философия), определяющими цели, к которым стремится медицинская сестра, являются профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход).

Добродетель (совершенство) определяет личные качества, которыми должна обладать хорошая медицинская сестра. Добродетель — это черты характера, которые располагают человека к хорошим поступкам: сострадание, милосердие, терпение, целеустремленность.

Конечная цель сестринского дела - это помощь пациенту и/или его семье, но важнейшими средствами достижения этой цели являются забота, уход и выхаживание.

Основными принципами ухода являются:

- обеспечение безопасности пациента;
- конфиденциальность;
- уважение к пациенту и поддержание его чувства собственного достоинства;
- общение;
- поддержание независимости пациента;
- обеспечение инфекционной безопасности.

Принимая философию ухода, медицинская сестра должна осуществлять уход в рамках этих принципов.

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое философия?
2. Что такое философия сестринского дела?
3. Основные понятия философии сестринского дела?
4. Дайте определения парадигм.
5. Что такое медицинская этика и деонтология?
6. Что такое биоэтика?
7. Кто впервые предложил этот термин?

8. Права пациента, изложенные в «Этическом Кодексе м/с»?
9. Права медицинской сестры, согласно «Кодексу...»

Задания к практическому заданию

Выберите один правильный ответ.

1 Добродетель медицинской сестры

- а) человеческое достоинство
- б) не причинение вреда
- в) профессионализм
- г) милосердие

2 Обязанности медицинской сестры

- а) здоровая окружающая среда
- б) уважение прав пациента
- в) милосердие и терпение
- г) независимость и достоинство

3 Этический компонент сестринского дела

- а) экология
- б) валеология
- в) ценности
- г) деонтология

4 Этические ценности медсестры

- а) здоровье и здоровая окружающая среда
- б) милосердие и сострадание
- в) преданность и правдивость
- г) знание и умение

5 Этические ценности медсестры

- а) личные качества
- б) черты характера
- в) деятельность

6 Личные качества сестры

- а) человеческое достоинство
- б) уважение прав пациента
- в) целеустремлённость и терпение
- г) профессионализм и забота

7 Цель, к которой стремится сестра

- а) преданность
- б) целеустремленность
- в) правдивость
- г) независимость

8 Программный документ «Философия сестринского дела в России» принят в

- а) Москве, 1991 год
- б) Голицыне, 1993 год
- в) Санкт-Петербурге, 1991 год
- г) Екатеринбурге, 1995 год

9. Философия сестринского дела базируется на понятии
- а) сестринское дело
 - б) право пациента
 - в) уважение обязательств
 - г) преданность
10. Пациент в сестринском деле — человек, нуждающийся в
- а) реабилитации
 - б) лечении
 - в) уходе
 - г) профилактике
11. Основные понятия сестринского дела — это все, кроме:
- а) сестры
 - б) окружающей среды
 - в) пациента
 - г) болезни
12. Обязанности медицинской сестры
- а) здоровая окружающая среда
 - б) уважение прав пациента
 - в) милосердие и терпение
 - г) независимость и достоинство
13. Философия сестринского дела включает:
- а) 4 основных понятия
 - б) 5 основных понятий
 - в) 2 основных понятия
 - г) 8 основных понятий
14. Философия сестринского дела основана:
- а) на общечеловеческих принципах этики и морали
 - б) на рассмотрении окружающей среды
 - в) на гармонии и творческом подходе
 - г) на совокупности природных и социальных факторов

Практическое занятие № 4
Тема «Биомедицинская этика»
Теоретическая часть

- Студент должен
- знать: - определение общения;
 - определение биоэтики;
 - современные проблемы биоэтики;
 - уровни общения;
 - элементы эффективного общения;
 - зоны общения;
 - уверенная манера общения;
 - социальная поддержка;

- типы общения;
 - виды общения;
 - функции общения;
 - цели общения;
 - факторы, способствующие или препятствующие общению.
- уметь: - организовать терапевтическое общение с пациентом.

Биоэтика (этика живого):

Предметом изучения биоэтики моральные и нравственные аспекты взаимоотношений между людьми. Тысячелетиями существовала в нашей культуре тесная связь этики и медицины.

Медицина - наука о болезнях человека и их лечении.

Этика - учение о нравственности, означает систему непротиворечивых суждений о смысле и назначении морали. Слово «этика» произошло от греческого *ethos* - обычай.

Именно нормы, правила, обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей в обществе. Медицинская этика является составной частью этики.

Принципы медицинской этики должны соблюдаться медицинскими работниками в их повседневной деятельности. На основе норм, правил, обычаев сформулированы наиболее обобщённые понятия морали или этические категории: долг, честь, достоинство, совесть, счастье.

Можно выделить три уровня общения.

-Внутриличностное – мысленное общение человека с самим собой, когда он

вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, подготавливаясь к общению с кем-либо.

-Межличностное – общение между двумя или более людьми.

-Общественное – общение одного человека с аудиторией.

Следует тщательно готовиться к общественному и межличностному общению.

Правильное общение усиливает взаимопонимание между людьми.

Техника общения

Многие из нас имеют опыт неэффективного общественного и межличностного общения. Для того чтобы исправить это положение, общение не должно ограничиваться

только передачей информации. Эффективное общение состоит из пяти элементов:

- отправитель – тот, кто передает информацию;
 - сообщение – посылаемая информация;
 - канал – форма отправки сообщения (устная речь, неречевой метод: мимика, жесты, позы, письменная речь);
 - получатель – тот, кому посылается сообщение;
 - подтверждение – способ, с помощью которого уведомляют отправителя, что сообщение получено.
- Каналы общения

- Устная речь – получатель слышит её.
- Неречевое сообщение – мимика, жесты, позы и какие-то действия, которые получатель видит.
- Письменное сообщение – слова или символы, которые получатель прочитает.

Вербальное общение предполагает два важных элемента: что вы говорите и как вы говорите. Оно должно быть ясным и кратким. Вербальное общение может быть эффективным, если:

- Говорить медленно, с хорошим произношением, простыми, короткими фразами.
- Не злоупотреблять специальной терминологией, а если применили – объяснить.
- Выбирать скорость и темп речи при общении с конкретным пациентом, если сестра говорит очень медленно, то пациент может подумать, что она недооценивает его возможности воспринимать информацию. Если сестра говорит слишком быстро, то пациент может подумать, что она торопится, и он не захочет дальше слушать.
- Правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована информация сестры, должен иметь желание и интерес к беседе. Лучшее время общения то, когда пациент сам задаёт вопросы о своём состоянии, плане ухода, сестринских вмешательствах и т.д.
- Не начинать беседу сразу после информации врача о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании.
- Следить за интонацией своего голоса, убедиться, что она соответствует тому, что вы собираетесь сказать.
- Выбирать нужную громкость, говорить так, чтобы вас слышали, но не кричать.
- Убедиться в том, что вас поняли, задавая человеку открытые вопросы.
- Юмор тоже способствует эффективному общению, но он должен использоваться с осторожностью, особенно при манипуляциях, связанных с личной гигиеной.

Письменное (вербальное) общение является исключительно важным для сестры. Оно может быть эффективным, если учесть следующие рекомендации:

- Пишите аккуратно.
- Выбирайте правильный размер и цвет букв.
- Убедитесь, включена ли в запись вся необходимая информация.
- Пишите грамотно. Ошибка подрывает ваш авторитет.
- Выбирайте понятные и простые слова.
- Обязательно подписывайте ваше сообщение.

Эффективность письменного общения зависит от многих факторов:

- Умеет ли человек писать.
- Понимает ли написанное.

- Видит ли написанное.
- Знает ли язык, на котором написано сообщение

Правила письменного общения:

- Человеку, не умеющему читать, рисуйте.
- Будьте точны, называя время (утро, вечер).
- Будьте внимательны (проверяйте, всю ли необходимую информацию вы включили в сообщение).

Бессловесное (невербальное) общение может быть: бесконтактным (осуществляется с помощью символов, жестов, мимики, позы, взгляда, движением головы, рук) и контактными (пожатие руки, похлопывание по плечу, поглаживание, прикосновение и т. д.).

Изучением канала невербального общения занимается наука - кинетика.

Мимика человека является очень богатым источником информации об эмоциональном состоянии пациента. С помощью мимики можно передать состояния:

удовольствия, радости, интереса, гнева, ярости, пренебрежения, презрения, удивления, испуга, стыда, робости, унижения, страха, ужаса, счастья, печали и т.д. Психология считает, что лицо человека – это «своеобразный центр приёма и передачи социальных сигналов». Самое выразительное в лице – глаза.

Контактные невербальные способы общения – прикосновение рук, похлопывание по плечу, объятия, пожатие руки позволяют сестре передать человеку привязанность, эмоциональную поддержку, ободрение, согласие и др. Специалисты сестринского дела утверждают, что мастерство проведения оценки состояния пациента базируется на многих навыках невербального контактного общения, в частности на прикосновении.

К невербальному типу общения примыкают паралингвистические эффекты:

- Паузы.
- Интонация
- Возгласы и восклицания.
- Тон, звучность, тембр голоса.
- Дикция.
- Скорость речи.

Зоны комфорта

Сестре следует учитывать, что общение будет более успешным, если оно проходит в зоне комфорта. У каждого человека размер этой зоны свой.

- Сверхинтимная зона – менее 15см
- Интимная зона – 15 – 40см
- Личная зона – 40см – 2м
- Социальная зона – 2м – 4м
- Общественная зона (открытая) – более 4м

Сестринскому персоналу, с учетом специфики деятельности, часто приходится вторгаться и в личную, и в интимную зону и в сверхинтимную зону комфорта пациента, выполняя те или иные манипуляции.

Факторы, способствующие или препятствующие организации общения:

- тишина;
- конфиденциальность;
- адекватное освещение, отопление и вентиляция;
- удобная поза.

Помимо внешней стороны общения (вербального и невербального) существует ещё и внутренняя, скрытая сторона общения-психологические закономерности восприятия людьми друг друга. Эти закономерности определяют:

1. степень знакомства;
2. предшествующая информация об этом человеке;
3. личный жизненный опыт общения, например;
4. эмоциональный фон.

Основные проблемы биоэтики:

- защита прав пациентов (в том числе ВИЧ инфицированных, психиатрических больных, детей и др. больных с ограниченной компетентностью);
 - справедливость в здравоохранении;
 - взаимоотношение с живой природой (экологические аспекты развития биомедицинских технологий);
 - аборты, контрацепция и новые репродуктивные технологии (искусственное оплодотворение, оплодотворение «в пробирке» с последующей имплантацией эмбриона в матку, суррогатное материнство);
 - проведение экспериментов на человеке и животных;
 - выработка критериев диагностики смерти (новое понимание жизни и смерти);
 - трансплантология;
 - современная генетика (генодиагностика, генная терапия и инженерия);
 - манипуляции со стволовыми клетками;
 - клонирование (терапевтическое и репродуктивное);
 - оказание помощи умирающим пациентам (хосписы и организации паллиативной помощи);
 - самоубийство и эвтаназия (пассивной или активной, добровольной или насильственной).

Условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией.

По мнению большинства специалистов по безопасности информационных систем, главное внимание должно быть обращено на персонал, постоянно работающий с конфиденциальными документами и базами данных.

Основными задачами должны быть две:

1) максимально затруднить работу злоумышленнику или его сообщнику по добыванию необходимой информации, противодействовать им в пассивном или активном режиме на основе результатов аналогичных выводов

2) не допустить установления определенных взаимоотношений злоумышленника и сотрудника фирмы, владеющего конфиденциальной информацией.

Текущая работа с персоналом, обладающим конфиденциальной информацией, включает в себя:

- обучение и систематическое инструктирование сотрудников;
- проведение регулярной воспитательной работы с персоналом, работающим с конфиденциальными сведениями и документами;
- постоянный контроль за выполнением персоналом требований по защите конфиденциальной информации;
- контрольную работу по изучению степени осведомленности персонала в области конфиденциальных работ фирмы;
- проведение, служебных расследований по фактам утечки информации и нарушений персоналом требований по защите информации;
- совершенствование методики текущей работы с персоналом.

Информация, сообщаемая в процессе обучения сотрудников, является строго конфиденциальной. Конспекты, записи сотрудники делают в специальных тетрадях, хранящихся в соответствии с общим порядком работы с конфиденциальными документами. По окончании обучения проводится проверка усвоения сотрудниками полученных знаний. Результаты проверки фиксируются в протоколе комиссии, ведущей проверку.

Биоэтика - современная форма традиционной биомедицинской этики, основным принципом которой является принцип «уважение прав и достоинства человека».

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое биоэтика?
2. Какие проблемы она рассматривает?
3. Дайте определение понятия «общение».
4. Назовите уровни общения.
5. Перечислите функции общения.

Задания к практическому занятию

1. Термины «сестра милосердия», «старшая сестра» впервые предложил:
 - а) В. Поль
 - б) Х.Опель
 - в) А.Дюнан
 - г) В. Грубер
2. Начало развития сестринского дела в России связано с открытием в Петербурге и Москве:

- а) «вдовьих домов»
 - б) воспитательных домов
 - в) госпиталей
 - г) курсов сиделок
- 3.Первая община сестер милосердия в России:
- а) Георгиевская
 - б) Крестовоздвиженская
 - в) Покровская
 - г) Свято-Троицкая
- 4.Героиня Крымской войны – англичанка:
- а) Ф. Найтингейл
 - б) Л. Мариллак
 - в) В. Хендерсон
 - г) Д. Орем
- 5.Год создания Российского общества Красного Креста:
- а) 1844
 - б) 1854
 - в) 1863
 - г) 1876
- 6.Наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, но в условиях использования новых медицинских технологий:
- а) этика
 - б) деонтология
 - в) биоэтика
 - г) философия
- 7.Один из основных принципов биоэтики:
- а) врачебная тайна
 - б) уважение к профессии
 - в) честность
 - г) гуманность
- 8.По Харди, тщательно, аккуратно выполняет все свои обязанности, не соперничая пациенту, - сестра
- а) «артистка»
 - б) «нервная»
 - в) «рутинер»
 - г) «гренадер»
- 9.Неразглашение сведений о пациенте – это:
- а) эмпатия
 - б) медицинская тайна
 - в) соррогения
 - г) эгрогогения
- 10.Влияние пациентов друг на друга:
- а) эгогения

- б) ятрогения
 - в) эгрогения
 - г) соррогения
11. Обязанности медицинской сестры:
- а) здоровая окружающая среда
 - б) уважение прав пациента
 - в) милосердие и терпение
 - г) независимость и достоинство
12. Личные качества сестры -
- а) человеческое достоинство
 - б) уважение прав пациента
 - в) целеустремленность и терпение
 - г) профессионализм и забота
13. Цель, к которой стремиться сестра, -
- а) преданность
 - б) целеустремленность
 - в) правдивость
 - г) независимость
14. Философия сестринского дела базируется на понятии
- а) сестринское дело
 - б) право пациента
 - в) уважение обязательств
 - г) преданность
15. Пациент в сестринском деле – человек, нуждающийся в
- а) реабилитации
 - б) лечении
 - в) уходе
 - г) профилактике

Практическое занятие № 5

Тема «Общение в сестринском деле»

Теоретическая часть

Профессиональное общение медсестры - процесс установление и развития контактов между ней и пациентом, порождаемый потребностями в совместной деятельности и включающий в себя передачу информации (коммуникацию), выработку стратегии взаимодействия (интеракцию), восприятие и понимание партнерами друг друга (перцепцию). В результате выделены три стороны общения: коммуникативная, интерактивная и перцептивная.

Функции общения:

- контактная - установление состояния взаимной готовности к общению;
- информационная - обмен информацией, сообщениями;

- координационная - взаимное ориентирование и согласование совместной деятельности;
- понимания - адекватное понимание смысла сказанного, действий, состояние своего партнера;
- эмотивная - обмен эмоциями между партнерами;
- установление отношений - осознание места своего партнера в системе межличностных, деловых и производственных отношениях;
- оказание влияния - изменение поведения, состояния, знаний, представлений партнера;
- взаимодействие и восприятие себя через другого (умение поставить себя на место собеседника).

2. Уровни общения: внутриличностные, межличностные, общественные.

1. Внутриличностное - мысленное общение человека с самим собой (внутренний диалог, обдумывает проблемы, анализирует ситуации, вырабатывает какие-то планы, идеи, но вслух не произносит).

2. Межличностное - общение двух и более людей между собой (обмен мыслями, идеями, со своими коллегами).

3. Общественное - общение одного человека с группой людей, коллективом, большой аудиторией.

Общение - это сложный социально-психологический процесс взаимоотношения между людьми, происходящий с помощью передачи словесной (вербальной) и бессловесной (невербальной) информацией. Способ коммуникации зависит от содержания сообщения и индивидуальных качеств получателя сообщения. Например, слепой человек лучше понимает словесную информацию. Глухой же человек может читать, в том числе и по губам.

Коммуникация - обмен вербальной информацией между людьми с помощью невербальных приемов.

Вербальная информация отражается в высказываниях и написанных (письмо) чувствах, мыслях, наблюдениях. Речевое общение происходит между людьми с помощью устной или письменной речи. Важно что говорят и как говорят. Важно, чтобы общение было эффективным.

Невербальная информация отражает поступки или поведения того, кто передает информацию с использованием прикосновения, мимики, жестов, символов, позы вместо слов. Наука изучающая невербальное общение называется кинесикой. Невербальные способы общения, например, прикосновение рукой к плечу, позволяет сообщить пациенту о сопереживании, поддержке; однако пациент быстро распознает фальшивое отношение, поэтому эти приемы использует внимательная и деликатная медсестра. Основой для коммуникации служат такие факторы, как сопереживание, уважение и искренность, деликатность, как признание прав человека на свободу мыслей, чувств и достойное лечение и уход.

Зоны комфорта при общении:

- Сверхинтимная - 0-15 см

- Интимная - 16-45 см
- Личная - 45-120 см
- Социальная - 120 - 300 см
- Общественная - более 3 м.

Неречевое общение:

- Мимика
- Жесты
- Выражение лица
- Поза

Невербальные сигналы говорят больше, чем слова. М/сдолжна следить, не расходятся ли слова с этими сигналами.

Стиль общения:

1) Конвенциональный (деловой) - стиль предполагает довольно большую дистанцию между людьми.

2) Примитивный - стиль общения предполагает наличие между людьми «театральных» или «обыденных» отношении.

3) Манипулятивный- человек выбирает этот стиль общения тогда, когда ему выгодно преувеличить свою силу или продемонстрировать свою слабую слабость.

4) Актоализированный - демонстрирует мотивированные прочувствованные доводы поведения. Такому человеку можно верить, он может быть глазами «слепца».

Критерии эффективности общения:

Наилучшая стратегия деловой беседы - это положительная, заинтересованная, уважительная установка. Большую роль играют самые первые слова. Желательно узнать имя и отчество вашего собеседника до разговора.

- Начинайте беседу с указания вашего имени, отчества и должности.
- Смотрите пациенту прямо в глаза.
- Обеспечьте конфиденциальность вашей беседы.
- Поощряйте вопросы вашего пациента.
- Говорите неторопливо, доходчиво, пользуясь положительной интонацией вашего голоса.
- Умейте слушать.
- Проявляйте инициативу в создании психологического микроклимата при общении с пациентом.
- Будьте естественны при разговоре, создайте атмосферу взаимопонимания, доверия.

Вопросы к практическому занятию

1. Дать понятие: общение.
2. Какие типы общения вам известны?
3. Каковы функции общения?
4. От чего зависит эффективность общения?
5. Какие жесты не следует делать при разговоре с пациентами?

6. Какова ваша персональная (личная) дистанция, которую вы сохраняете при общении с людьми?

Задания к практической работе

1. Решить ситуационные задачи.

Задача №1

К медицинской сестре одного из отделений крупного научно-клинического центра обратилась пациентка: профессор назначил ей прием на 11 часов. Так как уже было 11 часов, медсестра зашла в кабинет профессора и, вернувшись через некоторое время, сказала: «Профессор пьет чай, когда закончит, Вас примет». Заметив выражение глубокой обиды и недоумения на лице пациентки, медсестра пожалала плечами и заметила: «Что же тут особенного? Профессор ведь тоже человек и имеет право попить чаю или пообедать».

Задание:

- 1) Прокомментируйте ситуацию,
- 2) Как бы поступили Вы?

Задача № 2

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, чтобы Вы не убежали и выслушали его до конца.

Задание:

Как поступить?

Задача № 3

Пациент перегружает свой рассказ подробным перечислением дат и сроков пребывания к различным больницам, а молодая медсестра торопливо, не разгибая спины, записывает в блокнот каждое слово, не глядя на него.

Задание:

- 1) Является ли их общение терапевтическим и продуктивным?
- 2) Почему?
- 3) Охарактеризуйте свою стратегию общения с таким пациентом?

2. Решить тесты

1. Наука, изучающая моральные, нравственные отношения людей называется _____.
2. Наука, изучающая профессиональные отношения людей называется _____.
3. Впервые сформулировал морально-этические нормы профессии врача:
 - а) Гиппократ
 - б) Аристотель

- в) Авиценна
 - г) Парацельс
4. Главный этический принцип _____.
5. Общение:
- а) социальная коммуникация
 - б) обмен информацией
 - в) обмен эмоциями
 - г) все перечисленное
6. К функциям общения относятся информационная, экспрессивная и
7. К вербальному типу общения относятся:
- а) выражение лица
 - б) речь
 - в) манеры
 - г) дистанция
8. Первый образ восприятия, доминирующий впоследствии длительное время, называется эффектом _____.
9. Различают пять видов общения: давления, уступки, избегания, компромисса и _____.
10. Благоприятное воздействие, оказываемое личностью медицинского работника на психику пациента, носит название _____ общения.
11. Терапевтические средства общения: пристальное внимание, терапевтическое прикосновение и _____.
12. Фактор, препятствующий организации терапевтического общения:
- а) тишина
 - б) изоляция пациента
 - в) громкий высокий голос
 - г) приглушенное освещение
13. Основная цель общения в сестринском деле:
- а) предоставление информации
 - б) преодоление чувства тревоги
 - в) вселение надежды на улучшение самочувствия
 - г) преодоление дезадаптации, связанной с болезнью
14. К невербальному типу общения относятся:
- а) мимика
 - б) письменная речь
 - в) жесты
 - г) внешний вид
15. Тон и громкость голоса, интонация, возгласы и паузы носят название _____ эффектов общения.
16. В основе терапевтического общения в сестринском деле лежит:
- а) речевая культура
 - б) доброжелательное отношение к людям
 - в) артистические способности
 - г) суггестия (внушение без гипноза)

Практическое занятие № 6
Тема «Обучение в сестринском деле»
Теоретическая часть

Сферы обучения: познавательная, эмоциональная, психомоторная.

Одной из функций медицинских сестер по определению ВОЗ является обучение. Оно включает в себя обеспечение обучения пациента информацией с целью достижения здоровья, санитарное просвещение, оценку результатов просветительских программ, оказания помощи коллегам в приобретении новых знаний и навыков.

Обучение - целенаправленный процесс взаимодействия сестринского персонала обучаемыми, в ходе которого, последние получают определенные теоретические знания, обалдевают практическими навыками.

В роли обучаемых могут выступать пациент и его родственники и близкие коллеги, студенты и школьники, родственники, друзья, знакомые, соседи самой медсестры.

Способы обучения: индивидуальные, коллективные и т.д.

Основные задачи обучения в сестринском деле - информирование обучаемых; воспитание ответственности за свое здоровье; формирование мотивации к личностным изменениям; усвоение практических навыков обучения проходит в трех сферах:

- Познавательная сфера - человек узнает и понимает новые факты, анализирует информацию, отличая важную инф-цию от не имеющей значение. Например, человек узнает о факторах риска заболеваний людей его возраста, или о компонентах пищи, в которых содержатся необходимые для рационального питания элементы или об опасности, которой он подвергает себя из-за неправильного поведения.

- Эмоциональная (чувственная) сфера - человек получив информацию, изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями, мнением и оценкой каких-то факторов; человек активно слушает и реагирует на информацию как вербально, так и невербально.

- Психомоторная сфера - человек обладает умением благодаря умственной и мышечной деятельности; обучается новым типам передвижения (например, ходьба с тростью), уверенно выполняет необходимые действия психологически, психически и эмоционально готов выполнить действия, связанные с повседневной деятельностью.

Функции обучения:

- познавательная - стремление к получению знаний и приобретению умений и навыков (навык - высшее проявление умения, способность выполнять действия самостоятельно);

- развивающая - способность применять знания и умения на практике;

- воспитательная - целенаправленное развитие личности;

Способы (методы) обучения - это взаимодействие медсестры и пациента (или его родственников), при изучении учебного материала, направленное на достижение желаемого результата.

Способы обучения для медсестры - педагога зависят от состояния пациента и его близких в процессе преподавания, т.к. информация может быть воспринята:

- активно - есть собственные интересы и цели для их реализации посредством самостоятельного поиска и использования информации;

- пассивно - м/сделает готовую информацию на основе ее профессионализма путем разъяснения сообщения, показа, демонстрации;

- мотивационно, т.е. с познавательным интересом в самой учебной деятельности. При этом, выявляют и обсуждают проблемы пациента, цели и ожидаемый результат, объем сестринских вмешательств, их реализацию и оценку результата с возможной коррекцией.

Условия достижения целей.

Среди способов обучения выделяют:

- индивидуальный, индивидуально-групповой, групповой, коллективный.

Групповой способ обучения - основной в наших образовательных школах. Коллективный отличается тем, что обучаемые взаимодействуют друг с другом. Усвоив определенные темы, обучаемые объясняют их другим членам группы, и в свою очередь, выслушивает их объяснение и таким образом усваивает новый материал. Основные задачи обучения в сестринском деле - информирование обучаемых; воспитание ответственности за свое здоровье; формирование мотивации к личностным изменениям; усвоение практических навыков.

В процессе обучения воздействуют на познавательную, эмоциональную, мотивационную, волевую и поведенческую стороны человека. Обучение строят на основе одного или нескольких методов с помощью различных средств, способов и приемов. Сочетание нескольких методов повышает внимание и вовлеченность в процесс обучаемых.

Методы обучения:

1. Словесный - мини-лекция, беседа, рассказ по интересующему вопросу.

2. Наглядный - научно-популярная литература, медицинский атлас, таблицы, видеофильмы, предметы ухода, муляжи, фантомы, тренажеры.

3. Практический - отработка манипуляции: выполнение инъекций, подача грелки, пузыря со льдом, постановка компрессов, измерение АД и т.д.

Приемы обучения - это действия, направленные для достижения желаемого результата в обучении: наблюдение - восприятие; запоминание - повторение; анализ - обобщение, коррекция.

Вопросы к практической работе

1. В каких сферах происходит обучение?
2. Что означает термин «обучение»?
3. Перечислите способы обучения.
4. Какие существуют функции обучения?
5. Способы обучения для медсестры

Задания к практической работе

1. Решить тесты
Выберите один правильный ответ.
1 Основное условие сестринской деятельности:
А) эмоциональная неустойчивость
Б) жесткость руководства
В) узкая эрудиция
Г) профессиональная компетенция
2 наглядность обучения —
А) беседа
Б) демонстрация
В) лекция
Г) предметы ухода
3 сфера обучения —
А) познавательная
Б) образовательная
В) воспитательная
Г) развивающая
4 функция обучения —
А) образовательная
Б) познавательная
В) чувственная
Г) психомоторная
5 педагогический прием —
А) обеспечение предметами ухода
Б) обеспечение специализированной литературой
В) беседа
Г) знание
6 умение высшей степени освоения
А) обучение
Б) навык
В) знание
Г) обучаемость
7 развитие памяти, мышления — это функция обучения
А) психомоторная
Б) воспитательная
В) образовательная
Г) развивающая
8 учебно-наглядные пособия —

- А) фантомы
 - Б) доклад
 - В) беседа
 - Г) памятка
- 9 основное условие сестринской деятельности —
- А) профессиональная компетентность
 - Б) низкая эрудиция
 - В) гармоничное развитие личности
 - Г) эмоциональная лабильность
- 10 неблагоприятный фактор обучения —
- А) достаточная вентиляция
 - Б) тишина
 - В) усталость
 - Г) достаточное освещение
- 11 количество этапов учебного процесса
- А) 5
 - Б) 4
 - В) 3
 - Г) 2
- 12 оценка исходного уровня знаний и умений пациента — это этап учебного процесса
- А) пятый
 - Б) четвертый
 - В) третий
 - Г) первый
- 13 третий этап учебного процесса —
- А) оценка результатов обучения
 - Б) оценка исходного уровня знаний
 - В) планирование обучения
 - Г) реализация планов обучения
- 14 в учебном процессе реализация плана обучения — этап
- А) четвертый
 - Б) третий
 - В) второй
 - Г) первый
- 15 качество и эффективность обучения позволяют определить этап учебного процесса
- А) пятый
 - Б) четвертый
 - В) третий
 - Г) второй
- 16 планирование содержания обучения — это этап учебного процесса
- А) четвертый
 - Б) третий
 - В) второй

- Г) первый
- 17 объективная информация о предметах, процессах и явлениях окружающего мира —
- А) умение
 - Б) навык
 - В) обучение
 - Г) знание
- 18 достаточное освещение является фактором обучения
- А) благоприятным
 - Б) отвлекающим
 - В) неблагоприятным
 - Г) нежелательным
- 19 желание учиться —
- А) мотивация
 - Б) сфера
 - В) фактор
 - Г) метод
- 20 познавательный интерес —
- А) мотив
 - Б) причина
 - В) метод
 - Г) фактор

2. Решить ситуационные задачи

Задача № 1

Вы — семейная медицинская сестра.

К вам обратилась инженер обувной фабрики С.Г. Петрова, 40 лет, с просьбой научиться

рассчитывать и разводить антибиотики для внутримышечного введения маме 65 лет в домашних условиях.

Осуществите обучение С.Г. Петровой.

Задание:

1 Выявите факторы, способствующие обучению.

2 Обучите С.Г. Петрову рассчитывать и разводить антибиотики.

Задача № 2

Вы — участковая медицинская сестра.

К вам обратилась И.П. Котова, 45 лет, работник музея, с просьбой научить ее измерять

артериальное давление тонометром на даче. Эти умения необходимы ей для динамического

наблюдения за показателями артериального давления мужа 50 лет, страдающего гипертонической болезнью.

Задание:

1 Выявите факторы, способствующие обучению.

2 Обучите И.П. Котову самостоятельно измерять и оценивать показатели артериального

давления.

Практическое занятие № 7
Тема «Иерархия потребностей человека по А. Маслоу»
Теоретическая часть

Основные концепции теории А. Маслоу - человек постоянно ощущает какие-то потребности; человек испытывает определенный набор сильно выраженных потребностей, которые могут быть объединены в определенные группы; группы потребностей иерархически расположены по отношению друг к другу; потребности, если они не удовлетворены, побуждают человека к действиям; удовлетворенные потребности не мотивируют людей; если одна потребность удовлетворяется, то ее место занимает другая неудовлетворенная потребность;

Потребность - переживаемые, осознаваемые и неосознаваемые человеком нужды, которые необходимы для жизнедеятельности организма и развития личности.

Различают потребности:

- 1 группа - витальные (потребность жить и обеспечивать свою жизнь).
- 2 группа - социальные (потребность занять определенное место в обществе)
- 3 группа - познавательные (потребность познавать внешний и внутренний мир).

К генетическим факторам, которые изменить нельзя, относятся возраст, пол человека, наследственность.

Факторы риска, влияющие на образ жизни человека могут привести к нарушению удовлетворения потребностей. К ним относятся: экология, гиподинамия, избыточный вес, вредные привычки, стрессовые ситуации и другие.

Иерархия потребностей человека по А. Маслоу.

- 1) уровень-физиологические потребности (воздух, вода, пища, выделение, сон, движение);
- 2) уровень-безопасность (надёжность, защита, одежда, помощь);
- 3) уровень-социальные потребности (одобрение, понимание, любовь, семья, друзья);
- 4) уровень-самоуважение и уважение окружающих (уважение, успех, поощрение);
- 5) уровень-самовыражение (достижение, самостоятельность).

Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку необходимо постоянно удовлетворять свои потребности:
-соблюдать здоровый образ жизни;
-жить в гармонии с социальным и культурным окружением, самим собой;
-повышать материальные и духовные ценности.

Медицинская сестра должна побуждать пациента и членов его семьи к

удовлетворению потребностей в самоуходе, помогать сохранить самостоятельность и независимость.

Модель сестринского дела - это образец, по которому действуем, реализация концепции сестринского дела, средство, помогающее представить, на чем акцентировать внимание сестры при обследовании пациента, какими должны быть цели и сестринские вмешательства. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели.

Модель Джонсон-направленная на изменение поведения пациента
Джонсон Д. Пациент - это индивид имеющий набор взаимосвязанных систем поведения человека, причем каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя. Болезнь, изменение образа жизни, могут разбалансировать подсистемы поведения человека. Необходимо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы. Эту оценку осуществляют в два этапа: - определяют, позволяет ли поведение пациента предположить нарушение равновесия в какой-либо из подсистем; - определяют причину этого нарушения. Роль медицинской сестры является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее.

Первый уровень потребностей человека.. Физиологические основные потребности. Выживание. Это низшие, управляемые органами тела потребности, такие как дыхание, пищевая, сексуальная, потребность в самозащите.

1.Потребность дышать - обеспечивает постоянный газообмен между клетками организма и окружающей средой.

Второй уровень. Потребности в надёжности - безопасность - стремление к материальной надёжности, здоровью, обеспечению старости и т.д. Для достижения этого необходимо удовлетворение некоторых потребностей.

6.Потребность быть чистым.

Третий уровень. Социальные потребности. Принадлежность - это потребности в семье, друзьях, их общении, одобрение, привязанность, любовь и т. д. Удовлетворение потребности этого уровня необъективно и трудноописуемо. У одного человека потребность в общении выражается очень сильно, другой ограничивается очень немногими контактами. Помогая человеку решить социальную проблему, можно значительно улучшить качество его жизни.

12.Потребность общаться.

Четвёртый уровень. Сознание собственного достоинства - достижение успеха.

Потребность в уважении, осознании собственного достоинства - здесь идёт речь об уважении, престиже, социальном успехе. Вряд ли эти потребности удовлетворяются отдельным лицом, для этого требуются группы.

13.Потребность в достижении успеха.

Пятый уровень. Осуществление самого себя, служение. Потребность в развитии личности, в осуществлении самого себя, в самореализации, самоактуализации, в осмыслении своего назначения в мире.

Потребность играть, учиться, работать - это наивысший уровень потребности человека. Она необходима для самовыражения, самореализации. Ребёнок реализует себя в игре, взрослый человек - в работе. Для этого ему необходимо учиться, совершенствоваться.

В. Хендерсон предлагает **14 потребностей для повседневной жизни:**

1. Нормально дышать
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости
3. Выделять из организма продукты жизнедеятельности
4. Двигаться и поддерживать нужное положение
5. Спать, отдыхать
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду
7. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасностей для других людей
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой
12. Заниматься любимой работой
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться

Вопросы к практической работе

1. Основные концепции теории А. Маслоу...
2. Что означает термин «потребность»?
3. Сколько существует уровней концепции теории А. Маслоу?
4. Опишите каждый уровень потребностей человека.

Задания к практической работе

Выберите один правильный ответ

1. Иерархия основных человеческих потребностей предложена американским психологом
 - а) В. Хендерсон
 - б) А. Маслоу
 - в) Д. Поттером
 - г) У. Джемсом
2. К первому уровню потребностей по А. Маслоу относится
 - а) физиологические
 - б) социальные

- в) уважения
- г) самоуважения

3.Автором создания 14 фундаментальных потребностей является

- а) А. Маслоу
- б) В. Хендерсон
- в) Д. Орем
- г) Ф. Найтингейл

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

- а) 3 уровня
- б) 5 уровней
- в) 10 уровней
- г) 14 уровней

5.Наиболее адаптированной моделью сестринского ухода является модель

- а) В. Хендерсон-врачебная
- б) модель Н. Роупер
- в) модель Д. Джонсон

6.Ко второму уровню по А. Маслоу относятся потребности

- а) физиологические
- б) социальные
- в) в безопасности
- г) самовыражении

7.К потребностям, отражающие жизненный цикл человека по Д. Орем относится

- а) универсальные
- б) фундаментальные
- в) физиологические
- г) иерархические

8.Количество универсальных потребностей по Д. Орем

- а) 3
- б) 5
- в) 8
- г) 14

9.Автором теории дефицита самоухода является

- а) А. Маслоу
- б) В. Хендерсон
- в) Д. Орем
- г) Ф. Найтингейл

10.Основоположницей системы ухода за пациентами является

- а) Ю. Вревская
- б) Ф. Найтингейл
- в) Е. Бакунина
- г) Д. Орем

11. В. Хендерсон разработала свою модель, основываясь на теории
- а) А. Маслоу
 - б) У. Джемса
 - в) Д. Орэм
 - г) В. Найтингейл
12. Модель сестринского дела по Д. Орэм, основана на принципе
- а) самоухода
 - б) иерархии потребностей
 - в) жизненных потребностей
 - г) самолечения
13. Страх смерти относится
- а) к психологической проблеме
 - б) физической проблеме
 - в) воспитательной проблеме
 - г) духовной проблеме
14. К пятому уровню потребностей человека, по А. Маслоу, относится
- а) социальная потребность
 - б) потребность в самоуважении и уважении окружающих
 - в) потребность в самореализации
 - г) потребность в безопасности
15. К физиологической потребности, согласно иерархии А. Маслоу, относится:
- а) уважение
 - б) знание
 - в) дыхание
 - г) общение

Практическое занятие № 8
Тема «Сестринский процесс»
Теоретическая часть

Сестринский процесс - это метод организации и оказания сестринской помощи, который включает в себя пациента и медсестру как взаимодействующих лиц.

Сестринский процесс - это системный подход к оказанию сестринской помощи (ухода), ориентированный на потребности пациента.

Общая цель сестринского процесса:

1. Предупредить, облегчить, свести до минимума проблемы пациента в индивидуальном порядке.

2. Поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма или спокойная смерть.

Суть сестринского процесса заключается в:

- конкретизации проблем пациента,
- определении и дальнейшем осуществлении плана действий медсестры в связи с выявленными проблемами и

- оценке результатов сестринского вмешательства.

1. Целью сестринского процесса можно назвать то, на достижение чего он направлен. Цели сестринского процесса включают:

- Определение потребностей пациента в уходе.
- Определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей и результатов ухода.

- Составление плана ухода за больным, направленного на удовлетворение потребностей пациента.

- Оценка эффективности сестринского ухода.

2. Организационная структура сестринского процесса состоит из 5 этапов:

1) **обследование** - сбор информации о состоянии здоровья пациента;

2) **сестринский диагноз** - определение и обозначение существующих и потенциальных проблем пациента, требующих сестринского вмешательства;

3) **планирование ухода** - определение программы действий, определение целей и задач сестринской помощи.

4) **выполнение** - действия (вмешательства), необходимые для осуществления плана.

5) **оценка** - исследование реакций пациента на вмешательства сестры, определение степени достижения целей и качества мед. помощи.

3. Творческие способности - это сам сестринский процесс, углубление и расширение имеющихся знаний.

Первый этап сестринского процесса – обследование.

Информационные данные, собранные при обследовании, должны быть полными, точными, описательными и не должны содержать спорных утверждений.

Данные могут быть объективными и субъективными.

Сестринский процесс. Субъективное обследование

Субъективные данные включают предположения пациента о состоянии здоровья. Субъективные данные - это чувства и эмоции, выраженные словами, мимикой, жестами. Только сам пациент может дать такого рода информацию. Источниками информации являются:

1. Пациент (лучший источник).
2. Семья, родственники, друзья
3. Другие специалисты в области медицины.
4. Медицинские документы пациента (медицинская карта и др.).
5. Обзор медицинской литературы.

Каждый источник дает информацию о состоянии здоровья пациента, факторах риска, медицинских методах обследования и лечения, об особенностях болезни, о необходимости оказания мед.помощи пациенту и т.д.

Содержание субъективной информации:

- общие сведения о пациенте;
- расспрос пациента;
- жалобы пациента в настоящее время;
- история здоровья или болезни пациента: социальные сведения и условия жизни, сведения о привычках, алергоанамнез, гинекологический (урологический) и эпидемиологический анамнезы;
- наследственность;
- боль, локализация, характер, интенсивность, длительность, периодичность, реакция на боль.

Объективные данные - медицинская сестра получает их с помощью органов чувств (зрения, обоняния, восприятие прикосновением и т.д.), наблюдением, измерением, с помощью инструментальных и лабораторных методов исследования а также дополнительными методами исследования: перкуссией, пальпацией и аускультацией.

Содержание объективной информации:

осмотр пациента: общий - грудной клетки, туловища, живота. Затем - детальный осмотр (участков тела по областям): голова, лицо, шея, туловище, конечности, кожа, кости, суставы, слизистые оболочки, волосяной покров.;

физические данные: рост, масса тела, отёки (локализация);

выражение лица: болезненное, одутловатое, тревожное, без особенностей, стадальческое, настороженное, тревожное, спокойное, безразличное и др.;

состояние сознания: в сознании, без сознания, ясное, нарушенное: спутанное, ступор, сопор, кома, другие расстройства сознания - галлюцинации, бред, подавленность, апатия, депрессия;

положение пациента в постели: активное, пассивное, вынужденное, функциональное;

Наблюдение за состоянием пациента

Наблюдая за состоянием пациента, медсестра должна обращать внимание:

- **на состояние сознания;**
- **положение пациента в постели;**
- **выражение лица;**
- **цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек;**
- **состояние органов кровообращения и дыхания;**
- **функции органов выделения.**

Состояние сознания

1. **Ясное сознание** - пациент отвечает на вопросы ясно и конкретно.

2. **Спутанное сознание** - Пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием.

3. **Ступор** - Состояния оглушения, оцепенения, на вопросы пациент отвечает с опозданием и неосмысленно.

4. **Сопор** - Патологический глубокий сон, пациент без сознания, не сохранены рефлексы. Громким голосом можно вывести его из этого состояния, но он вскоре вновь впадает в сон.

5. **Кома** - Полное угнетение функций ЦНС: сознание отсутствует, мышцы расслаблены, утрата чувствительности и рефлексов.

6. **Бред и галлюцинации** - могут наблюдаться при выраженной интоксикации (инфекционные заболевания, тяжелое течение туберкулеза легких, воспаление легких).

Второй этап сестринского процесса – постановка сестринских проблем.

Сестринские проблемы – это клиническое суждение сестры, в котором дается описание характера существующей или ответной реакции пациента на болезнь и свое состояние с указанием причин такой реакции, и которое медицинская сестра может самостоятельно предупредить или разрешить.

Виды сестринских проблем: существующие или настоящие (то, что есть сейчас). Пример: одышка, отеки, дефицит знаний.

Из настоящих проблем выделяются проблемы приоритетные, то есть те проблемы, которые необходимо решить в первую очередь. Потенциальные (те проблемы, возникновение которых может быть предотвращено при условии качественного сестринского ухода) Пример: риск возникновения пролежней.

Третий этап сестринского процесса – планирование предстоящей работы.

Суть планирования:

- Определение (совместно с пациентом) целей (ожидаемый результат) для каждой проблемы;
- Определение (совместно с пациентом) характера и объема сестринского вмешательства, необходимого;
- Определение (совместно с пациентом) продолжительность сестринского вмешательства.

Виды целей: Краткосрочная (сроки - до 7 дней) Долгосрочная (сроки - от 2 недель до 1 месяца).

Четвертый этап сестринского процесса – реализация (выполнение) составленного плана.

Сестринские вмешательства – это перечень действий медицинской сестры, которые предпримет сестра для решения проблем конкретного пациента. Сестринские вмешательства должны быть:

- основаны на научных принципах;
- конкретными и ясными, чтобы любая сестра могла выполнить то или иное действие;

- реальными в пределах отведенного времени и квалификации сестры.

Три категории сестринского вмешательства:

- независимое сестринское вмешательство;
- зависимое сестринское вмешательство;
- взаимозависимое сестринское вмешательство.

Независимое сестринское вмешательство – действия, которые осуществляет сестра по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями без прямого назначения врача: Оказание помощи в осуществлении основных естественных потребностей.

Наблюдение за реакцией пациента на болезнь и за адаптацией к болезни.

Наблюдение за реакцией пациента и за адаптацией к лечению. Обучение

пациентов приемам лечения и ухода за собой. Совет пациента относительно своего здоровья. Контроль или рекомендации пациенту относительно восстановительной активности и отдыха в течении дня. Поддержание у пациента чувства уверенности в своих силах и возможностях для реализации своих резервов.

Пятый этап сестринского процесса – оценка результатов перечисленных этапов.

Цель этапа – оценка реакции пациента на сестринские вмешательства, анализ качества предоставленной помощи и оценки полученных результатов.

При оценки сестринского процесса выполняется несколько функций:

- определяется прогресс в достижении цели;
- определяется, достигнуты ли поставленные цели;
- определяется эффективность сестринского вмешательства;
- дается информация для переоценки потребностей пациента и нового планирования ухода;
- определяется соответствие полученного результата ожидаемому.

Вопросы к практической работе

1. Что означает сестринский процесс?
2. Этапы сестринского процесса?
3. Из чего складывается оценка эффективности сестринского ухода?
4. Какие существуют сестринские вмешательства?
5. Какие состояния сознания пациента мы знаем?

Задания к практической работе

Выберите один правильный ответ.

1. метод организации и практического осуществления медсестрой своей Обязанности по обслуживанию пациента —

- А) диагностика болезней
- Б) лечебный процесс
- В) сестринский процесс

- Г) профилактика заболеваний
- 2. второй этап сестринского процесса —
 - А) сестринское обследование
 - Б) установление проблем пациента
 - В) планирование объема сестринских вмешательств
 - Г) определение целей сестринского ухода
- 3. оценка сестринского процесса позволяет определить
 - А) быстроту сестринского ухода
 - Б) продолжительность болезни
 - В) качество сестринского ухода
 - Г) причины болезней
- 4. субъективный метод сестринского обследования —
 - А) расспрос пациента
 - Б) определение отеков
 - В) измерение АД
 - Г) осмотр пациента
- 5. третий этап сестринского процесса —
 - А) обследование пациента
 - Б) установление проблем пациента
 - В) выполнение сестринских вмешательств
 - Г) составление плана ухода
- 6. цель первого этапа сестринского процесса —
 - А) обследование пациента
 - Б) составление плана ухода
 - В) выполнение сестринских вмешательств
 - Г) оценка качества сестринского ухода
- 7. сестринский процесс — метод организации оказания помощи
 - А) неотложной
 - Б) медицинской
 - В) сестринской
 - Г) клинической
- 8. оценка состояния пациента — этап сестринского процесса
 - А) первый
 - Б) второй
 - В) третий
 - Г) четвертый
- 9. определение потребностей пациента сестра определяет в период
 - А) обследования пациента
 - Б) постановки целей ухода
 - В) определения объема сестринских вмешательств
 - Г) реализации плана сестринских вмешательств
- 10. беседа с пациентом — метод обследования
 - А) объективный
 - Б) субъективный
 - В) дополнительный

- Г) клинический
11. измерение роста и определение массы тела — метод обследования
- А) субъективный
- Б) объективный
- В) дополнительный
- Г) клинический
12. исследования чдд, пульса, ад — метод обследования пациента
- А) дополнительный
- Б) объективный
- В) клинический
- Г) субъективный
13. антропометрическое исследование включает определение
- А) массы тела
- Б) температуры тела
- В) пульса
- Г) ад
14. приоритетная физиологическая проблема пациента —
- А) боль
- Б) беспокойство
- В) слабость
- Г) отсутствие аппетита
15. данные лабораторных исследований — источник информации
- А) первичный
- Б) субъективный
- В) дополнительный
- Г) основной
16. социальная проблема пациента —
- А) конфликт в семье
- Б) недержание мочи
- В) страх операции
- Г) нарушение сна
17. психологическая проблема пациента —
- А) нарушение сна
- Б) невозможность посещать церковь
- В) боязнь потери работы
- Г) безработица
18. потенциальная физиологическая проблема пациента —
- А) риск появления опрелостей
- Б) недержание мочи
- В) риск суицидальной попытки
- Г) нарушение сна
19. физиологическая проблема пациента —
- А) нарушение сна
- Б) невозможность посещать церковь
- В) боязнь потери работы

Г) материальные трудности

20. цель сестринского процесса —

А) сбор информации о пациенте

Б) обеспечение достойного качества жизни

В) установление характера сестринских вмешательств

Г) оценка качества сестринского ухода