МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЫЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ТРАНСПОРТА (МИИТ)» (РУТ (МИИТ)**

**МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

**Утверждаю**

**Зам директора по учебной работе**

**медицинского колледжа МИИТ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.В. Мурашова**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 год**

**Учебно-методический комплекс**

**профессионального модуля**

**ПМ.04.«Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»**

**МДК 04.01Теория и практика сестринского дела.**

**Специальность 34.02.01 Сестринское дело**

Квалификация - медицинская сестра

Очная форма обучения

**Преподаватель: Филимонова Т.А.**

**Рассмотрен**

**на заседании**

**методического совета**

**протокол №\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 год**

**Москва 2016 год**

Одобрена цикловой

методической комиссией

« »

Председатель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год

Автор – Филимонова Т.А.

Рецензент-

**Пояснительная записка**

УМК разработан на основе требований Федерального государственного образовательного стандарта, утвержденного приказом Министра образования и науки Российской Федерации от 12 мая 2014 года № 514 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» и примерной программы по профессиональному модулюПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»,рекомендованной Экспертным советом по профессиональному образованию Федерального государственного учреждения Федерального института развития образования(ФГУ ФИРО (Заключение Экспертного совета № 4 от «22»июня 2012 г., Регистрационный номер лицензии № 269 от 22 июня 2012 г.).

Профессиональный модульПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»

занимает одно из важнейших мест в системе подготовки средних медицинских кадров, так как она дает фундаментальные знания и практические навыки, необходимые студенту для освоения других дисциплин и профессиональных модулей в соответствии с ФГОС СПО а также знания об уходе за пациентом, которые будут использоваться в повседневной практической деятельности медицинского работника среднего звена.

Программа обучения студентов использует комплексный подход к изучению профессионального модуляПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными», то есть она объединяет ряд научно-практических направлений и дисциплин–гигиена и экология, анатомия и физиология, психология общения. Руководствуясь настоящей программой обучения, разработан учебно-методический комплекс, в состав которого входят:

1. Введение и нормативно –правовое сопровождение дисциплины.
2. Учебно методический комплекс для проведения теоретических занятий.
3. Учебно методический комплекс для проведения практических занятий.
4. Учебно методическое пособие по организации самостоятельной работы студентов
5. Контрольно оценочные средства.

Преподаватель: Филимонова Т.А.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С МЕТОДИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКОЙ**

Методическая разработка предназначена для проведения теоретических занятий по профессиональному модулю ПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»

со студентами первого курса в соответствии с требованиями ФГОС СПО 3 поколения специальности 34.02.01 «Сестринское дело» (среднее профессиональное образование базовой подготовки).

1. Методическая разработка содержит перечень целей, отражающих необходимые знания. Педагогические подходы и методы, представленные в методической разработке, позволяют педагогу выбрать наиболее оптимальные действия для эффективного раскрытия индивидуальных способностей и возможностей обучающихся.  
  
2. Оснащение занятия включает предметное и визуальное обеспечение (мультимедийная обучающая система - МОС).  
  
3. Хронологическая карта отражает этапы занятия, ориентировочное планируемое время на их выполнение, раскрывает деятельность педагога и обучающихся на каждом этапе занятия.   
  
4. В терминологическом словаре представлены основные термины, которые должен освоить студент в процессе изучения профессионального модуля.   
  
4. В блок контроля включены задания с эталонами ответов для определения исходного уровня знаний и итогового контроля.

**Название профессионального модуля**ПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»  
  
**Вид занятий:** теоретические

**Количество часов:** 2 часа на каждое теоретическое занятие.  
Количество теоретических занятий-12.

**Цели занятий**

***Образовательные:***  
С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения ПМ 04 МДК 04.01Раздел 1. должен:

|  |  |
| --- | --- |
| **Уметь:** | **Знать:** |
| ***1*** | ***2*** |
| Общаться с пациентом и его окружением | Историю развития и становления сестринского дела в России и за рубежом, понятие и основные принципы философии сестринского дела |
| Соблюдать принципы профессиональной этики | Основные направления работы сестринского персонала.  Понятия: «медицинская этика», «биоэтика». Основные положения Этического кодекса медицинской сестры России |

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения ПМ 04 МДК 04.01 Раздел 2. должен:

|  |  |
| --- | --- |
| **Уметь:** | **Знать:** |
| ***1*** | ***2*** |
| Собирать информацию о состоянии здоровья пациента | Понятие «здоровье», «болезнь».  Сущность теории иерархии человеческих потребностей по А. Маслоу и краткую характеристику основных человеческих потребностей |
| Организовать консультирование пациента и его родственников по вопросам ухода и самоухода  Интерпретировать нарушенные потребности пациента | Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и краткое содержание  Понятие о стандарте сестринской деятельности |
|  | Уровни, виды и типы общения, стили общения.  Элементы эффективного общения. Факторы, препятствующие и способствующие эффективному общению  Принципы обучения пациентов. Правила организации процесса обучения |

***Развивающие:***  
  
Преподаватель в ходе занятия формирует у студентов знания и умения: мыслить, вести дискуссию, аргументировать, делать выводы самостоятельно, творчески подходить к решению профессиональных проблем, вырабатывать коллективное мышление.  
  
***Воспитательные:***  
  
Преподаватель в ходе занятия способствует воспитанию чувства ответственности и долга, соблюдению этики и деонтологии при профессиональном общении.  
  
**Мотивация**  
  
Сестринское дело — это наука и искусство диагностики и коррекции ответных реакций человека на существующие и потенциальные болезненные состояния. Здоровье является наивысшей ценностью сестринской деятельности. Неблагоприятные условия жизни человека (экология, нерациональное питание, стресс и т.д.), увеличивает число людей нуждающихся в сестринской помощи. Целями современной сестринской помощи является улучшение качества жизни пациентов и увеличение осведомленности о сохранении здорового образа жизни, а не только выполнение врачебных назначений.

**ХРОНОКАРТА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (90 минут)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Этапы занятия.**  **Время (мин.)** | **Описание деятельности** | | **Цель деятельности** |
| **Преподавателя** | **Студентов** |
| **1. Организационный момент**  **2. Актуализация**   *5 минут.* | Проверка санитарного состояния аудитории и внешнего вида студентов; регистрация отсутствующих. | Готовятся к занятию. | Воспитание организованности и ответственности студентов. |
| Сообщает: тему, информирует цели занятия, задачи и пути их решения. Знакомит с ходом занятия, сроками выполнения заданий, системой выставления оценок. | Слушают, записывают в тетради тему и цели занятия. | Мотивация необходимости получения знаний и умений, использования их в будущей практической деятельности. |
| **3. Контроль исходного уровня знаний**      *10минут* | Проводится устный опрос или  Демонстрирую  тся вопросы с помощью МОС,  корректирует,  дополняет ответы. | Читают на экране утверждения, отвечают с места. | Получение объективной информации о степени исходного уровня знаний, коррекция ошибок. |
| **4. Изучение нового материала.**   *40 минут.* | Раздает опорные конспекты.  Излагает новый материал. | Слушают, конспектируют в тетради. | Обучение студентов. |
| **5.Закрепление нового материала, коррекция полученных знаний. Ситуационные задачи.**  Задание № 2  *15 минут* | Демонстрирует дидактические материалы с помощью МОС,  активизирует деятельность студентов,  корректирует ответы. | Решают СЗ  малыми группами,  или  индивидуально. | Получение объективной информации о степени усвоения учебного материала, коррекция ошибок. |
| **6.Контрольэффективности усвоения знаний.**  **Тестовые задания.**   Задание №3   *10 минут* | Выводит на экран вопросы контрольного тестирования.  Знакомит с инструкцией выполнения задания. | Подписывают бланки-ответники. Письменно фиксируют ответы в бланке. Сдают преподавателю. | Получение объективной информации о степени усвоения учебного материала, коррекция ошибок. |
| **7. Подведение итогов занятия**   *5 минут* | Оценивается работа группы в целом и каждого студента с обоснованием оценок.  Отмечаются активные студенты. | Анализируют свою работу. | Оценить достигнуты ли цели занятия. |
| **8. Домашнее задание.**  *5 минут.* | Сообщается домашнее задание и задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов. Рекомендации по выполнению задания. | | |

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ:**

Анатомия и физиология человека

Психология общения

Гигиена и экология человека

Здоровый человек и его окружение

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

**Основные источники**

1. Мухина, С. А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела [Текст]: учеб. – 2-е изд., испр. и доп.– М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 368с.: ил.
2. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела [Текст]/ Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина.-14-е изд., доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2009 – 792с.: ил. – (Медицина для вас) – 5-49с, 49-104с, 143-197с 198-212с.
3. Этический кодекс медицинских сестер России. – СПб, РАМС, 2010.

**Дополнительные источники**

1. Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи [Текст] / Г. И. Морозова.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.- 240с.
2. Перфильева, Г. М. Теория сестринского дела [Текст]: учеб.для студентов медиц. вузов / Г. М. Перфильева, Н. Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 256с.

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| **оценка** | **критерии** |
| «5» отлично | Исчерпывающе знает программный материал. Отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы даёт правильные сознательные и уверенные ответы. В устном ответе пользуется литературным языком, с использованием терминологии и не допускает ошибок. |
| «4» хорошо | Знает весь программный материал, прочно усвоил его. На вопросы отвечает без затруднений. Умеет применять знания на практике. При ответах не делает грубых ошибок. |
| «3» удовлетворительно | Обнаруживает знания программного материала. При применении знаний испытывает затруднения и преодолевает их с помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. |
| «2» неудовлетворительно | Обнаруживает знания небольшой части учебного материала. Отвечает лишь на наводящие вопросы. |

**ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ**

**Философия** - мировоззрение, система идей, взглядов на мир и на место в нем человека.

**Философия сестринского дела** - часть общей философии, представляющая собой систему взглядов на профессию медицинской сестры.

**Пациент** - человеккоторый нуждается в сестринском уходе и получает его.

**Сестринское дело** - часть системы здравоохранения, наука и искусство, специфическая профессиональная деятельность, направленная на решение уже существующих и потенциальных проблем пациента со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды.

**Окружающая среда-**совокупность природных, социальных, психологических факторов, которые затрагиваются активностью человека.

**Медицинская сестра -** специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую практику.

**Медицинская этика -** составная часть общей этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинского работника. Медицинская сестра, разделяющая философию сестринского дела.

**Этические обязательства -** правила и действия, которые находятся в рамках профессиональной компетентности медицинской сестры, круг ее деятельности.

**Этические ценности** - цели, идеалы, к которым должна стремиться медсестра.

**Этические добродетели (совершенства) -** личностные качества, которыми должна обладать медицинская сестра.

**Деонтология** - в медицинском понимании - это учение о юридических, профессиональных и моральных правилах поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

**Субординация -** подчинение старшему по должности.

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

**Эвтаназия -** прерывание жизни пациента медработником с согласия пациента.

**Права пациентов** - статья 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, дает общий перечень прав пациентов

**Здоровье -** первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности.

**Здоровье (ВОЗ) -** состояние полного физического, психического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни.

**Болезнь -** нарушение жизнедеятельности организма.

**Факторы риска -** факторы, повышающие вероятность возникновения заболевания (риск – возможная опасность чего-либо).

**Здоровый образ жизни (ЗОЖ) -** это деятельность, активность людей, направленные на сохранение, укрепление и улучшение здоровья.

**Общественное здоровье -** такое состояние общества, которое обеспечивает условия образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами – состояние, формирующее здоровый образ жизни.

**Санология -** наука, изучающая общественное здоровье.

**Валеология -** наука, изучающая индивидуальное здоровье.

**Потребность -** это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего – либо, отражаемый в восприятии человека.

**Сестринский процесс -** это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам.

**Субъективное обследование -** информация, получаемая со слов пациента или другого лица. Субъективная информация - представления пациента о своем здоровье.

**Объективное обследование -** непосредственный осмотр и дополнительные методы ***–*** данные лабораторных и инструментальных исследований (например, анализы крови и мочи, рентгенологические исследования) и специальные измерения (например: измерение роста и массы тела)

**Проблема пациента -** это ответная реакция пациента на болезнь или состояние здоровья, обдуманный вывод, основанный на анализе информации.

**Физиологические проблемы -** реакции на болезнь, обусловленные изменением функций органов и систем (на воспалительные изменения в лёгких организм реагирует нарушением функций органов дыхания: одышка, кашель…).

**Психологические проблемы -** реакции, которые появились в ответ на болезненные изменения во внутренних органах (страх, плаксивость, эмоциональная ранимость).

**Социальные проблемы -** связаны с нарушением удовлетворения социальных потребностей из-за заболевания (неполная семья, финансовая несостоятельность, потеря трудоспособности).

**Духовные проблемы -** реакции организма, затрагивающие духовную сферу (потеря смысла жизни, нежелание следить за собой, уход в религию, одиночество).

**Настоящие проблемы -** есть у пациента в момент обследования (например: головная боль в связи с повышением артериального давления, дефицит самоухода в связи с обездвиженностью пациента).

**Потенциальные проблемы -** их нет на данный момент, но могут появиться с течением времени (например: появление пролежней у обездвиженного пациента, риск обезвоживания организма из-за упорной рвоты).

**Приоритетные проблемы -** требуют срочных мероприятий, часто опасны для жизни (одышка, удушье).

**Промежуточные проблемы -** не требуют экстренных мер, не опасные для жизни (снижение аппетита, слабость).

**Вторичные проблемы -** не имеют прямого отношения к данному заболеванию (дисфункция кишечника у пациента с бронхитом).

**Краткосрочные цели -** должны быть выполнены неотложно или в период до двух недель.

**Долгосрочные цели -** достигаются за более длительный период времени, в течение многих недель, обычно направлены на профилактику осложнений, на реабилитацию и социальную адаптацию.

**Зависимые сестринские вмешательства -** выполняются на основании письменных предписаний врача, при использовании навыков медицинской сестры.

**Независимые сестринские вмешательства -** непосредственная деятельность медсестры по собственной инициативе, на основе знаний и умений.

**Взаимозависимые -** совместная деятельность медсестры совместно с другими специалистами.

**Стандарт -** это образец, эталон, модель, принятая для сопоставления.

**Общение (коммуникация) -** сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, включающий обмен информацией, выработку стратегий, восприятие и понимание людьми друг друга.

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

**Вербальная коммуникация -** предполагает два важных элемента: смысл и форму высказывания (письмо и речь).

**Невербальная коммуникация -** движение, позы, выражение лица, мимика.направление взгляда, визуальный контакт, интонации, прикосновения, запахи.

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

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

**Обучение в сестринском деле -** это целенаправленная деятельность медицинской сестры и пациента для получения знаний и формирования навыков у пациента.

**Психологический возраст -** это качественно особый этап развития, зависящий и от уровня личностной зрелости.

**ПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»**

**МДК 04.01Теория и практика сестринского дела.**

**Раздел 1.**

**Общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности. Соблюдение принципов профессиональной этики. Консультирование пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода.**

**Теоретическое занятие № 1**

**Цель**: изучить основные вехи истории сестринского дела, вклад основоположников сестринского дела в его дальнейшее развитие. Создание системы среднего специального медицинского образования. Основные направления и события в процессе реформирования сестринского дела в РФ на современном этапе.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 1.1**

**ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

Когда появились зачатки медицины точно неизвестно. Существует огромное количество различных теорий, самая распространенная из них: медицина возникла одновременно с возникновение человека, то есть за несколько сотен тысяч лет до нашей эры.

**Иван Петрович Павлов**, знаменитый русский физиолог, нобелевский лауреат писал: «Медицинская деятельность – ровесница первого человека».

Нужно понимать, что изначально никакого разделения труда в первобытном обществе не существовало, но до начала цивилизации хранительницами домашнего очага являлись женщины, это, скорее всего включало в себя заботу о здоровье и благополучии племени.

**Развитие сестринского дела за рубежом**

«Nursing» происходит от латинского nutrix — вскармливать, переводимого как «присматривать (за кем-то, чем-то), заботиться, поощрять, ухаживать, воодушевлять, кормить, защищать, воспитывать».

Выдающийся деятель французский священник **Викентий Поль** в 1617 году организовал первую общину сестер милосердия. При общине была открыта первая школа для сестер. Викентий Поль ввел в сестринском деле такие термины, как «сестра милосердия». Его опыт в дальнейшем распространился по странам Европы.

Начало развития профессиональных взглядов на понятие и теорию сестринского дела связано с именем выдающейся англичанки **ФлоренсНайтингейл** (1820–1910). Первое определение сестринского дела она сформулировала в своей знаменитой книге «Записки об уходе: каков он есть и каким не должен быть» (1860). В "Записках" она пишет о вещах, которые теперь кажутся элементарными и в чем-то даже устаревшими, но в XIX веке ее заявления произвели настоящий фурор, так как простейшие сведения о гигиене и психологии больного для многих оказались откровением. Обязанности сестры, по мнению Ф. Найтингейл не сводились лишь к применению лекарств и проведению лечебных процедур. Важнейшей задачей она считала создание для пациента таких условий, при которых сама природа оказывала бы свое целительное действие и обеспечивала восстановительные процессы в организме.

Современные исследователи рассматривают работы Ф.Найтингейл в качестве первой теоретической концептуальной модели сестринского дела.

В том же 1860г Ф. Найтингейл организовала собственную школу для обучения сестер по уходу в лондонской больнице святого Фомы со строгим отбором по дисциплине, чистоплотости и нравственному поведению.

Идея помощи раненым силами сестер милосердия во время Крымской войны (1853 – 1856) явилась предпосылкой для создания Общества Красного Креста. Основоположником стал швейцарец **Анри Дюнан**. Эмблемой общества стал красный крест на белом полотне.

Международное Общество Красного креста в 1912 г. учредило медаль ФлоренсНайтингейл. Ею награждают медсестёр, проявивших героизм в ходе военных действий. В годы ВОВ ею впервые были награждены 46 медсестёр в нашей стране.

В США в 1886 г. было создано первое Общество медицинских сестер. Фактически оно стало первой в мире профессиональной сестринской организацией,чуть позже был издан первый сестринский журнал – «AmericanJournalofNorsing» - и сегодня самый популярный сестринский журнал в мире.

В 1899г. был создан Международный совет сестер, определяющий философию и политику в области сестринского дела в мире.

**Развитие сестринского дела в России.**

На Руси необходимое лечение и уход в периоды эпидемий и войн проводились в монастырских больницах монахами – «лечцами».

До восшествия на престол Петра I, квалифицированная медицинская помощь оказывалась только царственным особам. Именно **Петр I**, великий реформатор, в 1715 году издал указ о службе женщин в воспитательных домах для ухода за больными детьми, это был первый шаг для официального привлечения женщин к лечебной работе.

При **Екатерине II** в Петербурге, а затем и в Москве, появилась служба «сердобольные вдовы». Вдовы солдат привлеклись наблюдать за порядком, раздавать пищу и медикаменты, следить за чистотой. В 1822 году началось их обучение основам деонтологии, особенностям ухода за тяжелобольными, ранеными, младенцами. Уделялось внимание гигиеническому содержанию больных, выполнению основных процедур.

В 40-х годах XIX века в Петербурге по инициативе **великой княгини Александры Николаевны** открылась **Свято – Троицкая община**. В сестры принимали вдов и девиц 20-40 лет. В течение года они проходили курсы обучения уходу, перевязкам, рецептуре, проявляли свои душевные качества. В торжественной обстановке их посвящали в сестры милосердия. В дальнейшем подобные заведения стали создаваться и других крупных городах.

Особое место принадлежит **Петербургской Кресто – Воздвиженской общине**. Во время Крымской войны (1853 – 1856гг) её члены первыми в мире начали оказывать сестринскую помощь в действующей русской армии во главе с великим русским хирургом **Николаем Ивановичем Пироговым** (1810-1881).

За участие в Крымской войне медалью «За защиту Севастополя» были награждены знаменитые сестры милосердия **Екатерина Михайловна Бакунина, Екатерина Александровна Хитрово, Елизавета Петровна Карцева, Александра Петровна Стахович** и другие.

Всего в войне приняли участие 200 сестёр, из которых 17 погибли. С героизмом сёстры сопровождали обозы, ухаживали за ранеными, работали в операционных. Пирогов впервые разделил сестёр разного профиля, разработав для них инструкции. Членами Кресто–Воздвиженской общины были женщины разных сословий и в целях их поощрения был учрежден позолоченный крест, которым были награждены 158 сестер.

**Н. И. Пирогов писал**: «Доказано уже опытом, что никто лучше женщин не может сочувствовать страданиям больного и окружить его попечениями, не известными и, так сказать, не свойственными мужчинам».

Позднее **Анатолий Фёдорович Кони**, российский общественный деятель сказал: «В этом Россия имеет полное право гордиться своим почином. Тут не было обычного заимствования с Запада — наоборот, Англия стала подражать нам, прислав под Севастополь мисс Найтингейл со своим отрядом.»

Прославилась на передовой сестра **Дарья Лавреньтевна Михайлова**, более известная под именем Даша Севастопольская, которая за свои деньги купила обычную повозку и открыла перевязочный пункт. Была награждена лично указом императора за героизм медалью «За усердие» на Владимирской ленте и 500 рублями серебром.

В 1867 г. Россия присоединилась к Женевской конвенции, создавшей Общество Красного креста. В его формировании большую роль сыграли великие русские врачи Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Н.В. Склифосовский, Н.Н. Бурденко. Основные функции общества: подготовка сестёр милосердия и оказание бесплатной медицинской помощи.

1914г. – начало 1 Мировой войны. Большую роль в движении сестёр милосердия сыграли **императрица Александра Фёдоровна и её дочери Татьяна и Ольга**, которые открывали лазареты и работали в них сами. В этой войне участвовали уже более 2 500 сестёр милосердия.

После Октябрьской революции движение Красного креста и сестры сыграли большую роль не только в медицинском обеспечении армии, но и в борьбе с эпидемиями.

В 1917г. создано Всероссийское общество сестер милосердия. С января 1918г. стал выходить «Первый вестник Сестры милосердия».

В 1920г. начали открываться школы по подготовке сестер, позже техникумы.

С 1926 г. сестёр милосердия начали называть медицинскими сестрами. Главным достижением этого периода отечественного здравоохранения было насыщение сестринскими кадрами медицинских служб в стране.

К 1940г. обеспеченность сестринскими кадрами по сравнению с 1913 г. выросла в 8 раз. Но престиж профессии был невысоким. Наркомздрав определил среднего медработника как помощника врача, работающего по его указаниям и под его наблюдением. Все принципиальные вопросы решались не самими сёстрами, а врачами. Не смотря на то, что уход в значительной степени определяет успех лечения, статус медицинской сестры того времени был занижен.

В период Великой Отечественной войны Общество Красного Креста проводило массовую подготовку санитарных и сестринских кадров, обучение населения. В 1942 г начал выходить журнал «Медицинская сестра». За проявленный героизм во время Великой отечественной войны 46 сестёр были награждены медалью Ф. Найтингейл, а 17 получили звание Героя Советского Союза.

С 1953г. средние медицинские учебные заведения стали именоваться медицинские училища. Сестринская помощь в России до 1989г. имела основательную теоретическую, практическую и организационную базу. Имелись и недостатки, в т.ч. отрыв от международных сообществ.

С 1991 года началась подготовка медицинских сестер в колледжах, стали открываться факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах.

Значительным стимулом для развития сестринского дела на современном этапе стали интенсивные контакты с зарубежными коллегами. Состоялось переосмысление роли медсестры в профессиональном сообществе.

**В 1993г. в Голицыно** был проведен семинар «Новые сестры для новой России» по реформе сестринского образования и сестринской практики. Сущность реформы заключается в организации сестринского дела как самостоятельной сферы медицинской деятельности, приобретение сёстрами профессиональной независимости, расширение их роли в лечебном процессе как партнёра и помощника пациента.

Основные направления реформы сестринского дела

1. Изменения в системе образования, т.е. подготовке и переподготовке:

* внедрение нового образовательного стандарта;
* переход на многоуровневое сестринское образование;
* обучение новым технологиям с позиции новой философии С.Д.

1. Изменения в трудовой сфере:

* повышение престижа профессии - возможность профессионального роста;
* мотивация медсестёр к самостоятельной научно – исследовательской работе;
* пересмотр обязанностей, тарифных сеток, нагрузок, перечня должностей;
* внедрение стандартов сестринской деятельности.

1. Создание нормативно-правовой базы сестринского дела.

В 1994 году создана Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России». Президент - **Саркисова Валентина Антоновна.**

**Задачи ассоциации:**

* активное участие в Государственной политике в здравоохранении;
* поддержка научных исследований в сестринском деле;
* разработка и издание методической литературы;
* управление внедрением новых сестринских технологий;
* осуществление юридической защиты медицинских сестёр;
* отстаивание профессиональных интересов медсестер в системе здравоохранения;
* улучшение условий труда и повышение заработной платы;
* расширение информационного пространства в сестринском деле;
* возрождение традиций сестринского милосердия;
* международное сотрудничество.

Ассоциация медицинских сестер России с 2005 года была принята в Международный Совет медицинских сестер.

1998г. – состоялся 1 Всероссийский съезд средних медицинских работников в Санкт-Петербурге, на котором был одобрен проект Государственной программы развития сестринского дела в РФ. Внедрена многоуровневая подготовка специалистов сестринского дела – базовый, повышенный, высшее сестринское образование (ВСО).

1 уровень – базовая подготовка – СПО

2 уровень – повышенный уровень – СПО

3 уровень – ВСО.

**Современное состояние сестринского дела в Российской Федерации**

В настоящее время подготовка медицинских сестер ведется в 453 учреждениях СПО. Внедряются государственные образовательные стандарты нового поколения.

С каждым годом растет количество экспериментальных площадок по внедрению новых сестринских технологий: сестринский процесс, периоперативный процесс и др.

Развивается сеть палат, отделений, больниц сестринского ухода и паллиативной службы.

Расширяется участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, службах ухода на дому, в «Школах пациентов» и др.

Возросла активность сестринского персонала в проведении санитарного просвещения населения.

Здравоохранение как отрасль в последние годы получило мощные финансовые вливания для развития материально-технической базы. Это коснулось и сестринского персонала: сформирован фонд средств малой механизации, что расширяет возможности качественного обслуживания пациентов. Разработаны и утверждены региональные программы развития сестринского дела. В органах управления введены должности главных специалистов по сестринскому делу. Разработаны программы взаимодействия медицинских образовательных и лечебных учреждений.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Основоположник Общества Красного креста
2. Название известной книги, автором которой является Ф.Найтингейл.
3. Название российской общины сестер милосердия, члены которой участвовали в Крымской войне.
4. Перечислите фамилии известных российских сестёр милосердия.
5. Президентом какой общественной организации является Саркисова Валентина Антоновна.
6. Перечислите задачи Ассоциации медицинских сестёр России.
7. Сколько уровней образования медицинских сестёр, в настоящее время.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с основными вехами развития сестринского дела, известными деятелями, внесшими вклад в его развитие. Познакомились с традициями сестринского дела, а так же с перспективами его развития.

**Теоретическое занятие № 2**

**Цель**: изучить фундаментальные понятия философии сестринского, этические компоненты основ философии сестринского дела. Основные положения этического Кодекса Международного Совета медицинских сестер и Этического Кодекса медицинских сестер России. Перспективы развития профессии медицинской сестры как независимого специалиста в сфере здравоохранения.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 1.2**

**ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

*Сестринское дело —*это наука и искусство диагностики и коррекции ответных реакций человека на существующие и потенциальные болезненные состояния.

***Философия и сестринское дело. Какая между ними взаимосвязь?***

Но если разобраться, то философия в медицине - это не ново. Ведь всем известно, что в древности многие врачи обладали не только талантом врачевания, но и даром сочинительства, музицирования, не только занимались познаниями в астрономии, математике, физике, но и были известными философами. О философии в медицине говорили Платон и Сократ, Гиппократ и Авиценна, Гален и Горацио и многие другие ученные того времени.

**Но зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела?**

Эти вопросы обсуждались на 1-й Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела в 1993 году в Голицино. Впервые в нашей стране были даны ключевые определения сестринского дела и сформулированы этические принципы, которыми должны обладать профессиональные сестры.

«Философия сестринского дела является честью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой и пациентом, обществом и окружающей средой.

Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали». В центре этой философии находится человек. «...Основными принципами философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам человека.

**Философия сестринского дела основывается на четырех основных понятиях:**

* пациент как личность;
* сестринский уход как наука и искусство;
* окружающая среда;
* здоровье.

Я привожу концептуальные определения терминов.

**пациент** - человек (индивид), который нуждается в сестринском уходе и получает его.

**сестринское дело** - часть медицинского ухода за здоровьем, специфическая, профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

**окружающая среда** — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, которые затрагиваются активностью человека.

**здоровье** - динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

Помимо 4 основных необходимо знать определения и других, существующих для сестринского дела понятий:

**человек** - целостная, динамическая саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

**сестра** — специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу.

**Философия не мыслима без этических норм.**

***Медицинская этика***– составная часть общей этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинского работника. Медицинская сестра, разделяющая философию сестринского дела, принимает *этические обязательства, ценности, добродетели*.

***Этические обязательства*** *–*правила и действия, которые находятся в рамках профессиональной компетентности медицинской сестры, круг ее деятельности:

* + честность, критичность к себе и окружающим;
  + благодеяние, не причинение вреда;
  + уважение прав пациента и других медработников;
  + обязательность, ответственность за свой труд.

***Этические ценности*** – цели, идеалы, к которым должна стремиться медсестра:

* + профессионализм, постоянное самосовершенствование;
  + здоровье, здоровая окружающая среда;
  + независимость, человеческое достоинство.

***Этические добродетели(совершенства*)** - личностные качества, которыми должна обладать медицинская сестра:

* + сострадание, милосердие;
  + терпение;
  + ответственность;
  + целеустремлённость.

*Внешняя культура* поведения медика - ***медицинский этикет***:

* внешний вид (одежда, косметика, обувь);
* соблюдение внешних приличий: ровный тон, исключение бранных, грубых слов.

*Внутренняя культура* поведения медработника включает:

* отношение к труду;
* соблюдение дисциплины;
* дружелюбие.

Этика неразрывно связана с***деонтологией*** (*deontos* – должное, надлежащее, *logos* – учение). В медицинском понимании - ***это учение о юридических, профессиональных и моральных правилах поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.***Все установленные принципы поведения направлены на максимальное повышение эффективности лечения пациентов.

*С другими медработниками необходимо*:

* соблюдать ***субординацию***– подчинение старшему по должности;
* не обсуждать действия медработников при пациентах или их родственниках;
* не выяснять отношения при пациентах или их родственниках;
* быть тактичным с младшим персоналом.

*С пациентами*:

* ровное, доброжелательное отношение, располагающее к доверительному диалогу;
* уважение достоинства пациента, его права на самостоятельность – независимо от пола, возраста, состояния здоровья, социального статуса и т.д.;
* сохранение конфиденциальности.

*С родственниками пациентов*:

* вести себя спокойно, сдержанно, несмотря на загруженность, проявлять участие;
* не выходить за рамки компетентности.

Итак, медицинская этика определяет моральные, а медицинская деонтология – профессиональные отношения.

**В 1997г. Ассоциацией медсестер был разработан *«Этический кодекс медицинской сестры России»*. Кодекс определен на основе Устава ВОЗ (1946г.), и «Этического кодекса** медицинских сестер» МАМС. В нем имеются такие разделы, как:

* «Медсестра и пациент» со статьями:

«Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь», «Основное условие сестринской деятельности - профессиональная компетентность», «Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав», «Уважение человеческого достоинства пациента», «Прежде всего - не навреди», «Медицинская сестра и право пациента на информацию», «Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него», «Обязанность хранить профессиональную тайну», «Медицинская сестра и умирающий больной», «Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса».

* «Медицинская сестра и ее профессия» со статьями: «Уважение к своей профессии», «Медицинская сестра и ее коллеги», «Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика».
* «Медицинская сестра и общество»: «Ответственность перед обществом», «Поддержание автономии и целостности сестринского дела», «Гарантии и защита законных прав медицинской сестры».

**Права пациента**

В 1993г. определены ***права пациентов*** в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан. Статья 30 дает общий перечень прав пациентов.

Права пациента - это прямо указанный в законодательстве перечень

требований (законных притязаний) пациента, которые работники здравоохранения обязаны выполнять беспрекословно, в противном случае их действия являются правонарушением и наказуемы законом.

Установлено, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
2. Выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
3. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
4. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
5. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или.медицинским вмешательством, доступными способами
6. и средствами;
7. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
9. Отказ от медицинского вмешательства;
10. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
11. Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
12. Возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
13. Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
14. Допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
15. Непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
16. Обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Перечислите понятия философии сестринского дела.
2. Дайте определение понятия пациент.
3. Дайте определение понятия сестринское дело.
4. Дайте определение понятия медицинская сестра.
5. Дайте определение понятия медицинская этика.
6. Перечислите этические компоненты в работе медицинской сестры.
7. Перечислите этические ценности сестринского дела.
8. Назовите проявления внешней и внутренней культуры медицинской сестры.
9. Дайте определение понятию субординация.
10. Назовите статьи Кодекса медицинской сестры РФ.
11. Назовите документ, в котором оговариваются права пациента РФ.
12. Перечислите права пациента в Российской Федерации.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с фундаментальными понятиями философии сестринского, этическими компонентами основ философии сестринского дела. Основными положениями этического Кодекса медицинских сестер России. Перспективами развития профессии медицинской сестры как независимого специалиста в сфере здравоохранения. Правами пациента.

**Теоретическое занятие № 3**

**Цель**: изучить понятия биоэтики и принципы и правила профессионального сестринского поведения, морально-этические нормы в работе медицинской сестры. Изучить правила общения, его функции и уровни, как средства сестринской помощи и социальной поддержки пациентов и их близких.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 1.3**

**ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ**

*Слово — ключ,*

*открывающий сердца.*

*(китайская поговорка)*

**Биоэтика**

Термин ***«биоэтика»*** предложил американский биолог В.- Р. Поттер, определив ее *мостом между естественными и гуманитарными науками – между биологией и этикой.*

***Биоэтика***- это наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника в условиях использования новых медицинских технологий. Биоэтические исследования, прежде всего, сосредоточены на «проблемных ситуациях».

***Основные проблемы биоэтики:***

* новые репродуктивные технологии - экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство;
* искусственный аборт;
* применение контрацепции;
* стерилизация человека (в нашей стране добровольная разрешена с 1993г.);
* клонирование человека;
* состояние, возникающее после клинической смерти (смерть мозга, стойкое вегетативное состояние);
* ***эвтаназия*** - прерывание жизни пациента медработником с согласия пациента.

*Биоэтика* – это этика защиты жизни в условиях современной медицинской практики, делающей возможность манипулирования человеческой жизнью с момента её зарождения до последней стадии её существования. *Другие ее направления:*

* эксперименты на людях;
* трансплантация органов и тканей;
* применением методов медицинской генетики;
* применение генетически модифицированных пищевых продуктов;
* оказание психиатрической помощи.

Общение неотъемлемая часть жизни, очень важная в повседневности, и

тем более в профессиональной деятельности медицинской сестры. От

эффективного общения будет зависеть качественное выполнение

обязанностей, и удовлетворение своей работой.

***Общение (коммуникация)*** – сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, включающий обмен информацией, выработку стратегий, восприятие и понимание людьми друг друга.

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

***Уровни общения:***

1. ***Внутриличностное*** – мысленное общение человека с самим собой: обдумывание проблемы, анализ ситуации, выработка каких-либо планов, идей.
2. ***Межличностное*** – общение 2-х или более людей между собой.
3. ***Общественное*** – общение одного человека с коллективом, большой аудиторией.

***Стили общения***

1. Авторитарный.
2. Уступки.
3. Компромисса.
4. Сотрудничества.
5. Избегания.

**Элементы эффективного общения** (предложил амер. исследователь Лассуэлл)

1. ***Отправитель***– человек, передающий информацию.
2. ***Сообщение*** – посылаемая информация.
3. ***Канал*** – способ отправки сообщения: устная речь, неречевые компоненты (выражение лица, глаз, мимика, жесты, поза), в письменном виде.
4. ***Получатель*** – человек, принимающий сообщение.
5. ***Подтверждение*** – сигнал, которым получатель дает знать отправителю, что сообщение получено.

Отравитель должен осознанно подготовить информацию. Сообщение должно быть четким, понятным для получателя, полным и лаконичным одновременно. Для передачи должен быть использован правильный канал с учетом возможностей получателя (устная речь, или письменная инструкция и т.д.). Для подтверждения о получении сообщения необходимо задавать конкретные, открытые вопросы.

**Психологические типы собеседников**

Для каждого пациента медсестра должна найти свой индивидуальный подход. Это делает возможным эффективное профессиональное общение.

1. ***Доминантный собеседник*** – настроен прежде всего на влияние и воздействие. Трудно признает свою неправоту, перебивает собеседника, но не дает ему вставить слово. Его желание – оставить впечатление своего превосходства – физического, интеллектуального и т.д..

* Медсестре при распознавании данного типа необходимо проявить выдержку, такт, но в определенной ситуации деликатно склонить на свою сторону.

1. ***Недоминантный собеседник*** – полная противоположность первому. Достаточно застенчив, чувствует неловкость при обращении с вопросом или просьбой. Деликатный, предупредительный, тактичный. Не позволит перебить во время беседы, терпеливо переносит попытки перебить себя самого.

* Нуждается в определенном поощрении, подбадривании и поддержке со стороны медсестры.

1. ***Мобильный собеседник*** – легко переключается с любого вида деятельности на процесс общения. Но также легко может отвлечься от беседы. Речь, как правило, быстрая, живо использует интонации, жесты, мимику.

* Медсестра должна подстроиться под темп и ритм данного собеседника, постепенно, мягко замедляя скорость и направляя в нужное русло.

1. ***Ригидный собеседник*** – данному типу требуется определенное время, чтобы включиться в беседу. Основателен в общении, слушает внимательно, реагирует вдумчиво. Трудно переключается с одной темы на другую.

* Необходимо запастись терпением в общении и не торопить без крайней необходимости.

1. ***Экстравертивный собеседник*** – коммуникабелен. При общении внимателен, дружелюбен, не злопамятен. На свое здоровье обращает мало внимания. Имеет большой круг знакомых. Ему легко среди людей.

* Общение медиков с такими людьми обычно не вызывает трудностей. Требуется привлечение внимание к самому себе.

1. ***Интровертивный собеседник*** - не склонен к внешним контактам, общению. Имеет узкий круг общения. Обращает внимание на свои чувства, свои ценности. Ему проще общаться с книгами, вещами. Серьезно и ответственно относится к дружбе и любому партнерству.

* В общении следует быть особенно корректным и внимательным.

**Средства общения**

***Вербальные Невербальные***

речь устная визуальные

речь письменная акустические

тактильные

ольфакторные

**Вербальные средства общения**

Вербальная коммуникация предполагает два важных элемента: смысл и форму высказывания. Сообщение должно быть ясным и четким. Для слепого человека можно использовать устную речь, для глухого – как устную (может читать по губам), так и письменную речь (памятка).

**Для эффективности *устной речи* необходимо:**

Привлечь внимание получателя сообщения.

Говорить медленно, с хорошим произношением, короткими фразами.

Не злоупотреблять специальной терминологией.

Правильно выбирать время для сообщения, чтобы пациент проявлял интерес.

Следить за интонацией своего голоса.

Выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы слышали, но не кричать.

Выслушивать до конца;

Для контроля восприятия задавать открытые вопросы - начинающиеся со слов: «Скажите мене…?», «Где…?», «Когда…?», «»Почему…?».

**Для эффективности *письменной коммуникации* необходимо:**

* + 1. Писать аккуратно (если плохой почерк – печатными буквами).
    2. Выбирать правильный размер и цвет букв.
    3. Убедиться, что в записке полная информация.
    4. Писать грамотно.
    5. Выбирать понятные, простые слова.
    6. Обязательно подписывать сообщение.

Известно, что 55% информации во время беседы воспринимается через выражение лица, позы, жесты, а 38% - через интонации, модуляции голоса. Следовательно, всего 7% информации передается устной речью. Причем невербальный канал передает отношение к собеседнику.

**Невербальные средства общения**

* + - 1. ***Акустические***:
* связанные с речью: интонация, тембр голоса, паузы;
* несвязанные с речью: покашливание, плач, стон, вздыхание, восклицания.
  + - 1. ***Тактильные (связанные с соприкосновением) -*** прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине, объятие – позволяют медсестре сообщить пациенту о привязанности к нему, об эмоциональной поддержке, одобрении, сопереживании.
      2. ***Ольфакторные*** – связанные с запахом:
* естественные – приятные или неприятные;
* искусственные – духи, косметика.
  + - 1. ***Визуальные:***
* *движение* (перемещение всего тела в пространстве) и жесты (движение отдельных частей тела – головы, плеч, рук: различают жесты приветствия, прощания и др.); уверенный шаг медсестры демонстрирует благополучие, а иногда гнев, а медленный шаг – страх, тревогу, нерешительность.
* *позы* – отражают состояние человека и его отношение к происходящему. Бывают позы открытые – как знак согласия, доброжелательности и позы закрытые – воспринимаются как знак недоверия, несогласия, критики.
* *выражение лица, мимика.* Пациенты смотрят на выражение лица медсестры во время беседы или выполнения манипуляции. Необходимо контролировать выражение своего лица, чтобы смягчить неприятные эмоции у пациента.
* *направление взгляда, визуальный контакт.* Глаза – «зеркало души». Взгляд дополняет то, что недосказано словами и жестами. Взгляд «глаза в глаза» - важнейшее средство невербального общения.
* *кожные реакции:* покраснение, побледнение;
* *вспомогательные средства общения:* признаки возраста, пола, одежда, прическа, косметика и др. Внешний вид медсестры – важнейший аспект невербальной коммуникации. Если она одета профессионально, пациент будет больше ей доверять.
* *расстояние до собеседника, персональное пространство:зоны комфорта*

**Зоны комфорта**

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

*Примечание.* Человек допускает в свое личное пространство только близких людей. При выполнении процедур медсестра вторгается не только в личную, но и в интимную зоны. При этом необходимо быть особенно внимательной и деликатной.

**Правила эффективного общения с пациентом**

Начинать беседу с представления своего имени-отчества и должности.

Обеспечить конфиденциальность беседы.

Обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».

Смотреть пациенту в глаза, улыбаться; если пациент лежит – присесть рядом с кроватью на стул рядом.

Говорить неторопливо, с положительной интонацией голоса.

Поощрять вопросы пациента.

Использовать разнообразные компоненты эффективного общения.

Помнить, что юмор способствует эффективному общению с пациентом.

Эффективно выслушивать пациента.

При разговоре создавать атмосферу взаимопонимания и доверия, проявлять участие.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Дайте определение понятия биоэтики.
2. Дайте определение понятия общения.
3. Назовите уровни общения.
4. Перечислите известные Вам стили общения
5. Назовите элементы эффективного общения по Лассуэллу.
6. Перечислите психологические типы собеседников.
7. Назовите особенности поведения медицинской сестры с различными типами собеседников.
8. Перечислите правила эффективной устной речи.
9. Перечислите правила эффективной письменной коммуникации.
10. Назовите невербальные средства общения и их влияние на эффективность коммуникации.
11. Перечислите зоны комфорта, и значение этих показателей на общение с пациентом.
12. Назовите правила эффективного общения с пациентом.

**ВЫВОДЫ**:в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с понятиями биоэтики, и её основными проблемами. Изучили уровни, средства и функции общения, правила эффективного общения с пациентами различных психологических типов.

**Теоретическое занятие № 4**

**Цель**: изучить понятия обучения и требования к медицинской сестре как педагогу. Познакомиться со сферами и способами обучения. Изучить правила постановки целей обучения.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 1.4**

**ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ**

Скажи мне – и я забуду

покажи мне – и я запомню

дай мне действовать самому

и я научусь.

*(Китайская пословица)*

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

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

***Обучение в сестринском деле*** – это целенаправленная деятельность медицинской сестры и пациента для получения знаний и формирования навыков у пациента.

Процесс обучения пациента или его родственников зависит от профессионализма медицинской сестры, ее опыта, знаний и умений. Ведь она может выступить не только как специалист, но и как педагог-воспитатель, владеющий принципами медицинской этики и деонтологии, биоэтики и отличающийся культурой общения.

**Задачи обученияв сестринском деле**

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

***Цель*обученияв сестринском деле** – обеспечить достойную жизнь пациенту в новых для него условиях в связи с заболеванием, чтобы жить в гармонии с окружающей средой.

**Требования к личности медицинской сестры как педагога**

* 1. Широкая эрудиция, высокий интеллектуальный уровень.
  2. Личностная зрелость.
  3. Целеустремленность, настойчивость.
  4. Знания в области, в которой идет обучение.
  5. Владение методами обучения и воспитания.
  6. Гибкость мышления, стремление к самосовершенствованию.
  7. Желание и умение заботиться о своем здоровье.
  8. Позитивная концепция, доброжелательное отношение к окружающим.
  9. Эмоциональная стабильность.

***Сферы обучения***

* 1. ***Познавательная*** - человек узнает и понимает новые факты, анализирует информацию, отличает главную (приоритетную) информацию от второстепенной.
  2. ***Эмоциональная***– получив информацию, человек изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями, мнением, оценкой фактов. Он активно слушает и реагирует вербально и не вербально.
  3. ***Психомоторная***– человек обладает умениями. Благодаря умственной и мышечной деятельности, он обучился новым движениям, уверенно выполняет необходимые действия. Готов психологически, физически и эмоционально к выполнению действий.

Обучая пациентов, медицинская сестра помогает им адаптироваться к своему состоянию, чтобы сохранить максимально возможный для них комфортный уровень жизни, или объясняет, как им изменить образ жизни, чтобы уменьшить или исключить влияние факторов риска заболеваний.

Обучение может протекать в стационарных и амбулаторных условиях.

**Способы обучения**

* + 1. **Формальные*–***официальные. Медсестра обучает пациента приёмам выполнения повседневных действий (умывание, использование ингалятора, измерение АД) Среди них различают:
* ***фронтальные***– занятия по усвоению и овладению новыми знаниями и умениями (лекции, санитарные бюллетени);
* ***групповые*** – занятия с небольшими группами (школы здоровья, «Астма-школа», школа для страдающих гипертонической болезнью и др.);
* ***индивидуальные***– тематические беседы (например, о рациональном питании), практические занятия (обучение навыкам самоухода, уходу за тяжелобольным, приему лекарственных препаратов и др.).

1. **Неформальные** – неофициальные, когда медсестра при выполнении своих обязанностей беседует с пациентом о волнующих его проблемах (профилактика инфекционных заболеваний, соблюдение здорового образа жизни).

**Методы обучения**

1. ***Словесный***– разъяснение, беседа, диспут, мини-лекция.
2. ***Наглядный*** – использование речи, мимики, жестикуляции, изображения на доске, рисунков, таблиц, схем, макетов, плакатов, предметов ухода, муляжей, фантомов, технических средств (кино, видео-магнитофон, мультимедиа – проектор) и т.д..
3. ***Практический*** – отработка манипуляций: выполнение инъекций, измерение артериального давления и т.д.

**Условия эффективности обучения**

* Исходные знания – наличие у пациента информации о теме беседы (о диете, режиме активности) сделает обучение более успешным. Однако не всегда информация будет совпадать у медсестры и пациента, необходимо быть готовым к сложностям.
* Отношение человека к обучению – пациент должен понимать, зачем ему необходимо получаемое знание или умение. Медсестра объясняет пациенту доходчиво и терпеливо причину, проводит ***мотивацию*** пациента.
* Прошлый опыт пациента – при неудачных попытках следовать рекомендациям, может ухудшаться процесс обучения. Необходимо скорректировать объем информации, убедить пациента, совместно с пациентом найти ошибки в исполнении рекомендаций.
* Желание и готовность к обучению – зависят от познавательных особенностей пациента и этого изменить нельзя, но есть факторы, которые необходимо учитывать: боль, жажда, голод, сонливость. Перед началом обучения оцениваем готовность пациента к обучению.
* Способность к обучению – зависит от возраста, физического состояния (слабость, истощение), степень подвижности.
* Окружающая обстановка – количество обучающихся, уединение, температура воздуха, шум, освещение, мебель, свежий воздух, наглядный материал.

**Этапы обучения**

***1 этап*** – выявление потребности пациента и его семьи в обучении, оценка исходного уровня знаний и умений пациента и (или) его близких, готовности к обучению, интерпретация проблем пациента, связанных с дефицитом знаний и умений.

***2 этап*** – определение целей, планирование, определение сфер, методов обучения.

***3 этап*** – реализация плана.

***4 этап –*** оценка результатов обучения.

**1 этап**

Перед началом обучения нужно оценить состав аудитории и потребность пациентов в обучении. Необходимо выяснить какими знаниями по данному вопросу он обладает, каким объемом умений владеет. Следует учитывать такие факторы, как возраст, уровень образования, физическое состояние пациента (травмы, инсульт).

***Психологический возраст*** – это качественно особый этап развития, зависящий и от уровня личностной зрелости (*Таблица 1)*.

*Таблица 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Психологические особенности** | **Особенности обучения** |
| **Дошколь-ный** | Нет осознания болезни, необходимости лечения. Беспокойство в отрыве от матери, привычных условий | Обучать совместно с близкими людьми, на фоне ласкового, теплого общения, с использованием игровых методов |
| **Подрост-ковый** | Нежелание знать последствия заболевания, притязательность на взрослость | Делать упор на самостоятельность. Уважать как личность, сочетая требовательность с мягкостью и пониманием. Ориентировать на возможный неблагоприятный исход |
| **Зрелый** | Осознание факта болезни. Возможен «уход в болезнь», использование болезни в своих интересах | Приемлемы все способы и методы обучения с учетом уровня образования, интеллектуального развития. При необходимости привлекать при обучении психолога |
| **Старчес-кий** | Снижение памяти, внимания, зрения, слуха. Беспомощность, обидчивость, недоверие, чувство одиночества | Вселять уверенность в благоприятный исход. Учитывать уровень личностной зрелости, образования и интеллектуального развития. Обучать терпеливо, привлекая родственников |

**2 этап**

Пациент (его родственник) может сам осознавать наличие проблемы или ее выявляет медицинская сестра. Проблема называется четкой, понятной фразой. Например:

* дефицит знаний о рациональном питании;
* неумение измерять и контролировать у себя артериальное давление;
* неумение выполнять инъекцию и др.

**Цель – желаемый результат.**

При постановке цели учитывается, какого результата пациент хочет добиться.

**Цели бывают:**

краткосрочные – до 2х недель.

Долговременными – более 2х недель.

***Цель обучения*** должна содержать три компонента:

* что предстоит сделать пациенту («должен знать», «должен уметь» и т.д.);
* временные рамки: дата или интервал времени;
* с кем, при помощи чего – условие (с помощью инструктора, самостоятельно и т.д.).

***Требования к постановке цели:***

* Реалистичность и достижимость
* Возможность проверки достижения
* Временные пределы

***План обучения*** составляется индивидуально с использованием конкретных способов, методов и приемов обучения. Обязательно учитывать пожелания самого пациента и мнение его близких.

**Пример 1**: Пациент М. И. 78 лет, правосторонняя гемиплегия, в результате ОНМК.

***Проблема пациента:*** не может самостоятельно принимать пищу и жидкость, так как у М.И. правосторонняя гемиплегия, а левой рукой не умеет.

***Цель обучения***: Принимает пищу и жидкость с помощью медицинской сестры или близких в течение 3 дней.

***План обучения:***

* Стакан с жидкостью с соломинкой всегда находится на тумбочке в зоне досягаемости левой руки пациента, медсестра следит за наполнением стакана.
* Пациент самостоятельно берёт стакан с соломинкой для приёма жидкости левой рукой под контролем медсестры или близких.
* Попытки самостоятельного приёма жидкости из стакана через соломинку поощряются медсестрой.
* Медицинская сестра помогает пациенту при самостоятельных попытках приёма пищи 5 раз в день, при возникновении сложностей осуществляет кормление с левой стороны.
* После каждого приёма пищи пациент с помощью медсестры осуществляет гигиену полости рта.

**3 этап**

Сотрудничество медсестры и пациента на данном этапе – залог успеха. Лучший вариант – индивидуальные занятия, или занятия малыми группами. На проведение обучения влияют различные факторы:

* благоприятная окружающая обстановка - свободное время, оптимальная температура в помещении, тишина, удобная мебель, достаточное освещение и т.д.;
* творческий подход к обучению, использование наглядности, различных методов обучения, обучение в виде ролевых игр;
* доброжелательное отношение медицинской сестры, искреннее желание помочь обучаемому;
* хорошая дикция медицинской сестры, способность ясно, четко, полно излагать материал;
* постоянный контроль приобретенных знаний, поощрение вопросов.

**4 этап –** завершающий. Получив согласие пациента, необходимо попросить его продемонстрировать приобретенные умения. Пациенту следует сообщить результат сестринской оценки: насколько успешно он справился с поставленной задачей и можно ли считать обучение конкретным навыкам завершенным.

Важна не только сестринская оценка, но и самооценка, которая может быть:

* адекватной – совпадать с мнением медсестры;
* неадекватной – завышенной или заниженной;
* нестабильной – то доволен, то не доволен.

При положительном оценивании результата, мы может считать процесс завершенным, но чаще выставляются новые цели и обучение со всеми этапами начинается снова.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Дайте определение понятия обучение в сестринском деле.
2. Перечислите задачи обучения в сестринском деле.
3. Перечислите требования к личности медицинской сестры как педагога.
4. Назовите сферы, способы и методы обучения.
5. Назовите условия эффективного обучения пациентов.
6. Перечислите этапы обучения пациента.
7. Охарактеризуйте особенности обучения пациентов, в различных психологических возрастах.
8. Назовите проблемы пациента, выявляемые в процессе обучения.
9. Перечислите виды целей и требования к её постановке.
10. Охарактеризуйте особенности планирования процесса обучения.
11. Назовите особенности оценивания результатов обучения у пациентов.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с понятием обучение в сестринском деле, его целями. Изучили сферы и способы обучения пациента, а так же узнали этапы процесса обучения и его особенности в различных возрастных группах.

**ПМ.04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными»**

**МДК 04.01Теория и практика сестринского дела.**

**Раздел 2.**

**Осуществление ухода за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому.**

**Осуществление сестринского процесса.**

**Владение основами гигиенического питания**

**Теоретическое занятие № 5**

**Цель**: изучить понятия здоровья, болезни, внешних и внутренних факторов риска, влияющих на состояние здоровья отдельного человека и общества в целом. Изучить понятие о потребностях человека и основные концепции теории А.Маслоу. Познакомиться с различными моделями сестринского ухода, провести их сравнительную характеристику.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.1**

**ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А.МАСЛОУ.**

**МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.**

***Здоровье*** *–* первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности.

***Здоровье (ВОЗ)*** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия.

***Здоровье***(Голицыно) – это динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

***Болезнь*** – нарушение жизнедеятельности организма. Факторы, повышающие вероятность возникновения заболевания – ***факторы риска*** (риск – возможная опасность чего-либо).

*Внешние факторы риска:*

* загрязнение среды;
* нерациональное питание;
* гиподинамия;
* стрессы;
* курение;
* алкоголизм;
* наркотики;
* злоупотребление лекарствами.

*Внутренние факторы риска:*

* генетические;
* врожденные.

У каждого человека свой *образ жизни*, свои привычки и предпочтения. ***Образ жизни*** – это выбор, который определяет себе человек, это выработка собственного стиля и режима жизни. ***Образ жизни*** – это жизнедеятельность, трудовая активность людей, их поведение в конкретных условиях места, времени и социального устройства.

***Здоровый образ жизни (ЗОЖ)*** – это деятельность, активность людей, направленные на сохранение, укрепление и улучшение здоровья. *Компоненты ЗОЖ:*

* формирование и пропаганда позитивных для здоровья факторов ЗОЖ (активный отдых, физическая культура, рациональное питание, закаливание);
* психическая саморегуляция;
* создание нормальных психологических условий на производстве и в быту;
* диспансеризация населения;
* целенаправленная деятельность по вопросам гигиены и охраны здоровья людей;
* борьба с вредными привычками.

Одной из задач медиков является помощь людям в выборе здорового образа жизни с учетом всех факторов риска, которые влияют на каждого конкретного человека.

***Общественное здоровье*** – такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами – состояние, формирующее здоровый образ жизни (ЗОЖ). Показатели общественного здоровья зависят от социально-экономических условий, состояния здоровья населения, развитости *системы здравоохранения* в данном государстве.

Наука, изучающая общественное здоровье – ***санология.***

Наука, изучающая индивидуальное здоровье – ***валеология.***

***Потребности*** – источник активности и деятельности людей. Их формирование происходит в процессе воспитания и самовоспитания личности. Потребности могут быть различными, неосознанными. Осознание потребностей проявляется в форме мотивов поведения.

***Потребность*** – это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего – либо, отражаемый в восприятии человека.

Основные потребности человека: иметь, быть делать, любить, расти. Мотивом деятельности людей служит желание удовлетворить эти потребности. Возможность удовлетворять свои потребности у людей зависит от следующих общих факторов: возраст, окружающая среда, знания, умения, желания, способности самого человека. Заболевание, вызывая нарушение функции того или иного органа, той или иной системы, мешает удовлетворению потребностей.

**Иерархия потребностей А.Маслоу.**

В 1943 году американский психолог ***АбрахамМаслоу***проводил исследования побудительных мотивов поведения человека и разработал одну из теорий потребностей. Он классифицировал их по иерархической системе – от физиологических потребностей (низший уровень) до потребностей в самовыражении (высший). Маслоу изобразил уровни потребностей в виде пирамиды (*Рис. 1.)*. Физиологические потребности – фундамент жизнедеятельности человека – основание пирамиды.

***Самовыражение***

(достижения.

самостоятельность)

***Самоуважение,***

***уважение окружающих*** (успех,

поощрение, владение имуществом)

***Социальные потребности***

(одобрение,понимание, любовь, семья)

***Безопасность***

(кров, одежда, помощь, надежность, защита)

***Физиологические потребности***

(воздух, пища, вода, сон и отдых,

движение, выделение продуктов жизнедеятельности, секс)

*Рис. 1.* Иерархия человеческих потребностей по А. Маслоу (1943г.)

Для медсестры данная классификация важна, поскольку у пациента могу быть неудовлетворёнными одна или несколько потребностей любого уровня, реализация которых должна войти в план ухода. Приоритет физиологических потребностей связан с поддержанием жизни человека.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБНОСТЕЙ**

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ**

Данные потребности – фундаментальные. При уходе и наблюдении за пациентом помощь в удовлетворении данных потребностей приоритетна, т.к. связана с поддержанием жизни пациента.

* ***В нормальном дыхании, в кислороде(дышать)*** - приоритетная для медсестры. Дыхание и жизнь – неразделимые понятия. Благодаря дыханию поддерживается необходимый для жизни газовый состав крови. Кора головного мозга очень чувствительна к явлениям ***гипоксии*** - недостаточному поступлению кислорода к тканям и органам.

***Проявления нарушения потребности****:* одышка, кашель, затрудненное носовое дыхание, бледность и цианоз (синюшность) кожи и слизистых, боль в грудной клетке.

***Факторы риска****:* курение, загрязнение окружающей среды.

***Помощь медицинской сестры****:* поднять изголовье кровати, проветривать помещение, запрещать курение, обучать технике кашля и дыхательным упражнениям, следить за свободным носовым дыханием.

* ***В пище(есть).*** Пища – основной источник энергии и питательных веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности. Для ребёнка обеспечивает нормальный рост и развитие, для взрослого помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Адекватное питание при болезни способствует выздоровлению.

***Проявления нарушения потребности****:* нарушение аппетита ***(***пониженный аппетит***, анорексия*** – полное отсутствие аппетита,***булемия*** – повышенный аппетит), тошнота, рвота, изжога, боли в животе.

***Факторы риска*** – нарушение режима питания, несбалансированное питание, переедание, отсутствие зубов.

***Помощь медицинской сестры****:* оказывать помощь в приеме пищи, обучать правильному питанию.

* ***В жидкости (пить)*** - человеку необходимо употреблять 1,5 – 2 л ежедневно. Для сохранения нормального водного баланса нужно употреблять жидкости больше, чем выделать, иначе произойдёт обезвоживание организма, нарушение функций органов и систем.

***Проявления нарушения потребности****:* жажда, сухость во рту, сухость кожи и слизистых, пониженный ил повышенный диурез (количество выделяемой мочи), запоры.

***Факторы риска****:* употребление некачественной воды, недостаточное или избыточное употребление воды.

***Помощь медицинской сестры****:* помочь в приеме жидкости и обеспечить ее достаточное количество.

* ***В выделении продуктов жизнедеятельности (в физиологических отправлениях).*** Продукты жизнедеятельности организма выводятся с мочой, калом. Мочеиспускание и акт дефекации – индивидуальные, интимные процессы. Медсестра должна проявлять деликатность, соблюдать конфиденциальность, обеспечить условия уединения пациенту.

***Проявления нарушения потребности****:* частый жидкий стул ***(понос***), задержка стула (***запор***), уменьшение отделения мочи, недержание мочи, болезненное мочеиспускание и др.

***Факторы риска****:* погрешности в диете, малоподвижный образ жизни, недостаточное употребление жидкости, переохлаждение.

***Помощь медицинской сестры****:* помочь пациенту дойти до туалетом, обеспечить судном и мочеприемником.

* ***В сне и отдыхе***. Отдых и сон необходимы для нормальной жизнедеятельности организма, для преодоления полученных вредных воздействий. Недосыпание приводит к переутомлению, появлению психологических проблем, ухудшению питания мозга. Особенно это важно для больного. Медицинская сестра должна создавать условия, способствующие поддержанию данной потребности.

***Проявления нарушения потребности****:* прерывистый сон, бессонница, усталость, зевота, раздражительность.

***Факторы риска****:* шум, яркий свет, нарушение распорядка дня, нарушение теплового режима, неудобная постель, болевые ощущения и др.

***Помощь медицинской сестры****:* обеспечить комфортные условия для сна, выяснить причины его нарушения.

* ***В движении*** – ограничение ведёт к возникновению проблем со стороны кожи (пролежни), опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем. Кроме того, при нарушении данной потребности человек лишен общения с окружающей средой, способности себя обслуживать. Помощь медицинской сестры должна быть направлена на восстановление подвижности, на улучшение качества жизни пациента.

***Проявления нарушения потребности****:* невозможность или ограничение движения в связи со слабостью, отсутствием конечности, болью, наличием параличей, расстройством сознания, психики.

***Факторы риска****:* малоподвижный образ жизни – гиподинамия.

***Помощь медицинской сестры****:* помочь пациенту в перемещении, обеспечить вспомогательными устройствами, обучить пассивным и активным упражнениям в постели.

**ПОТРЕБНОСТИ В БЕЗОПАСНОСТИ**

Для большинства людей безопасность означает надежность и удобство. Медицинская сестра должна не только уметь обеспечить пациенту безопасность, но и знать его требования к ней. Помощь медицинской сестры в обеспечении потребностей в безопасности:

* ***Быть здоровым***: естественная основная потребность каждого человека.

***Проявления нарушения потребности***: наличие любого острого или хронического заболевания, нарушение адаптации пациента.

***Помощь медицинской сестры:*** участие медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе, общий уход за больными и т.д.

* ***Избегать опасностей***: возможность пациента поддерживать безопасную окружающую среду для себя и не представлять опасности для окружающих.

***Проявления нарушения потребности****:* сниженная двигательная активность, болезни и состояния с возможными осложнениями, психомоторное возбуждение, воздействие токсических веществ, вредные условия труда, алкогольное и токсическое опьянение.

***Помощь медицинской сестры****:* обучение пациента безопасному поведению, адаптирование пациента к своему состоянию, пропаганда здорового образа жизни, исключение и уменьшения воздействия опасных факторов больничной среды, динамический контроль за состоянием пациента, обеспечить пациента средствами экстренной связи с медицинским постом, опустить кровать на максимально низкий уровень, обучить пациента пользоваться трость и ходунками при ходьбе т.д.

* ***Поддерживать нормальную температуру тела.***Нормальная жизнедеятельность органов и тканей невозможна без относительного температурного постоянства внутренней среды организма. Организм человека с помощью физиологических механизмов регулирует теплопродукцию и теплоотдачу. Заболевания повышают температуру тела: инфекции, воспалительные процессы, злокачественные новообразования, кровоизлияние в мозг.

***Проявления нарушения потребности****:* бледность или покраснение кожи (гиперемия), сухость или влажность кожи, озноб или чувство жара, головная боль, учащенное дыхание и сердцебиение, повышенная или пониженная температура.

***Факторы риска****:* нарушение теплового режима в помещении, одежда не по сезону, пониженный иммунитет, нарушение гормонального фона.

***Помощь медицинской сестры****:* контроль температуры тела, поддержание оптимальной температуры в помещении.

* ***Одеваться и раздеваться*.** Для поддержания нормальной температуры тела, а так же для комфортного состояния и выражения себя как личности у пациента есть потребность в смене нательного белья и верхней одежды.

***Проявления нарушения потребности***: неопрятный вид, одежда не по погоде, расстёгнутая одежда и обувь, невозможность самостоятельного переодевания.

***Факторы риска***: тяжёлое состояние, заболеваний суставов, слабость, заболевания нервной системы, изменение сознания и т.д.

***Помощь медицинской сестры:*** оказание помощи пациенту при смене и выборе одежды, переодевания пациента медсестрой, в случаях невозможности самоухода.

* ***Быть чистым*** одна изсамых актуальных потребностей, человеку свойственно чувствовать себя чистым, соблюдать нормы гигиены, менять нательное и постельное бельё. Нарушения этой потребности может привести к осложнениям состояния пациента.

***Проявления нарушения потребности***: грязная одежда, воспалительные заболевания полости рта, опрелости, посторонние неприятные запахи от пациента (пот, моча, фекалии), неухоженные волосы, ногти.

***Факторы риска***: тяжёлое состояние, заболеваний суставов, слабость, заболевания нервной системы, изменение сознания, возрастные особенности, дефицит знаний по применению современных средств по самоуходу.

***Помощь медицинской сестры:*** обучение пациента гигиеническому самоуходу и использованию гигиенических средств,выполнение гигиенических мероприятий пациенту и полный сестринский уход, в случаях невозможности самоухода, смена белья.

* ***Иметь кров*** – обеспечить пациента палатой достаточной площади, с оптимальным освещением и тепловым режимом, после выписки убедиться в наличии жилья у пациента.

**СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ**

Социальные потребности отражают отношения людей в обществе. Все ждут любви и понимания, не хотят быть одинокими и обездоленными. При тяжелых заболеваниях нарушаются социальные контакты, общение, особенно у пожилых и одиноких людей. Помощь в решении социальных проблем улучшает качество жизни пациента.

* ***В семье и друзьях*** – помочь пациенту позвонить домой или другу, обеспечить свидания с родственниками.
* ***В общении*** – обеспечить пациента очками, слуховым аппаратом, источниками информации, календарем.

**ПОТРЕБНОСТЬ В САМОУВАЖЕНИИ**

Теряется больными, пожилыми людьми, которые считают себя никому не нужными, одинокими.

* ***В самоуважении*** - совместно с пациентом обсуждать действия по уходу, помочь пациенту в достижении чувства собственного достоинства.
* ***В уважении окружающих*** - обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
* ***Во владении имуществом*** – помочь пациенту использовать свое имущество.

**ПОТРЕБНОСТЬ В САМОВЫРАЖЕНИИ**

Наивысший уровень. Удовлетворяя её, человек считает, что делает что – то лучше других (написание книги, воспитание ребёнка…) или выражает свои взгляды на жизнь, оставляет свой след в истории. Медицинская сестра должна содействовать проявлению творчества у пациентов, в доступной им форме, в ЛПУ должны быть соответствующие условия для удовлетворения данного уровня потребностей пациентов.

**МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА.**

Есть несколько концептуальных моделей сестринского процесса в мире. В настоящее время не существует одной общепринятой модели сестринского дела. Они отличаются друг от друга подходом к нескольким вопросам, а именно:

* Пациент как объект сестринского ухода,
* Цель ухода,
* Роль сестры в решении проблем пациента,
* Источник проблем пациента,
* Оценка качества сестринского ухода.

**ОБЗОР НЕКОТОРЫХ МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.**

**Модель Вирджинии Хендерсон**

Основана на удовлетворении физиологических проблем со здоровьем и гораздо меньшее внимание уделяется психологическим и социальным проблемам пациента.

По ее модели выделены 14 фундаментальных потребностей человека. В удовлетворении этих потребностей, по мнению В.Хендерсон, не испытывает трудностей здоровый человек. Однако в период болезни эти потребности удовлетворять самостоятельно пациент не может. Главной целью сестринского ухода, в данной модели, является скорейшее восстановление самостоятельности пациента и помощь в удовлетворении потребностей в период болезни.

**Потребности по В.Хендерсон:**

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.
7. Поддерживать нормальную температуру тела, подбирая одежду и изменяя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасности для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции и 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.

Модель сестринского ухода по Хендерсон основана на известной теории иерархии по А.Маслоу. В отличии от следующей модели Хендерсон выделяет меньшее количество потребностей, так как в то время (60-е годы 20 века) возможности медсестры были ограничены.

**Оценкапотребностей** проводится с обязательным участием пациента, цель полное восстановление самостоятельности.

**Цели** сестринского вмешательства должны быть долговременными, и только в отдельных случаях краткосрочные.

**Роль сестры** двоякая, независимый специалист по удовлетворению потребностей с одной стороны, помощник врача по выполнению назначенных манипуляций с другой стороны.

**Оценка результата** только после достижения долговременных целей, с участием медсестры и пациента.

**Модель сестринского ухода Доротеи Орем.**

Модель Орем рассматривает человека как единое целое. Большое внимание уделяется ответственности пациента за свое здоровье, самоуходу. Потребности пациента должны быть в равновесии с возможностями самоухода. При возникновении отклонения от равновесия возникают проблемы пациента.

**Группы потребностей в самоуходе по Д.Орем.**

***I. Универсальные:***

* Достаточное потребление воздуха.
* Достаточное потребление жидкости.
* Достаточное потребление пищи.
* Достаточная возможность выделения.
* Сохранение баланса между активностью и отдыхом.
* Баланс между одиночеством и общением с людьми.
* Предупреждение опасности для жизни, хорошего самочувствия.
* Стимулирование желания соответствовать определенной социально группе.

***II. Потребности, связанные со стадией развития:***

* Обучение и воспитание, проблемы роста, беременности, старения.

***III. Потребности, связанные с нарушением здоровья:***

* Анатомические изменения (ожоги, отёки).
* Физиологические изменения (одышка, боль, сердцебиения).
* Изменения поведения и привычек (перепады настроения, бессонница).

При возникновении проблем в самоуходе необходимо участие близких и медицинской сестры.

Причиной разбалансировки может быть недостаточность информации и знаний у пациента.

При постановке цели (краткосрочной, промежуточной, долговременной) участвует пациент. Его участи обязательно и при планировании сестринского ухода.

**Д.Орем выделяет 6 способов сестринских вмешательств:**

* Делать за пациента.
* Руководить пациентом.
* Оказывать физическую поддержку.
* Оказывать психологическую поддержку.
* Создавать среду для самоухода.
* Обучать пациента.

Роль сестры дополняюшая к возможностям пациента.**Оценка качества** проводится по результатам возможностей пациента и его семьи в самоуходе.

**Сравнительная характеристика моделей Д.Орем и В. Хендерсон.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Часть модели | В.Хендерсон | Д.Орем |
| Пациент | Единое целое имеет 14 потребностей в повседневной жизни | Единая функциональная система, имеющая мотивацию к самоуходу. |
| Источник проблем | Невозможность удовлетворять потребности | Нарушение баланса между потребностями и возможностями самоухода |
| Цель ухода | Цель долговременная.  Восстановление независимости пациента | Цель по времени достижения любая – краткосрочная, промежуточная, долговременная  Восстановление возможности самоухода или при участии близких |
| Сестринские вмешательства | Укрепление здоровья, расширение задач, помощь пациенту в достижении независимости | Расширение или компенсация возможностей самооухода |
| Роль сестры | Помощник врача, самостоятельный специалист | Самостоятельный специалист, дополняющий самоуход пациента |
| Оценка качества | Удовлетворение каждой потребности, в которой выявлены проблемы. | Восстановдение возможности в самоуходе с точки зрения пациента и его семьи |

Выбирая модель сестринского ухода необходимо опираться на рекомендации ВОЗ:

* Учитывать физиологические, психологические и социальные потребности пациента,
* Выделять аспекты сохранения здоровья отдельных людей и групп лиц.
* Оценивать возможности самообслуживания и самоухода.

Для решения проблем пациента и улучшения сестринской помощи рационально использовать несколько моделей, применяя их в различных ситуациях.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Дайте определение понятия здоровье.
2. Дайте определение понятия болезнь.
3. Перечислите внешние и внутренние факторы, влияющие на здоровье человека.
4. Назовите компоненты здорового образа жизни.
5. Дайте определение понятия потребности человека.
6. Перечислите уровни потребностей человека по А.Маслоу.
7. Перечислите и дайте характеристику физиологических потребностей по А.Маслоу.
8. Перечислите и дайте характеристику потребностей безопасности по А.Маслоу.
9. Перечислите и дайте характеристику социальных потребностей по А.Маслоу.
10. Перечислите и дайте характеристику потребностей в самоуважении и самовыражении по А.Маслоу.
11. Назовите авторов известных Вам моделей сестринского ухода.
12. Охарактеризуйте модель сестринского ухода по В.Хендерсон.
13. Охарактеризуйте модель сестринского ухода по Д.Орем.
14. Проведите сравнительную характеристику моделей сестринского ухода В.Хендерсон и Д.Орем.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с понятием обучение в сестринском деле, его целями. Изучили сферы и способы обучения пациента, а так же узнали этапы процесса обучения и его особенности в различных возрастных группах.

**Теоретическое занятие № 6**

**Цель**: познакомиться с методом организации оказания сестринской помощи – сестринским процессом. Изучить этапы сестринского процесса и особенности деятельности медицинской сестры в каждом из этапов, правилами ведения сестринской истории болезни.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.2**

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС. ДОКУМЕНТАЦИЯ К СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ.**

Термин «сестринский процесс» впервые введен в США сестрой Лидией Холл в 1955году. Слово «процесс» означает ход событий. В данном случае – последовательность действий, предпринятые сестрой при оказании помощи.

***Сестринский процесс*** – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам.

Этот метод включает в себя пациента и медицинскую сестру как взаимодействующих лиц. В основе находится пациент как личность, требующая индивидуального подхода.

***Цель СП*** – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных человеческих потребностей через квалифицированный сестринский уход. Цель сестринского процесса осуществляется путем решения следующих **задач**:

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

***Значение внедрения сестринского процесса в следующем:***

* обеспечивается системный и индивидуальный подход к проведению сестринского ухода;
* становится необходимым активное участие пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода;
* создается возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности;
* осуществляется эффективное использование времени и ресурсов;
* демонстрируется уровень профессиональной компетенции, ответственность и надежность медицинской службы, медицинского обслуживания;
* обеспечивается безопасность проведения медицинского обслуживания;
* самое главное, сестринский процесс гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Сестринский процесс 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 объектом “манипуляционной техники”. Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медицинскую сестру основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Больше всех в этом процессе выигрывает пациент. От того, какие отношения устанавливаются между медицинской сестрой и пациентом, от их взаимопонимания нередко зависит исход заболевания.

**Этапы сестринского процесса**

1. Сестринское обследование – оценка состояния пациента.
2. Сестринская диагностика – интерпретация полученных при обследовании данных выявление проблем пациента со здоровьем.
3. Постановка целей и планирование предстоящей работы по уходу.
4. Реализация составленного плана – выполнение сестринских вмешательств.
5. Оценка результатов, эффективности сестринского ухода.

**ПЕРВЫЙ ЭТАП - СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.**

Цель этапа - сбор информации о состоянии здоровья пациента для выявления у него нарушенных потребностей, проблем существующих и потенциальных, чтобы обеспечить качество жизни пациенту. Врачебная диагностика ставит целью постановку диагноза, выявления причины и механизма развития заболевания.

***Источниками информации*** *могут быть:*

* сам пациент – наилучший источник;
* члены семьи, сопровождающие лица, соседи по палате;
* врачи, медицинские сестры, члены бригады скорой помощи, санитарки;
* медицинская документация (данные обследований, выписки из стационарной или амбулаторной карты);
* специальная медицинская литература (справочники по уходу, стандарты сестринских манипуляций, профессиональные журналы).

Различают субъективное и объективное сестринское обследование.

***Субъективное обследование*** – информация, получаемая со слов пациента или другого лица. Субъективная информация - представления пациента о своем здоровье.

***Объективное обследование*** – непосредственный осмотр.

***Дополнительные методы–*** данные лабораторных и инструментальных исследований (например, анализы крови и мочи, рентгенологические исследования) и специальные измерения (например: измерение роста и массы тела).

При общей оценке состояния пациента, медсестра должна сделать заключение о:

* общее состояние больного;
* положение больного в постели;
* состояние сознания больного;
* антропометрические данные.

Стратегия общения с пациентом. Вы должны быть уверенны, что беседа будет проходить в тихой официальной обстановке без отвлечения и не будет прерываться. Для установления доверительных отношений с пациентом медицинская сестра должна представиться, назвав свое имя, положение и сообщив цель беседы. Называйте пациента по имени и отчеству и на «Вы». Проявляйте дружелюбие, участие и заботу. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Будьте спокойны и неторопливы. Не проявляйте досады, раздражения. Говорите ясно, медленно, отчетливо. Используйте понятную пациенту терминологию. Если Вы сомневаетесь, что он Вас понимает, спросите, что он вкладывает в то или иное понятие. Поощряйте вопросы Вашего пациента. Позвольте пациенту закончить фразу, даже если он излишне многословен. Если необходимо повторить вопрос, перефразируйте его для лучшего понимания. Не начинайте разговор с личных, деликатных вопросов. Прежде всего спросите о его жалобах-. Начните разговор с вопроса : «Что Вас беспокоит?» Во время беседы делайте короткие записи. Не полагайтесь на свою память, но и не пытайтесь записать всю информацию. Кратко запишите даты, ключевые слова или фразы.

Полноценность информации зависит от умения сестры расположить собеседника к общению. Опрос будет более эффективным если будет вестись по специальному подготовленному опросному листу строго по функциональным системам. Все ответы пациента начиная с паспортной части вносятся в «Сестринскую карту пациента».

**ВТОРОЙ ЭТАП - СЕСТРИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА.**

Цель этапа:

* определение проблем, возникающих у пациента;
* установление факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем;
* выявление сильных сторон пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению проблем.

***Проблема пациента*** – это ответная реакция пациента на болезнь или состояние здоровья. Кроме того, это – обдуманный вывод, основанный на анализе информации. В некоторых странах называют проблему «сестринским диагнозом».

Проблемы – это жалобы пациента. Сестринская проблема появляется тогда, когда пациент в силу тех или иных причин (возраст, болезнь, травма или ее последствия, отсутствие необходимых знаний и навыков) не в состоянии самостоятельно справляться с удовлетворением жизненно важных потребностей организма. У такого пациента имеет место дефицит самоухода, в активности повседневной жизни он нуждается в физической или консультативной помощи.

В нашей стране эта формулировка не совсем оправдана, поскольку диагностикой занимается врач.

Проблема отличается от врачебного диагноза:

|  |  |
| --- | --- |
| Врачебный диагноз | Проблемы |
| Определяет болезнь (острый гастрит) | Определяют ответные реакции организма в связи с болезнью (изжога, боль в области эпигастрия, рвота…) |
| Может оставаться неизменным в течение всей болезни | Могут меняться каждый день или даже в течение дня |
| Предполагает лечение в рамках врачебной практики | Предполагают сестринские вмешательства в пределах её компетенции и практики |
| Как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме | Часто связаны с представлениями пациента о состоянии его здоровья |

**Виды сестринских диагнозов (проблем):**

* ***По характеру реакции пациента на болезнь и свое состояние:***

1. ***Физиологические*** – реакции на болезнь, обусловленные изменением функций органов и систем (на воспалительные изменения в лёгких организм реагирует нарушением функций органов дыхания: одышка, кашель…).
2. ***Психологические*** – реакции, которые появились в ответ на болезненные изменения во внутренних органах (страх, плаксивость, эмоциональная ранимость).
3. ***Социальные*** – связаны с нарушением удовлетворения социальных потребностей из-за заболевания (неполная семья, финансовая несостоятельность, потеря трудоспособности).
4. ***Духовные*** – реакции организма, затрагивающие духовную сферу (потеря смысла жизни, нежелание следить за собой, уход в религию, одиночество).

* ***По времени появления:***

1. ***Настоящие (***основные и сопутствующие) – есть у пациента в момент обследования (например: головная боль в связи с повышением артериального давления, дефицит самоухода в связи с обездвиженностью пациента).
2. ***Потенциальные (вероятные)*** – их нет на данный момент, но могут появиться с течением времени (например: появление пролежней у обездвиженного пациента, риск обезвоживания организма из-за упорной рвоты).

* ***По серьёзности (приоритетности)***

1. ***Приоритетные*** - требуют срочных мероприятий, часто опасны для жизни (одышка, удушье).
2. ***Промежуточные*** - не требуют экстренных мер, не опасные для жизни (снижение аппетита, слабость)
3. ***Вторичные*** – не имеют прямого отношения к данному заболеванию (дисфункция кишечника у пациента с бронхитом).

**ТРЕТИЙ ЭТАП - ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

По ВОЗ планирование – это «документирование конкретно ожидаемых результатов сестринского вмешательства в соответствии с планом сестринского ухода».

Во время планирования медсестра совместно с пациентом:

1. Определяет цели (ожидаемый результат) для каждой проблемы.
2. Выбирает характер и объём сестринских вмешательств, необходимых для достижения поставленных целей;
3. Определяет продолжительность (или кратность) сестринских вмешательств.

**Виды целей:**

1. ***Краткосрочные*** – должны быть выполнены неотложно или в период до одной недели (максимум двух). Определяются, как правило, в острой фазе заболевания в стационаре (*например:* уменьшение боли в области послеоперационной раны).
2. ***Долговременные*** – достигаются за более длительный период времени, в течение многих недель. Они обычно направлены на профилактику осложнений, на реабилитацию и социальную адаптацию.

При написании целей указываются следующие обязательные моменты:

* мероприятия, действия – что делать;
* критерий – дата, время, расстояние;
* условия – с помощью кого (чего) делать.

Цель – ожидаемый результат по определенной проблеме. Она не должна создавать препятствия лечению, проводимому другими специалистами.

*Например,*пациент будет самостоятельноставить себе согревающий компресс, после обучения медицинской сестрой, в течение 2-х дней.

Действие – ставить компресс.

Временной критерий – в течение 2-х дней.

Условие – с помощью медсестры.

Постановка целей. Требования к постановке целей:

1. Цели должны быть реальными и достижимыми. Нельзя ставить цель: пациент похудеет за 3 дня на 10 кг.
2. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели.
3. Цели должны находится в пределах сестринской компетенции. Неправильно: «У пациента не будет кашля к моменту выписки», т.к. это область компетенции врача. Правильно: «Пациент продемонстрирует знания о дисциплине кашля к моменту выписки»
4. Цель должна формулироваться в терминах пациента, а не медсестры. Неправильно: Медсестра обучит пациента технике самовведения инсулина. Правильно: Пациент продемонстрирует умение делать себе инъекции инсулина технически верно через неделю.

**ЧЕТВЁРТЫЙ ЭТАП – ВЫПОЛНЕНИЕ (РЕАЛИЗАЦИЯ) ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Цель данного этапа – обеспечение соответствующего ухода за пациентом, выполнение действий, направленных на достижение цели. Сестринские вмешательства должны быть основаны на:

* индивидуальном подходе;
* безопасности для пациента и медсестры;
* обеспечении конфиденциальности, уважении личности пациента;
* информированном согласии пациента;
* поощрении пациента к самостоятельности.

**Реализация плана ухода:**

* Лечебно-охранительный режим
* Санитарно-противоэпидемический режим.
* Выполнение зависимых сестринских вмешательств.
* Выполнение взаимозависимых сестринских вмешательств.
* Выполнение независимых сестринских вмешательств.
* Оказание неотложной помощи.
* Обучение пациента рациональному питанию, двигательному режиму, правилам приёма лекарственных препаратов и т.д.
* Беседы с пациентом и его родственниками о профилактике заболеваний.

***Виды сестринских вмешательств***

1. ***Зависимые*** – выполняются на основании письменных предписаний врача, при использовании навыков медицинской сестры. Медсестра выступает как исполнитель. Например, раздача лекарств, выполнение инъекций согласно листам назначений.
2. ***Независимые*** – непосредственная деятельность медсестры по собственной инициативе, на основе знаний и умений. Например, мероприятия по личной гигиене тяжелобольного, кормление, обучение навыкам самоухода.
3. ***Взаимозависимые*** – совместная деятельность медсестры совместно с другими специалистами. Например, с инструктором ЛФК, с врачом, с диетсестрой.

Выполняя манипуляции (медицинские услуги), медсестра использует стандарты клинической деятельности. **Стандарт** (англ. standart – норма) – это образец, эталон, модель, принятая для сопоставления.

Стандарт включает:

* оснащение, которым можно и нужно пользоваться;
* алгоритм выполнения (последовательность действий;
* особенности выполнения данной манипуляции различным категориям пациентов;
* особенности получения информированного согласия от пациентов перед проведением данной услуги.
* особенности документирования выполнения;

**ПЯТЫЙ ЭТАП - ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Цель данного этапа: определить степень, до которой намеченные мероприятия по уходу за пациентом были достигнуты.

Включает:

* оценку реакции пациента на уход: улучшение, ухудшение, прежнее состояние;
* оценку действий самой медсестры (результат достигнут, частично достигнут, не достигнут);
* мнение пациента или его семьи;
* оценку действий сестрой-руководителем.

При не достижении цели или частичном достижении сестра формулирует заключение: план помощи необходимо пересмотреть. Оценка обязательно проводится в случае выписки пациента, перевода его в другое лечебное учреждение, в случае смерти или длительного заболевания.

Оценка должна продемонстрировать реакцию пациента на сестринский уход и свидетельствовать об успехе, отсутствие успеха и любом ухудшении в свете планируемых результатов проводимой работы.

На практике это означает, что сестра постоянно собирает и критически анализирует информацию, из которой делает выводы о реакции пациента на уход, изменениях в состояниях пациента о реальной возможности осуществлении плана ухода и наличии новых и раннее не выявленных проблем, на которые необходимо обратить внимание.

Систематический процесс оценки требует от медсестры умения мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми.

**Например:**

***Цель:*** Пациент будет уметь измерять АД самому себе к моменту выписки, через 3 дня.

***Оценка***: Пациент измерил АД и оценил его результаты правильно.

Цель достигнута.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Дайте определение понятию сестринский процесс.
2. Перечислите цели сестринского процесса.
3. Охарактеризуйте значении внедрения сестринского процесса.
4. Перечислите этапы сестринского процесса.
5. Охарактеризуйте первый этап сестринского процесса.
6. Перечислите методы сестринского обследования.
7. Назовите правила общения при обследовании пациента.
8. Назовите основной документ сестринского процесса.
9. Охарактеризуйте второй этап сестринского процесса.
10. Дайте определение понятия проблема пациента.
11. Проведите сравнительную характеристику врачебного и сестринского диагноза.
12. Перечислите виды сестринских диагнозов по характеру реакции пациента на болезнь.
13. Перечислите виды сестринских диагнозов по приоритетности.
14. Перечислите виды сестринских диагнозов по времени появления.
15. Охарактеризуйте третий этап сестринского процесса.
16. Перечислите виды сестринских диагнозов по времени появления.
17. Назовите требования к постановке цели.
18. Охарактеризуйте четвёртый этап сестринского процесса.
19. Перечислите виды сестринских вмешательств.
20. Дайте определение понятию стандарт.
21. Охарактеризуйте пятый этап сестринского процесса.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с понятием сестринский процесс, с его этапами, а так же требованиями по выполнению сестринских вмешательств на всех этапах. Ознакомились с документацией сестринского процесса.

**Теоретическое занятие № 7**

**Цель**: познакомиться с признаками нарушения функций нормального дыхания, особенностями потребности в нормальном дыхании в различных возрастных группах. Изучить возможные проблемы пациента с нарушением удовлетворения потребности дышать. Определить цели сестринского ухода при нарушении потребности в нормальном дыхании, возможные сестринские вмешательства.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.3**

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В НОРМАЛЬНОМ ДЫХАНИИ.**

**Дыхание** – жизненно важная потребность человека, процесс, обеспечивающий непрерывное поступление в организм кислорода и выведение наружу углекислого газа и водяных паров.

**Проявления нарушений потребности дышать:**

* Насморк (заложенность носа, выделения)
* Воспалительные заболевания горла
* Одышка, удушье
* Кашель (сухой, влажный)
* Кровохарканье
* Боли в грудной клетке (при кашле, дыхании)
* Тахикардия (учашение сердцебиения)

***Виды дыхания:***

* ***внешнее*** – легочное – доставка кислорода в кровь;
* ***внутреннее*** – перенос кислорода из крови к органам и тканям.

**Характеристики дыхания, определяемые при его оценке**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Характеристики*** | ***В норме*** | ***В патологии*** |
| ***Ритмичность*** – регулярность вдохов и выдохов через определенные промежутки времени | Ритмич-ное | ***аритмия (***дыхательная) |
| ***Частота -*** число дыханий в минуту | 16-20 | >20 – ***тахипноэ;***  <16 – ***брадипноэ;***  ***диспноэ*** – расстройство дыхания  ***апноэ*** – остановка дыхания |
| ***Глубина*** – объем воздуха при каждом дыхательном движении | нормальная | поверхностное  глубокое |

*Примечания:*

1. Частота, глубина и ритм дыхания обеспечивается дыхательным центром, расположенным в продолговатом мозге.
2. Частота дыхания зависит от положения тела, от физической активности, эмоциональной нагрузки: во время сна 12-14 в мин., а при нагрузке учащается. У спортсменов ЧДД реже (до 6-8 в мин.). Лежа 14 – 16 в мин.

***Типы дыхания:***

* ***грудной*** – характерно для женщин;
* ***брюшной (диафрагмальное дыхание)*** – преимущественно у мужчин;
* ***смешанный*** – чаще у спортсменов, пожилых и при некоторых заболеваниях (пневмосклероз).

**Одышка** – нарушение дыхания по ритму, частоте, глубине. За счет нее организм восполняет недостаток кислорода. Субъективно воспринимается как чувство нехватки воздуха. При осмотре – обеспокоенное лицо, напряженные ноздри, «хватает» ртом воздух,

***Виды одышки:***

1. ***Физиологическая*** – у здорового при волнении, физической нагрузке.
2. ***Патологическая:***

* ***инспираторная***– затруднен вдох (попадание инородного тела, ларингит);
* ***экспираторная*** - затруднен выдох (спазм бронхов – бронхиальная астма);
* ***смешанная*** - затруднены и вдох и выдох (заболевания сердца).

**Удушье** – резко выраженная, внезапно развившаяся одышка.

При **объективном обследовании** используют визуальный осмотр, пальпацию (выявление болезненных участков), перкуссию (границы лёгких, сравнительная перкуссия симметричных зон), аускультация (оценка дыхания, выявление хрипов).

**Дополнительные исследования**: лабораторные исследования мокроты, инструментальные исследования пикфлоуметрия, спирометрия, рентгенологические исследования лёгких, томография, бронхоскопия и т.д.

**Возможные проблемы пациентов при нарушении потребности дышать:**

* Дефицит знаний и умений по

применению ингалятора,

применению плевательницы,

дыхательной гимнастике,

рекомендуемым дренажным положениям,

технике эффективного кашля,

о вреде курения,

рекомендуемой диете,

правилам приёма лекарственных средств.

* Снижение аппетита из-за слабости и зловонной мокроты,
* Бессоница из-за кашля и одышки,
* Страх смерти,
* Риск инфицирования дыхательных путей (ИВЛ)

**Причинами проблем могут быть** – воспалительные заболевания органов дыхания, трахеостома, инородные тела в дыхательных путях, онкологические заболевания, заболевания ССС, заболевания брюшной полости, переедание, гиподинамия, ожирение и т.д.

**Возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании:**

* Обучение пациента правилам приёма лекарственных препаратов, применению индивидуального ингалятора, применению плевательницы, технике кашля, применению дренажных положений, применению предписанной диеты,
* Выполнение зависимых вмешательств (введение лекарственных средств, физиолечения),
* Выполнение независимых вмешательств – проведение динамического наблюдения (контроль температуры, ЧСС, АД, ЧДД), гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами, обработка трахеостом.
* Выполнение взаимозависимы вмешательств – подготовка пациентов к различным лабораторным и инструментальным исследованиям органов дыхания.

*План сестринских вмешательств при одышке:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Сестринские вмешательства:** | **Обоснование** |
| 1 | Успокоить пациента | Снижение эмоциональной нагрузки |
| 2 | Приподнять изголовье кровати, удобно усадить пациента | Облегчение дыхания |
| 3 | Обеспечить проветривание, расстегнуть воротник, откинуть одеяло |
| 4 | Запретить пациенту курение |
| 5 | Оказывать пациенту помощь в самообслуживании | Комфортное содержание |
| 6 | Вести наблюдение за общим состоянием, пульсом, АД, ЧДД | Раннее выявление осложнений |
| 7 | По назначению врача осуществлять подачу кислорода, введение лекарственных препаратов | Обеспечение лечения |

Цели сестринских вмешательств направлены на восстановление нарушенных потребностей – выполнение врачебных назначений, а так же на решение проблем пациента с помощью независимы вмешательств.

**Например**: Пациенту назначен сбор мокроты, но он отмечает скудное отделение мокроты и трудности в откашливании.

**Цель сестринского вмешательства**: пациент сможет собрать мокроту после обучения медицинской сестрой технике эффективного кашля.

**План:**

* Сестра расскажет пациенту о правилах сбора анализа мокроты на общий анализ (закрытая, промаркированная, непрозрачная ёмкость из пластика с плотной закручивающейся крышкой, сбор утром, натощак, после тщательной гигиены полости рта).
* Пациент накануне, за сутки до сдачи анализа, увеличивает приём жидкости до 2 литров.
* Медсестра обеспечивает пациента ёмкостью, подписывает её (вид исследования, отделение, ФИО пациента, дата сбора анализа)
* Медсестра обучает пациента дренажному положению, технике эффективного кашля – зафиксировать плечевой пояс, сделать несколько глубоких вдохов, задержать дыхание, сложить губы трубочкой и сделать резкое кашлевое движение на выдохе.
* Дренажное положение лучше занять за пол часа до сдачи анализа.
* Пациент демонстрирует технику эффективного кашля медицинской сестре.
* Утром пациент самостоятельно собирает анализ, при необходимости медсестра контролирует манипуляцию.

**Оценка качества:**

Цельсестринских вмешательств можно считать достигнутой, если пациент и его близкие удовлетворены уходом, пациент самостоятельно может использовать плевательницу и ингалятор, его самочувствие не ухудшается в результате ухода, он знает правила применения лекарственных средств и выполняет предписанный режим и лечебную диету.

Все данные полученные от пациента в процессе осуществления сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании, необходимо вносить в сестринскую карту пациента, с документацией каждого этапа.

1. Данные субъективного и объективного обследования.
2. Сестринский диагноз.
3. Цель и планирование сестринского ухода.
4. Реализация сестринского ухода.
5. Оценка эффективности сестринского ухода.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Дайте определение понятию дыхание.
2. Перечислите проявления нарушения потребности в нормальном дыхании.
3. Охарактеризуйте нормальное дыхание пациента в различных состояниях и возрастных группах.
4. Перечислите типы дыхания.
5. Дайте определение понятия одышка.
6. Перечислите виды одышки.
7. Назовите особенности обследования пациента при нарушении потребности дышать.
8. Перечислите возможные проблемы пациентов при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.
9. Назовите наиболее частые причины проблем пациента при нарушении потребности дышать.
10. Приведите пример цели сестринских вмешательств если у пациента одышка при физической нагрузке.
11. Назовите сестринские вмешательства при нарушении потребности в нормальном дыхании.
12. Приведите план сестринских вмешательств, при одышке.
13. Особенности оценивания качества сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с характеристикой нормального дыхания пациента, со способами обследования пациентов при нарушении потребности в нормальном дыхании. Изучили причины проблем пациента, возможные сестринские диагнозы, сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.

**Теоретическое занятие № 8**

**Цель**: познакомиться с признаками нарушения функций нормального питания, питья и физиологических отправлений. Изучить возможные проблемы пациента с нарушением удовлетворения потребности питания, питья и физиологических отправлений. Определить цели сестринского ухода при нарушении данных потребностей, сестринские вмешательства.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.4**

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В АДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ И ПИТЬЕ**

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОТПРАВЛЕНИЯХ**

***Питание*** – одна из основных фундаментальных потребностей человека. Представляет собой процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищевых веществ. Основные пищевые вещества (*нутриенты*) – это белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины, вода. Среди них выделяют незаменимые, поступающие только с пищей.

***Основные функции органов пищеварения***:

1. ***Двигательная, или моторная*** - осуществляется мускулатурой пищеварительного аппарата и заключается в жевании, глотании, перемешивании и передвижении пищи по пищеварительному тракту и удалении из организма не переваренных остатков. К моторике также относятся движения ворсинок и микроворсинок.
2. ***Секреторная***- связана с выработкой железистыми клетками пищеварительных соков: слюны, желудочного, поджелудочного, кишечного соков и желчи.
3. ***Всасывательная*** - осуществляется слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта. Из полости органа в кровь или лимфу поступают продукты расщепления белков, жиров, углеводов (аминокислоты, глицерин и жирные кислоты, моносахариды), вода, соли, лекарственные вещества.

***Для системы пищеварения здорового человека характерно:***

* отсутствие болей по ходу пищеварительного тракта;
* отсутствие расстройств пищеварения;
* отсутствие изменения цвета кожи и налёта на языке;
* регулярный, безболезненный процесс опорожнения кишечника;
* кал оформленный, без примесей и паразитов.

***Рациональное питание*** – это физиологически полноценное питание с учетом пола, возраста, характера труда, и других факторов. Способствует сохранению здоровья, сопротивляемости организма, физической и умственной трудоспособности. В детском возрасте погрешности в питании необратимы.

**Основы рационального питания:**

* достаточнаяэнергоценность суточного рациона, не превышающая 2170-2400ккал;
* сбалансированность питательных веществ – оптимальное соотношение нутриентов - соотношение Б:Ж:У=1:0,8:3,5 (1:1:4);
* разнообразие ассортимента и приемов кулинарной обработки;
* правильный режим питания: распределение калорийности, интервалы между приемами пищи;
* оптимальные органолептические свойства и условия приема пищи;
* исключать переедание.

***Лечебное питание (диетотерапия)*** – применение в лечебных или профилактических целях специально составленных рационов питания и режима приема пищи. ***Диета (***diaita – греч.) – рацион и режим питания больного человека.

***Основные принципы диетотерапии:***

1. Учет показаний, индивидуальных особенностей и пристрастий пациента.
2. Качественное ограничение или увеличение пищевых веществ (соль, белки.углеводы, жидкость).
3. Учет местного или общего воздействия пищи на организм:

* механическое – объем, степень измельчения (протертые, пюреобразные) и тепловой обработки (варка, тушение, на пару);
* химическое – исключение кислот, эфирных масел, экстрактивных веществ);
* термическое – исключение горячих и холодных блюд (оптимально - 35-370С).

1. Учет калорийности.
2. Режим питания – кратность приемов, распределение приемов с учетом энергоценности.
3. Использование экологически чистых продуктов для приготовления блюд.

***Естественное питание*** – обычное, пероральное. В стационаре четырехразовое: завтрак, обед, ужин и второй ужин. Иногда назначается дробное питание – 5-6 кратное. Малыми порциями.

***Искусственное питание*** – введение питательных веществ в организм, минуя ротовую полость, когда прием пищи естественным путем является невозможным или питание оказывается недостаточным.

**Возможные проблемы пациентов при нарушении потребности есть:**

* Дефицит знаний и умений по

рациональному питанию,

рекомендуемой диете,

необходимости придерживаться предписанной диеты

предписанному режиму активности,

правилам приёма лекарственных средств.

* Невозможность принимать пишу самостоятельно,
* Невозможность естественного питания,
* Снижение аппетита из-за слабости,
* Повышенный аппетит, переедание,
* Злоупотребление диетами,
* Боли в животе,
* Диспепсические расстройства **(**тошнота, изжога, отрыжка, рвота)

**Возможные проблемы пациентов при нарушении потребности пить:**

* вялость, сонливость;
* бледность, сухость кожи, снижение ее эластичности;
* сухость и образование трещин на губах;
* сухость во рту, налет на языке, неприятный запах изо рта;
* снижение количества отделяемой мочи;
* задержка стула (запор),
* инфекции мочевых путей, мочекаменной болезни и другим осложнениям.
* риск развития пролежней и др.

**Причины неадекватного питания и приёма жидкости:**

* потеря аппетита, тошнота;
* боязнь не успеть в туалет;
* нежелание или неудобство мочиться в судно;
* непонимание важности достаточного употребления жидкости;
* отсутствие условий для достаточного употребления жидкости.

**СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В АДЕКВАТНОМ ПИТАНИИ И ПРИЁМЕ ЖИДКОСТИ:**

* Обучить пациента и его родственников принципам рационального питания и необходимости принимать достаточное количество жидкости,
* Обучить пациента и его родственников учёту выпитой жидкости, при необходимости подсчитывать выпитую жидкость пациента лично,
* Обеспечить в помещении для приёма пищи чистоту и нормальную температуру,
* Мыть руки пациенту перед едой,
* Использовать зубные протезы, если они необходимы пациенту,
* Обеспечить пациенту оптимальное положение (в постели положение Фаулера),
* Обеспечить оптимальную температуру пищи и жидкости (горячая пища – 60оС, холодная пища – 20 – 24оС, пища для зондового питания – 36 – 40оС),
* Поощрять пациента употреблять жидкости не менее 1,5-2л в сутки небольшими глоткам, делая 3-5 глотков через каждые 20-30 минут,
* Обеспечить пациента стаканом с чистой водой, находящимся в доступном месте,
* Постоянно предлагать прием жидкости пациенту, согласовывать с ним напитки,
* Поощрять пациента пить жидкость во время еды,
* После еды обеспечить условия пациенту для гигиены полости рта,
* Вести наблюдение за общим состоянием пациента, состоянием кожи и слизистых, за стулом и количеством отделяемой мочи.

**ПОТРЕБНОСТЬ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОТПРАВЛЕНИЯХ.**

**Характеристика физиологических отправлений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Характеристика** | **В норме** | **В патологии** |
| Мочеиспускания | Безболезненно,  4 – 7 раз в сутки,  В ночное время  (22.00-6.00) 0 – 1 раз,  Контроль пациента над мочеиспусканием,  Выделение мочи через уретру | **Поллакиурия** – учащенное мочеиспускание,  **Странгурия** – затрудненное мочеиспускание,  **Ишурия** – острая задержка мочи, при переполненном мочевом пузыре,  **Никтурия** – преобладание мочеиспускания ночью,  **Неудержание мочи**– непроизвольное выделение небольших количеств мочи при физическом напряжении, кашле, напряжении мышц брюшного пресса.  **Недержание мочи**– непроизвольное выделение мочи без позыва, неспособность управлять и контролировать мочевыделение  **Цистостома** – искусственное, хирургически выполненное отверстие в мочевом пузыре |
| Дефекация | Безболезнно,  Стул оформленный,  От 1-2 раз в сутки до 1 раза в 2 дня,  Контроль пациента над дефекацией | **Понос** – частая дефекация, жидким неоформленным стулом.  **Запор** – задержка стула более чем на 48 часов.  **Тенезмы** – ложные позывы на мочеиспускание или дефекацию.  **Недержание кала** – произвольное, безконтрольное выделение стула (бессознательное состояние, заболевания прямой кишки, кишечные инфекции с тяжелым течением).  **Колостома** – искусственное, хирургически выполненное отверстие в толстой кишке.  **Илеостома** - искусственное, хирургически выполненное отверстие в подвздошной кишке. |

***Свойства мочи здорового человека***:

* цвет – соломенно-желтый за счет содержания пигмента урохрома;
* без особого запаха;
* прозрачная;
* плотность (удельный вес) мочи – в течение суток колеблется от 1006 до 1026;
* реакция – слабо кислая;
* белок, сахар, билирубин – отсутствуют;
* соли – в незначительном количестве;
* эритроциты и лейкоциты – единичные;
* цилиндры – отсутствуют;
* бактерии – отсутствуют.

**Возможные проблемы пациентов при нарушении потребности выделять:**

* Дефицит знаний и умений по

рациональному питанию,

применению гигиенических прокладок и подгузников,

уходу за стомами,

программе тренировки мочевого пузыря,

правилам гигиены,

рекомендуемой диете,

необходимости придерживаться предписанной диеты

предписанному режиму активности,

правилам приёма лекарственных средств.

* Невозможность самостоятельно посещать туалет,
* Невозможность естественного выделения,
* Снижение аппетита из-за нежелания ходить в туалет в постели,
* Повышенный аппетит, переедание,
* Трудности при отправлении естественных нужд в непривычном положении,
* Наличие стом,
* Невозможность самостоятельно проводить гигиенические мероприятия,
* Наличие постоянного катетера,
* Риск развития инфекций мочевых путей.

Сестринские вмешательства, должны быть направлены на поддержание максимально возможного комфорта для пациента, и предотвращения инфекции мочевыделительных путей.

***Сестринский уход за тяжелобольным пациентом при недержании мочи***

|  |  |
| --- | --- |
| № | **Сестринские вмешательства** |
| 1 | Поместить пациента в отдельную палату, оказывать психологическую поддержку |
| 2 | Матрац обшить клеёнкой, застелить простынёй, на нее клеенка и сверху пелёнка |
| 3 | Поместить пациентку на слабо надутое резиновое судно в чехле, а пациента снабдить наружным мочеприемником или использовать памперсы |
| 4 | Своевременно опорожнять и дезинфицировать судно, регулярно менять памперсы (каждые 4 часа) |
| 5 | Регулярно подмывать пациента слабым ан6тисептическим раствором |
| 6 | Обеспечить смену белья по мере загрязнения |
| 7 | Проводить регулярный осмотр кожи пациента |
| 8 | Обеспечить регулярное проветривание палаты и проведение влажных уборок |

***Сестринский уход за пациентом при острой задержке мочи***

*Цель сестринского ухода*: способствовать в течение 1 часа появлению самостоятельного мочеиспускания

|  |  |
| --- | --- |
| № | **Сестринские вмешательства** |
| 1 | Выяснить время последнего мочеиспускания, сообщить врачу |
| 2 | Успокоить пациента |
| 3 | Отгородить пациента ширмой; |
| 4 | Обеспечить теплым сухим судном или мочеприемником; |
| 5 | Помочь занять более удобное положение (при отсутствии противопоказаний) |
| 6 | Открыть водопроводный кран |
| 7 | Поместить грелку на низ живота (при отсутствии противопоказаний), провести орошение наружных половых органов теплой водой, по назначению врача – клизма со 100мл теплой воды |
| 8 | Ввести по назначению врача лекарственный препарат |
| 9 | Провести катетеризацию мочевого пузыря |

**Оценка эффективности сестринских вмешательств:**

Производится по достижении результатов по каждой проблеме.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Дайте определение понятию питания.
2. Перечислите основные функции питания.
3. Дайте определение понятию рационального питания.
4. Перечислите основные правила рационального питания.
5. Дайте определение понятию диетотерапия.
6. Перечислите основные принципы диетотерапии.
7. Дайте определения естественного и искусственного питания.
8. Перечислите возможные проблемы пациентов при нарушении удовлетворения потребности в питании.
9. Перечислите возможные проблемы пациентов при нарушении удовлетворения потребности в адекватном потреблении жидкости.
10. Назовите сестринские вмешательства при нарушении потребности в нормальном питании и питье.
11. Охарактеризуйте нормальную функцию выделения пациента.
12. Перечислите патологические отклонения функции выделения.
13. Перечислите возможные проблемы пациентов при нарушении потребности выделять.
14. Назовите сестринские вмешательства при недержании мочи.
15. Назовите сестринские вмешательства при острой задержке мочи.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с признаками нарушения функций нормального питания, питья и физиологических отправлений. Изучили причины проблем пациента, возможные сестринские диагнозы, сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном питании, потреблении жидкости и выделении продуктов жизнедеятельности.

**Теоретическое занятие № 9**

**Цель**: познакомиться с признаками нарушения функций нормального движения, сна. Изучить возможные проблемы пациента с нарушением удовлетворения потребности движения, сна, осуществления личной гигиены и потребности в одежде. Определить цели сестринского ухода при нарушении данных потребностей, возможные сестринские вмешательства.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.5**

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ДВИЖЕНИИ.**

**ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В СНЕ, ОДЕЖДЕ (НАДЕВАНИИ РАЗДЕВАНИИ, ВЫБОРЕ); ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ**

От степени свободы человека очень часто зависит степень его удовлетворенности сестринским уходом. Медицинская сестра должна максимально поощрять пациента самостоятельно двигаться, если нет противопоказаний.

Ограничение подвижности даже короткое время может привести к возникновению множества проблем пациента.

При оценке потребности двигаться, нужно обратить внимание на жалобы пациента:

* боли в суставах,
* утренняя скованность,
* ограничение подвижности отдельных суставов.

**Возможные проблемы пациента, с нарушением потребности двигаться:**

* Дефицит знаний и умений по
* предписанному режиму,
* технике гимнастики,
* рекомендованному питанию,
* приёму лекарственных средств,
* использованию вспомогательных эргономических средств.
* Несоблюдение режима двигательной активности,
* Отсутствие мотивации к изменению физической активности,
* Страх перед потерей трудоспособности,
* Невозможность осуществлять гигиеническийсамоуход из-за тугоподвижности или обездвиженности суставов.

Тяжелобольные, молоподвижные и обездвиженные пациенты имеют высокий **риск потенциальных проблем:**

* риск нарушений целостности кожи: пролежни, опрелости, инфицирование ран;
* риск развития воспалительных изменений в полости рта;
* риск изменений со стороны опорно-двигательного аппарата: гипотрофия мышц и контрактуры суставов;
* риск дыхательных нарушений: застойные явления в легких с возможным развитием пневмонии;
* риск изменений в сердечно-сосудистой системе: гипотония, ортостатический коллапс;
* риск нарушений со стороны мочевыделительной системы: уроинфекция, образование конкрементов;
* риск атонических запоров и метеоризма;
* риск обезвоживания;
* риск падений и травм при перемещениях;
* риск нарушения сна;
* риск дефицита общения.

**Пролежни** - дистрофические, язвенно – некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавливания, сдвига или трения из – за нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

***Давление***– под действием тяжести собственного веса пациента происходит сдавливание тканей между поверхностью, на которой он лежит, и выступами костей - вызывается расстройство кровообращения и иннервации, ишемия тканей, а в последствии – некроз (омертвение). У пожилых – через 2 часа непрерывного сдавливания.

***Смещение****,* ***сдвиг тканей (срезывающая сила****)* – при подтягивании пациента к изголовью кровати, при вытягивании из-под него простыни, при неправильном перемещении пациента и применении пластырей ( при снятии кожа истончается и травмируется).

***Трение*** – поверхностное воздействие на кожу, вызывающее отслаивание эпидермиса и приводящий к нарушению её целостности, усиливается при недержании мочи, обильном потоотделении, влажном нательном или постельном белье.

Профилактические меры пролежней регламентируются

**приказом МЗ РФ от 17.04.2002 № 123 "Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Пролежни"**

**Сестринские вмешательства по профилактике пролежней**

**(***если вовремя начать – в 95 % можно избежать***):**

1. Уменьшить давление на участки костных выступов:
   * использовать противопролежневый матрац, исключить неровный матрац или щит;
   * использовать бельё без грубых швов, пуговиц, застёжек и заплат; регулярно расправлять складки на нательном и постельном белье;
   * менять загрязнённое бельё по мере загрязнения;
   * стряхивать с простыни крошки после кормления пациента;
   * менять загрязнённое бельё по мере загрязнения;
   * каждые 2 часа (даже ночью) менять положение тела пациента с учетом формы заболевания;
   * применять подушки, валики из поролона под суставы;
   * поощрять пациента изменять положение тела в постели с помощью приспособлений, в кресле- каталке (наклоны вперед, приподнимание, опираясь в ручки кресла).
2. Исключить трение кожи и сдвиг тканей:

* правильно размещать пациента в постели: применять упор для стоп, исключать «сползание» подушек;
* правильно перемещать пациента, приподнимая или перекатывая;
* осторожно менять загрязненное белье, подставлять и убирать судно;
* заменить пластырь специальными повязками, клейкими лентами;
* исключить массаж над костными выступами.

1. Проводить оценку состояния кожи:

* осматривать ежедневно, особенно в зонах риска;
* при сухости кожи применять увлажняющий крем, особенно в местах костных выступов;
* при потливости использовать присыпку.

1. Обеспечить качественный гигиенический уход за телом пациента:

* не менее трёх раз в день (при необходимости чаще) обмывать или обтирать кожу тёплой водой с использованием мыла, махрового полотенца;
* использовать 10 % камфарный спирт, антисептики;
* подмывать пациента после каждого мочеиспускания и дефекации;
* при недержании мочи применять памперсы (смена через каждые 4 часа), для мужчин – наружные мочеприёмники.

1. Следить за состоянием постели и нательного белья:

* исключить неровный матрац или щит;
* не применять бельё, с грубыми швами, пуговицами, застёжками, заплатами;
* регулярно расправлять складки на нательном и постельном белье;
* стряхивать крошки после кормления пациента;
* менять загрязнённое бельё по мере загрязнения.

1. Обеспечить пациента адекватным питанием и питьем:

* достаточное количество белка – не менее 120г (мясо, рыба, молочные продукты);
* жидкости не менее 1,5 л в сутки (при отсутствии противопоказаний).

1. Обучить родственников уходу за пациентом.

**ОЦЕНИТЬ СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОЛОЖИТЕЛЬНО МОЖНО ЕСЛИ:**

* Отсутствуют пролежни,
* Мышечный тонус сохранен,
* Нет контрактуры суставов,
* Тугоподвижные суставы восстанавливаются,
* Нет застойных явлений в лёгких,
* Адаптация к особенностям подвижности адекватная.

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА ВО СНЕ И ОТДЫХЕ**

Сон является фундаментальной потребностью человека. Во время сна восстанавливается энергия, затраченная во время активности. Восстановление энергии происходит за счет снижения всех физиологических процессов – падает частота дыхания и сердцебиения, снижается перистальтика кишечника, кора головного мозга практически перестаёт принимать внешние раздражители, температура тела тела к утру достигает своего минимума.

Однако не стоить понимать отдых только сном и пассивным лежанием на диване. Очень важны активные виды отдыха, такие как спорт, активные игры, прогулки на свежем воздухе, занятия медитацией, чтение любимой художественной литературы, занятие хобби, написание картин, рукоделием.

***Сестринская оценка удовлетворения***

***потребности спать и отдыхать.***

При оценке этой потребности нужно учитывать, что чаще сестра опирается на субъективные данные, то есть оценку сна самим пациентом.

Человеку, стремящемуся жить полноценно, свойственно менять свою деятельность. К сожалению, в современном обществе есть тенденция к узкой специализации активности. Люди обычно занимаются работой для получения материальной прибыли, их трудовая деятельность однотипна. Очень часто встречаются трудоголики – люди не умеющие отключатся от своей работы, не знающие как проводить свободное время.

Хронические стрессы, переутомления, неудовлетворительные бытовые условия, хронические заболевания приводят к нарушению потребности спать и отдыхать.

В среднем продолжительность нормального сна у взрослого человека составляет 7 часов, для подростков сон должен быть более продолжительным до 8 – 9 часов в сутки, для детей дошкольного и младшего школьного возраста, кроме 8 – 9 часов ночного сна, предусмотрен дневной сон.

Важно так же качество сна, то есть быстрое засыпание примерно от 7 до 15 минут, глубокий сон, без просыпания, отсутствие храпа и кошмаров. У пожилых сон часто прерывистый, время сна различное от 2 – 3 часов до 7 часов. Короткий и не качественный сон, вызывает множество проблем пациента. Накопленное недосыпание может привести к хронической усталости, нарушению внимания, что в свою очередь ведет к травмам, падениям, авариям и конфликтам. Храп приносит неудобства соседям по палате, а так же вред самому пациенту. Храп опасен для пациента, возможностью возникновения синдрома ночного апноэ – остановки дыхание. Храпящие люди отмечают разбитость по утрам, иногда головные боли, чувство недосыпания. У таких пациентов высокий риск инфарктов и инсультов.

***При оценке потребности необходимо выяснить:***

* в какое время пациент обычно спит,
* качество сна,
* есть проблемы со сном, в течении какого времени они беспокоят,
* факторы, мешающие спать,
* принимает ли пациент снотворные.

Качественному отдыху пациента в стационаре могут мешать следующие причины:

* непривычная постель,
* высокая кровать,
* некомфортный микроклимат,
* неприятные запахи,
* шум, храп (собственный, соседа по палате),
* изменения биоритма,
* голод или переедание,
* переполненный мочевой пузырь,
* необходимость в дефекации,
* боль.

***СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАРУШЕНИИ СНА***

1. Обеспечить свежий воздух и оптимальную температуру в помещении.
2. Обеспечить комфортное состояние постели, одежды.
3. Обеспечить тишину и приглушенный свет.
4. Исключить обильный приём пищи и жидкости перед сном, приём кофе и крепкого чая.
5. Обеспечить опорожнение кишечника и мочевого пузыря.
6. Соблюдать распорядок дня.
7. Обеспечить обезболивание.

Оценить сестринские вмешательства положительно можно если пациент субъективно отмечает улучшение качества сна или его продолжительность.

**ПОТРЕБНОСТЬ В НАДЕВАНИИ, РАЗДЕВАНИИ, ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЕ.**

В разные периоды жизни потребность в личной гигиене разная, как и потребность в одежде.

В юном возрасте огромное внимание уделяют внешнему виду и самовыражению через одежду. Со стороны кожи наблюдается повышенное потоотделение, угревая сыпь. Для ухода рекомендуют средства со слегка подсушивающими антисептиками.

В зрелом возрасте человек достигает пика независимости в выборе одежды, проблем с личной гигиеной обычно не возникает.

В престарелом возрасте человек уделят внешнему виду гораздо меньшее внимание, зачастую ему не важно, как он выглядит. Кожа склона к сухости и нарушению целостности. Для ухода за такой кожей необходимы деликатные смягчающие, увлажняющие и защитные средства.

Однако когда мы говорим о пациентах, то общие правила на нихмогут не распространятся, и подход должен быть индивидуальным.

**ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА:**

* Дефицит знаний и умений
* по использованию гигиенических средств,
* о необходимости гигиенических мероприятий наружных половых органов,
* о правилах гигиены полости рта,
* Невозможность стричь ногти,
* Невозможность самостоятельно принимать душ, ванну,
* Невозможность выбирать одежду и самостоятельно переодеваться,
* Невозможность самостоятельно проводить утреннюю и вечернюю гигиену,
* Зависимость от посторонних при подмывании.

**ОЦЕНИВАЯ РЕЗУЛЬТАТ:**

Убедитесь в том, что пациент максимально самостоятельно проводит все доступные ему гигиенические мероприятия, что у пациента не возникает новых проблем.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Перечислите возможные проблемы пациентов при нарушении удовлетворения потребности двигаться.
2. Перечислите потенциальные проблемы малоподвижных и обездвиженных пациентов.
3. Дайте определение понятию пролежни.
4. Назовите документ, регламентирующий профилактические мероприятия, направленные на профилактику пролежней.
5. Назовите сестринские вмешательства по профилактике пролежней.
6. Охарактеризуйте сестринскую оценку удовлетворения потребности спать и отдыхать.
7. Перечислите возможные причины некачественного сна.
8. Назовите сестринские вмешательства при нарушении сна пациента.
9. Перечислите возможные проблемы пациентов при нарушении удовлетворения потребности в надевании, раздевании и личной гигиене.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с признаками нарушения функций нормального движения, сна. Изучили возможные проблемы пациента с нарушением удовлетворения потребности движения, сна, осуществления личной гигиены и потребности в одежде, а так же изучили возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения данных потребностей.

**Теоретическое занятие № 10**

**Цель**: познакомиться с системой терморегуляции, путями теплоотдачи и особенностями потребности в поддержании нормальной температуры тела в различные возрастные периоды. Познакомиться с понятиями гипер- и гипотермии. Изучить потенциальными проблемами пациента при нарушении потребности в безопасной среде, и возможные сестринские вмешательства, направленные на их профилактику.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.6**

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

Организм человека удерживает определенную Т тела на относительно постоянном уровне (физиологические колебания в течение дня 0,3-0,50С) независимо от колебаний климата. Это происходит за счет нейрогуморальных процессов терморегуляции – процессов теплопродукции и теплоотдачи. Система терморегуляции состоит из периферических терморецепторов (кожи, кровеносных сосудов) и центральных (гипоталамуса, щитовидной железы, надпочечников). Образование тепла происходит в результате окислительных процессов во всех органах и тканях, но с различной активностью. Больше тепла образуют ткани, совершающие активную работу, меньше – соединительная ткань, кости, хрящи.

В условиях высоких температур повышается теплоотдача. Пути теплоотдачи:

* теплоизлучение – расширение кровеносных сосудов (гиперемия кожи - покраснение);
* испарение влаги – за счет потоотделения;
* теплопроведение – отдача тепла окружающим предметам.

При снижении Т окружающей среды теплообразование усиливается, а теплоотдача уменьшается:

* уменьшение теплоизлучения за счет усиления сократительной способности мышц (дрожь, озноб, «гусиная кожа») и сужения кровеносных сосудов (бледность кожи);
* уменьшение испарения - за счет уменьшения потоотделения.

**Температура тела человека зависит от возраста:**

* новорожденные – 36,8-37,20С, - обменные процессы интенсивны, а механизмы терморегуляции не совершенны;
* взрослые - 36,0-37,0 0С;
* пожилые – 35,5-36,5 0С – обменные процессы медленнее.

Т в полости рта и в прямой кишке 36,7-37,3 0С.

Понижение Т ниже 35,50с – гипотермия.

***Лихорадка*** (гипертермия) - повышение температуры тела выше 37,00С. Это – защитно-приспособительная реакция организма в ответ на воздействие «пирогенных факторов» - микробов, токсинов, продуктов распада собственных тканей организма. Пирогены вызывают в организме нарастание процессов теплопродукции и снижение теплоотдачи, что ведет к накоплению тепла. Гипертермия приводит к гибели микробов, к выработке факторов защиты организма.

***Виды лихорадки по высоте Т тела:***

* ***Субфебрильная*** - 37,1-3-38,00С.
* ***Фебрильная*** - 38,1-3-39,00С.
* ***Пиретическая (высокая)*** - 39,1-3-41,00С.
* ***Гиперпиретическая (сверхвысокая)*** – выше 41,00С.

**ГИПОТЕРМИЯ.**

Состояние организма человека, при котором температура его тела становится ниже 35 °С, называют гипотермией. Наиболее быстро гипотермия возникает при погружении организма в холодную воду. Если человек находится в воде в неподвижном состоянии, то через некоторое время температура тела начинает падать, снижается интенсивность обмена веществ, замедляется дыхание, урежаются сердечные сокращения, снижается сердечный выброс, понижается артериальное давление. Если же человек плавает, то в результате работы скелетных мышц включается механизм сократительноготермогенеза, который компенсирует усиленную теплоотдачу в холодной воде.

В хирургической практике используется искусственная гипотермия с охлаждением тела до 24оС —28оС при операциях на сердце и ЦНС. Искусственная гипотермия значительно снижает интенсивность обмена веществ в ЦНС и, как следствие, потребность ее в кислороде. Пациенты легче переносят временное выключение сердечной деятельности и остановку дыхания.

**Первая помощь при переохлаждении.**

Главное, что требуется сделать, - прекратить воздействие на организм человека холода. Для этого его следует занести или завести в теплое помещение. Если сделать это не представляется возможным, необходимо уложить пациента в место, защищенное от осадков и ветра. Сразу же нужно избавиться от мокрой одежды, а затем завернуть пострадавшего в сухое одеяло или надеть сухую одежду. Если человек в сознании, следует дать ему выпить горячие чай, воду, морс или молоко. Не растирайте кожу снегом или грубыми тканями.

Переохлаждение организма можно устранить, если поместить пациента в теплую ванну (t +18оС), температуру воды нужно постепенно повышать, но не более чем до +38оС - +40оС градусов. По окончании водных процедур пострадавшего следует уложить в согретую постель и обложить грелками. Если их нет, можно использовать бутылки с горячей водой.

В том случае, когда человек находится без сознания, необходимо контролировать его пульс и дыхание. Если они отсутствуют, нужно немедля приступать к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца. Когда первая помощь при переохлаждении оказана, следует доставить человека в больницу, даже в том случае если его состояние удовлетворительное на первый взгляд и опасений не вызывает.

**ПОТРЕБНОСТЬ ПАЦИЕНТА**

**В БЕЗОПАСНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ.**

Пациенты с различными заболеваниями могут испытывать различные проблемы, связанные с нарушением потребности в безопасности. Однако все пациенты подвергаются непосредственным вредным воздействием больничной среды:

* Риск термических и химических ожогов,
* Риск отравления лекарственными и дезинфицирующими средствами,
* Риск поражения электрическим током при проведении медицинских процедур,
* Риск получения травм при самостоятельном движении и перемещении медицинскими сестрами.

**Сестринские вмешательства, направленные на снижение риска ожогов:**

* контроль температуры воды при водолечении и во время гигиенических процедур – использование водного термометра, наблюдение за состоянием пациента во время процедуры;
* соблюдать технику безопасности при работе с открытым источником огня;
* предотвращать химические ожоги – контроль при постановке горчичников, полуспиртового компресса, йодной сетки и др.
* запрещать пациентам разжигать огонь в отделении;
* следить за соблюдением противопожарной безопасности в отделении – наличие плана эвакуации, средств тушения.

**Сестринские вмешательства, направленные на снижение у пациентов риска отравлений:**

* соблюдать требования к хранению и использованию дезсредств в лечебных отделениях – хранить в проветриваемых помещениях, в запирающихся шкафах, в закрытых емкостях, исключив доступ к ним пациентов;
* соблюдать требования к хранению медикаментов – хранить в запирающихся шкафах или холодильниках, на маркированных полках, в промаркированных емкостях;
* соблюдать требования к использованию медикаментов – контролировать срок годности, целостность упаковки, производить визуальный и органолептический контроль пригодности;
* исключать токсическое воздействие паров ртути в случае разбивания термометров;
* соблюдать требования к хранению продуктов, принесенных родственниками пациентов – хранение в холодильнике.контролировать срок годности и качество;
* контролировать доставку продуктов питания в лечебное отделение и их хранение в буфетной.
* контролировать условия питания пациентов.

**Сестринские вмешательства, направленные на снижение у пациентов риска поражения электрическим током:**

* следить за использованием только исправного, заземленного электрооборудования;
* следить за сохранением целостности электропроводки;
* следить за исправностью электрических розеток;
* запрещать пациентам выдергивать вилку из розетки за шнур;
* исключить использование электроприборов в местах с повышенной влажностью;
* запрещать выключение электроприборов влажными руками;
* запрещать пользовании электроприбора и одновременно касаться радиаторов,

водопроводных труб и других замеленных металлических конструкций;

* запрещать перегружать электрическую сеть;
* следить, чтобы провода от электрооборудования не касались тела пациента.

**Сестринские вмешательства, направленные на снижение у пациентов риска травматизма:**

* выявить имеющиеся факторы риска падения – возраст старше 65 лет, нарушение зрения, расстройство походки, дезориентированность, спутанность сознания, медикаментозное лечение (транквилизаторы, седативные, снотворные препараты);
* привести кровать в максимально низкое положение, использовать тормоз и боковые заграждения;
* чаще наблюдать пациента, разместить предметы первой необходимости (стакан с водой, очки) в доступном месте;
* обеспечить пациента средством связи с медсестрой;
* обеспечить ночное освещение;
* исключить влажный пол, лишние предметы на пути перемещения пациента;
* оказывать пациенту помощь при перемещении.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Расскажите, из каких элементов состоит система терморегуляции человека.
2. Перечислите пути теплоотдачи.
3. Перечислите физиологические показатели нормальной температуры в различных возрастных категориях.
4. Дайте определение гипертермии.
5. Перечислите виды лихорадки по высоте подъёма температуры.
6. Дайте определение понятию гипотермии.
7. Расскажите о первой помощи при гипотермии.
8. Перечислите потенциальные проблемы пациента, при нарушении потребности в безопасности.
9. Назовите сестринские вмешательства, направленные на снижение риска ожогов.
10. Назовите сестринские вмешательства, направленные на снижение у пациентов риска отравлений.
11. Назовите сестринские вмешательства, направленные на снижение у пациентов риска поражения электрическим током.
12. Назовите сестринские вмешательства, направленные на снижение у пациентов риска травматизма.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с системой терморегуляции, путями теплоотдачи и особенностями потребности в поддержании нормальной температуры тела в различные возрастные периоды, а так же с понятиями гипер- и гипотермии.

Изучили потенциальные проблемы пациента при нарушении потребности в безопасной среде, и возможные сестринские вмешательства, направленные на их профилактику.

**Теоретическое занятие № 11**

**Цель**: познакомиться с этапами развития навыков общения, факторами, влияющими на способность пациентов общаться. Изучить проблемы пациентов при нарушении потребности общаться и сестринские вмешательства, направленные на решение этих проблем. Повторить правила общения с пациентом. Познакомиться с проблемами пациентов при нарушении потребности трудиться и отдыхать, а так же с возможными сестринскими вмешательствами для решения данной проблемы.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.7**

**ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В ОБЩЕНИИ; ТРУДЕ И ОТДЫХЕ.**

Человек живет и развивается под влиянием общества, в свою очередь, оказывая воздействие на своё окружение. У каждого индивидуальные способности и потребность в общении, зависит она от психологических особенностей, физиологического состояния и возраста, окружающей обстановки, социальных факторов.

***Этапы развития навыков общения в разные возрастные периоды:***

* Детство – формирование навыков общения,
* Юность – расширение навыков общения и взаимоотношений,
* Зрелость – применение различных форм общения,
* Старость – угасание навыков общения, распад взаимоотношений.

Способности общения у каждого пациента различны, на качество общения могут влиять различные факторы.

***Психологический фактор в общении:***

* Интеллект,
* Манера разговора,
* Уверенность в себе,
* Настроение,
* Темперамент,
* Настойчивость.

***Физиологические особенности:***

* Способность слышать (снижение слуха, глухота),
* Особенности зрения (слепота, сужение полей зрения),
* Способность говорить (заикание, дефекты речи, немота),
* Умение писать и читать,
* Возможность жестикулировать.

***Социальные факторы:***

* Знание языка,
* Нормы поведения, воспитания,
* Внешний вид, одежда, украшения.

***Окружающая обстановка:***

* Шум,
* Свет,
* Температура воздух,
* Обстановка.

***Проблемы пациентов, при нарушении потребности общаться:***

* Зависимость от своего заболевания или состояния (врожденная патология, инсульт),
* Нарушение познавательной способности (аутизм, шизофрения, утрата чувства собственного достоинства, болезнь Альцгеймера),
* Нарушения речи (сухость во рту, фарингит, ангина, дефекты строения полости рта, заикание, трахеостомия, операции на голосовых связках),
* Афазия - потеря речевой функции (опухоли мозга, инсульты, травмы головы),
* Нарушения слуха (звон в ушах, снижение слуха),
* Нарушение зрения (слепота, снижение остроты зрения).

***Сестринские вмешательства*** направлены на обеспечение пациенту достойного уровня общения, с учетом его потребностей и особенностей. Необходимо использовать все доступные средства и стили общения в рамках профессиональной компетенции и норм этики.

Например предоставляя возможность писать, если пациент не может говорить, или использовать рисунки если есть проблема понимания.

**ПРАВИЛА** **ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ**

1. Беседу с пациентом начинайте с указания Вашего имени и долж­ности, а также сообщения цели беседы. Обращайтесь к Вашему пациенту только по имени-отчеству и на "Вы".
2. Смотрите пациенту в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобри­тельно кивайте. Открытое лицо, скрытые мысли.
3. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Это очень важно!
4. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, с каждым на его языке.
5. Поощряйте вопросы Вашего пациента.
6. Обеспечьте тишину и конфиденциальность Вашей беседы.
7. Внимательно слушайте.
8. Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.
9. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологической атмосферы.
10. Поддерживайте пациента поощрительными замечаниями после каждого удачного действия. Реагируйте на каждое движение. Очень важно при этом прикасаться к пациенту: поглаживать по спине, нежно взять за локоть или за руку, чтобы похвалить.

**"НЕТ" ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ**

1. Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.
2. Не раздражайтесь, если приходится снова и снова задавать один и тот же вопрос.Не повышайте голоса!
3. Не всегда можно ожидать блестяще выполненное задание после Ваших инструкций.
4. Не нагружайте больного слишком большой ответственностью.
5. Не требуйте точной идентификации имен мед.персонала, названий предметов или лекарств.
6. Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к Вам.
7. Не ругайтесь и не спорьте с пациентами.
8. Говорите с пациентами конкретно - не давайте им возможность большого выбора.
9. Не показывайте своих чувств, особенно если расстроены.

***Оценка эффективности:***

Цель можно считать достигнутой, если пациент понимает вербальную или невербальную речь, может общаться с окружением и близкими на возможном для него уровне.

**ПОТРЕБНОСТЬ В ТРУДЕ И ОТДЫХЕ.**

Труд в нашем привычном понимании это способ зарабатывания денег. Однако труд это не только получение финансового благополучия для себя и своей семьи и социального статуса, но и самореализация, признание коллег и общества.У каждого человека своё представление об отдыхе. Для одного отдых это спорт, для другого прогулки на отдыхе, для третьего это возможность побыть в одиночестве и заняться рукоделием. Важно чтобы активность человека менялась во время труда и отдыха. Если человек работает физически, то отдых может состоять в чтении книг, походе в театр или на выставку. Если наш пациент занят малоподвижным интеллектуальным трудом, то лучше, что бы отдых был активным – пешие или велосипедные прогулки. Хотя нужно отметить необходимость во всех видах отдыха для представителей любых профессий.

***В разном возрасте трудовая деятельность людей различна:***

***Детство*** – игра, учёба – выбор отдыха зависит от желания родителей.

***Юность*** – выбор и получение профессии – выбор отдыха зависит от режима учёбы, собственных желаний, финансовых возможностей родителей и своих.

***Зрелость*** – повышение профессионализма, продвижение по службе, смена работы, обучение новым специальностям – выбор отдыха зависит от собственных желаний, возможностей семьи.

***Пожилой возраст*** – выход на пенсию – отдых зависит от физического здоровья, финансовых возможностей и в меньшей степени от собственного выбора.

**Проблемы пациента при нарушении потребности трудиться и отдыхать:**

* Потеря или изменения социального статуса,
* Неблагоприятное воздействие условий труда,
* Инвалидизация,
* Утрата способности выполнять привычную работу,
* Потеря заработка,
* Утрата смысла жизни,
* Невозможность выбирать вид отдыха в условиях стационара,
* Невозможность заниматься спортом.

**Сестринские вмешательства** при нарушении потребности трудиться и отдыхать:

* психологическая помощь пациенту в процессе адаптации к своему состоянию,
* предоставление пациенту самостоятельного выбора или коррекции своего режима в рамках предписанной двигательной активности,
* информирование пациента о возможностях перепрофилирования и получения новой специальности.

**Оценка эффективности:**

Цели поставленные на третьем этапе сестринского процесса можно считать достигнутыми если пациент:

* Независим при выборе труда и отдыха,
* Адаптировался к условиям ЛПУ и может выбирать посильную деятельность,
* Адаптировался к последствиям инвалидности, и может выполнять посильную работу,
* Получает удовольствие от доступного отдыха.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Охарактеризуйте этапы развития навыков общения в разные возрастные периоды.
2. Перечислите психологические факторы, влияющие на общение.
3. Перечислите физиологические особенности пациентов, влияющие на общение.
4. Перечислите социальные факторы, влияющие на общение.
5. Назовите проблемы пациентов, принарушении потребности общаться.
6. Перечислите правила терапевтического общения.
7. Перечислите, что не должна делать медицинская сестра при общении с пациентом.
8. Назовите проблемы пациента при нарушении потребности трудиться и отдыхать.
9. Расскажите о сестринских вмешательствах при нарушении потребности трудиться и отдыхать.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с этапами развития навыков общения, факторами, влияющими на способность пациентов общаться, с проблемами пациентов при нарушении потребности трудиться и отдыхать. Изучили сестринские вмешательства, направленные на решение этих проблем. Повторили правила общения с пациентом.

**Теоретическое занятие № 12**

**Цель**: познакомиться с различными методиками оценивания боли.сестринскими вмешательствами при боли. Изучить современные принципы обезболивания, группы фармацевтических препаратов, применяющихся при обезболивании, дополнительные методы обезболивания, обязанности медицинской сестры при боли.

**ПМ. 04 МДК 04.01 Тема 2.8**

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БОЛИ.**

***I. ЭТАП - ОБСЛЕДОВАНИЕ***

Первичную оценку боли дать достаточно сложно, поскольку боль - это субъективное ощущение, включающее в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты. При первичной, текущей и итоговой оценке, проводимой с участием пациента, за отправную точку следует брать субъективные ощущения пациента.

Прежде всего, следует определить локализацию боли. Вначале, как правило, человек указывает на достаточно большой участок, затронутый болью. Однако при более детальном расспросе этот участок оказывается меньшего размера и более локализованным.

Далее следует выяснить возможную причину и время появления боли, условия исчезновения боли, а также её продолжительность, факторы, усиливающие или ослабляющие боль.

Интенсивность боли должна быть оценена, исходя из ощущения этой боли самим пациентом, и не обязательно определяется по его реакции на боль.

**Для этого может быть использована шкала оценки боли.**

1. **ВЕРБАЛЬНЫЕ РЕЙТИНГОВЫЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ БОЛИ**

Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем словесной оценки.

Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4-балльная вербальная шкала оценки боли** | | **5-балльная вербальная шкала оценки боли** | |
| Нет боли | 0 | Нет боли | 0 |
| Слабая боль | 1 | Слабая боль | 1 |
| Боль средней интенсивности | 2 | Боль средней интенсивности | 2 |
| Сильная боль | 3 | Сильная боль | 3 |
| Очень сильная боль | 4 |

1. **ВЕРБАЛЬНАЯ ОПИСАТЕЛЬНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ**

При использовании вербальной описательной шкалы у пациента необходимо выяснить, испытывает ли он какую-либо боль прямо сейчас. Если боли нет, то его состояние оценивается в 0 баллов. Если наблюдаются болевые ощущения, необходимо спросить: «Вы могли бы сказать, что боль усилилась, иди боль невообразимая, или это самая сильная боль, которую вы когда-либо испытывали?» Если это так, то фиксируется самая высокая оценка в 10 баллов. Если же нет ни первого, ни второго варианта, то далее необходимо уточнить: «Можете ли вы сказать, что ваша боль слабая, средняя (умеренная, терпимая, несильная), сильная (резкая) или очень (особо, чрезмерно) сильная (острая)».

Таким образом, возможны шесть вариантов оценки боли:

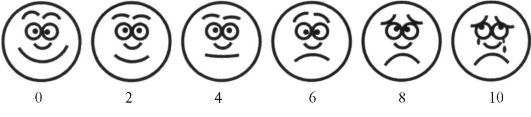
* **0** - нет боли;
* **2** - слабая боль;
* **4** - умеренная боль;
* **6** - сильная боль;
* **8** - очень сильная боль;
* **10** - нестерпимая боль.

Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, например между умеренной (4 балла) и сильной болью (6 баллов), то боль оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями (5 баллов).

1. **ЛИЦЕВАЯ ШКАЛА БОЛИ**

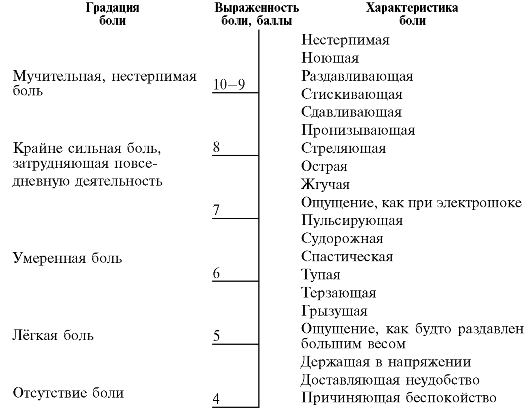
Авторы разработали шкалу с целью оптимизации оценки интенсивности боли ребенком, используя изменение выражения лица в зависимости от степени испытываемой боли.

Шкала представлена картинками семи лиц, при этом первое лицо имеет нейтральное выражение. Последующие шесть лиц, изображают нарастающую боль. Ребенок должен выбрать то лицо, которое, по его представлению, лучше всего демонстрирует тот уровень боли, которую он испытывает.



1. **ВИЗУАЛЬНАЯ ШКАЛА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ**.

Инструкция для пациента: Сопоставьте слово (слова), которое соответствует Вашей боли, с цифрой на прямой линии, которая покажет степень тяжести Вашей боли. Проведите стрелку от этого слова к цифре или скажите медицинской сестре.



**Можно использовать сразу несколько методик для определения интенсивности боли, это улучшит качество сестринского обследования.**

### *II. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ БОЛИ*

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

### *III. СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛИ*

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

Несмотря на то что медицинские сёстры не назначают медикаментозного лечения, их роль в проведении лекарственной терапии огромна. По назначению врача медицинская сестра должна контролировать правильность применения препарата (через рот, под язык), а также вводить лекарственное средство подкожно, внутримышечно, внутривенно.  
Очень важно, чтобы сестра понимала, как работает то или иное болеутоляющее средство. В этом случае она сможет совместно с пациентом проводить текущую оценку адекватности обезболивания.

****

Симптоматическое обезболивание включает лекарственные средства, физиотерапию и психотерапию.

Дозу анальгетика следует подбирать индивидуально, предпочтение отдавать пероральному применению.

***Виды анальгетиков:***

* Ненаркотические анальгетики – аспирин, парацетамол…
* Слабые опиаты – кодеин…
* Сильнодействующие опиаты – морфин, метадон, промедол, омнапон…

***Вспомогательные лекарственные средства:***

* Противосудорожные – фентоин, карбомозепин…
* Нейролептики – галаперидол, хлорпромазин…
* Транквилизаторы – диазепам…
* Антидепрессанты – амитриптилин…

***Принципы назначения анальгетиков:***

***1 принцип*** – назначение анальгетики «по часам», доза подбирается с учётом силы и характера боли, постепенно увеличивается, пока больной не почувствует облегчения.

***2 принцип*** – назначение анальгетиков «по восходящей» - принцип «обезболивающией лестницы»

***1 ступень*** – ненаркотический анальгетик + вспомогательный препарат.

***2 ступень*** – слабый опиат + ненаркотический анальгетик +

вспомогательный препарат.

***3 ступень*** – сильнодействующий анальгетик.

***Медсестра должна проинструктировать:***

* О регулярности приёма анальгетика – каждые 4 часа.
* Первый и последний приёмы – во время пробуждения и отхода ко сну , соответственно.
* Дополнительное время приёма – 10 – 14 – 18 часов.
* Об эффективности такой схемы.
* О дозе, как принимать, чем запивать.
* О возможных побочных эффектах – тошнота, сонливость, запоры.

***Дополнительные приёмы обезболивания:***

* Физические – изменение положения тела, применение тепла или холода, массаж.
* Физиологические – общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления, гипноз.

**Рекомендуемый план ухода при боли (у взрослого пациента):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Проблема пациента** | **Цель** | **Сестринские вмешательства** |
| Боль в области ... | Пациент не будет испытывать боль (боль уменьшится), в результате сестринских вмешательств в течение … (указать период). | * 1. Провести оценку интенсивности боли используя линейки (указать какую использовали, кем проводилась оценка) |
| * 1. Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. |
| * 1. Применять анальгетики в соответствии с назначением врача, проводить оценку эффективности, консультироваться с врачом при неадекватной анальгезии. |
| * 1. Помогать пациенту занять положение уменьшающее боль (вынужденное). |
| * 1. Объяснять пациенту проводимые вмешательства, дать возможность выразить свои страхи и эмоции. |
| * 1. Использовать дополнительные приёмы обезболивания. |

### *IV. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛИ*

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

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

Шкала, приведённые ниже, поможет объективной оценке уменьшения боли:

**Шкала для характеристики ослабления боли:**А - боль полностью исчезла;  
Б - боль почти исчезла;  
В - боль значительно уменьшилась;  
Г- боль уменьшилась слегка;  
Д - нет заметного уменьшения боли.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Перечислите методики оценки боли.
2. Перечислите факторы, усиливающие боль.
3. Перечислите факторы, уменьшающие болевые ощущения.
4. Назовите группы анальгетиков.
5. Назовите группы лекарственных препаратов, применяемых при боли.
6. Расскажите о принципах применения анальгетиков.
7. Расскажите об обязанностях медицинской сестры при болях у пациента.

**ВЫВОДЫ**: в результате проведённого теоретического занятия, обучающиеся познакомились с различными методиками оценивания боли.сестринскими вмешательствами при боли. Изучили современные принципы обезболивания, группы фармацевтических препаратов, применяющихся при обезболивании, дополнительные методы обезболивания, обязанности медицинской сестры при боли.

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1**

**Тема**: Общение в сестринском деле

**Место проведениязанятия**: учебная аудитория

**Время проведения** – 6 часов

**Оснащение занятия**:

Ноутбук, DVD – телевизор, интерактивная доска, методический материал, фильмы, презентации.

**Цель**: углублённое изучение принципов осуществления эффективного общения с пациентом и его окружением в процессе консультирования по вопросам ухода и самоухода, соблюдая принципы профессиональной этики.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения ПМ 04 МДК 04.01 тема 1.3 должен:

**Знать:**

1. Перечислить уровни, виды и типы общения, стили общения.
2. Назвать элементы эффективного общения.
3. Рассказать о факторах, препятствующих и способствующих эффективному общению
4. Перечислить каналы и функции общения
5. Рассказать правила эффективного общения.

**Уметь:**

1. Интерпретировать нарушенные потребности пациента
2. Использовать правила общения с пациентом и его окружением
3. Разработать план консультирования пациента и его родственников по вопросам ухода и самоухода.

**Владеть:**

1. Разработать и подготовить памятку для пациента по вопросам ухода и самоухода.

**ПЛАН И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ (270 МИНУТ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этапы занятия** | **Описание деятельности** | **Время** |
| * 1. Организационный момент | Проверка присутствующих, внешнего вида. Подготовка к работе. | 5 минут |
| 1. Знакомство с темой занятия | Определение целей и задач занятия, плана занятия. Актуализация темы с целью начальной мотивации и мобилизации внимания. | 10 минут |
| 1. Определение исходного уровня знаний | Фронтальный опрос по теме с целью выявления исходного уровня знаний, терминологические контроль. | 30 минут |
| 1. Анализ исходного уровня знаний | Обсуждение ошибок | 10 минут |
| 1. Работа с методическими пособиями | Работая с методическими пособиями, студенты проводят конспектирование законодательных актов:  «Этический кодекс медицинской сестры Российской Федерации»,  Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, статья 30 «Права пациента» | 90 минут |
| 1. Практическая работа студентов. | Решение ситуационных задач по теме.  Работа в малых группах.  Обсуждения вариантов решения, возникающих вопросов.  Составление памятки для пациента по уходу и самоуходу. | 90 минут |
| 1. Итоговый контроль | Задание в тестовой форме. | 25 минут |
| 1. Подведение итогов занятия |  | 5 минут |
| 1. Задание на дом |  | 5 минут |

**Контрольные вопросы по теме «Общение в сестринском деле»**

1. Дайте определение понятия биоэтики.
2. Назовите основные проблемы биоэтики.
3. Дайте определение понятия общения.
4. Назовите уровни общения.
5. Перечислите известные Вам стили общения
6. Назовите элементы эффективного общения по Лассуэллу.
7. Перечислите психологические типы собеседников.
8. Назовите особенности поведения медицинской сестры с различными типами собеседников.
9. Назовите средства общения.
10. Перечислите правила эффективной устной речи.
11. Перечислите правила эффективной письменной коммуникации.
12. Назовите невербальные средства общения и их влияние на эффективность коммуникации.
13. Перечислите зоны комфорта, и значение этих показателей на общение с пациентом.
14. Назовите правила эффективного общения с пациентом.

**Терминологический контроль к практическому занятию**

**«Общение в сестринском деле»**

**Вариант 1.**

1. Медицинская этика.
2. Субъективное обследование.
3. Здоровье.
4. Настоящие проблемы.
5. Приоритетные проблемы.
6. Краткосрочные цели.
7. Вербальное общение.
8. Доминантный собеседник.

**Вариант 2**

1. Биоэтика.
2. Объективное обследование.
3. Болезнь.
4. Потенциальные проблемы.
5. Промежуточные проблемы.
6. Долгосрочные цели.
7. Невербальное общение.
8. Мобильный собеседник.

**Терминологический контроль - эталоны ответов**

**«Общение в сестринском деле»**

**Вариант 1**

1. **Медицинская этика** – составная часть общей этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинского работника.
2. **Субъективное обследование** – опрос пациента и/или его окружения.
3. **Здоровье (ВОЗ*)*** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия.
4. **Настоящие проблемы**  – есть у пациента в момент обследования
5. **Приоритетныепроблемы** - требуют срочных мероприятий, часто опасны для жизни (одышка, удушье).
6. **Краткосрочныецели** – должны быть выполнены неотложно или в период до одной недели (максимум двух).
7. **Вербальное общение** – словесное и письменное.
8. **Доминантный собеседник** – настроенный прежде всего на влияние и воздействие

**Вариант 2**

1. **Биоэтика** - это наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника в условиях использования новых медицинских технологий
2. **Объективное обследование** – непосредственный осмотр пациента.
3. **Болезнь** – нарушение жизнедеятельности организма
4. **Потенциальные проблемы пациента** – их сейчас нет, но могут появиться.
5. **Промежуточныепроблемы** - не требуют экстренных мер, не опасные для жизни.
6. **Долгосрочные** цели – достигаются за более длительный период времени, в течение многих недель.
7. **Невербальное общение –** использование при общении жестов, мимики, выражение лица и др.
8. **Мобильный собеседник**– легко переключающийся с любого вида деятельности на процесс общения.

**Критерии оценки**

**«5» -** все ответы правильные, или 1 неправильный (2 неполных)

**«4» -** 2 неправильных ответа (3 неполных)

**«3» -** 3 неправильных ответа (4 неполных)

**«2» -** 4 неправильных ответа и более

**задание в тестовой форме**

**«ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**ВАРИАНТ 1**

**Выберите один правильный ответ**

1. **Второй этап сестринского процесса –**

А) сестринское обследование

Б) установление проблем пациента

В) планирование объема сестринских вмешательств

1. **К субъективному методу сестринского обследования относится**

А) расспрос пациента

Б) измерение АД

В) осмотр пациента

1. **Определение потребностей пациента сестра выявляет в период:**

А) постановка целей ухода

Б) обследование пациента

В) определения объема сестринских вмешательств

1. **Документирование этапов сестринского процесса осуществляют в:**

А) медицинской карте наблюдения за пациентом

Б) листе назначений

В) сестринской истории пациента

1. **Социальная проблема пациента –**

А) конфликт в семье

Б) страх операции

В) нарушение сна

1. **Обмен информации между двумя и более людьми – это:**

А) доклад

Б) выступление

В) общение (коммуникация)

1. **Цель общения – это намерение:**

А) сознательное

Б) скрытое

В) неосознаваемое

1. **Невербальные сигналы общения являются показателями:**

А) целей общения

Б) психологического состояния общающегося

В) мобилизации внимания

1. **Позы при общении в культуре разных этнических групп и народов имеют значение:**

А) разное

Б) одинаковое

В) не имеют значения

1. **Нормальная социальная дистанция при общении составляет:**

А) 0-45 см

Б) 45-120 см

В) 120- 400 см

1. **В общении с пациентами с нарушением зрения наибольшее значение имеют:**

А) жесты, мимика

Б) позы, внешний вид

В) прикосновения, личная дистанция

1. **По скорости речи можно судить о:**

А) темпераменте человека

Б) степени застенчивости

В) влиянии интеллекта, продуманности речи

1. **Если мы хотим изменить мнение собеседника, прибегаем к технике:**

А) контраргументации

Б) аргументации

В) обратной связи

1. **Одна из самых главных техник эффективного межличностного общения с пациентами, коллегами, родственниками – техника:**

А) ориентировки в собеседнике

Б) активного слушания

В) обратной связи

1. **В назревающей конфликтной ситуации необходимо, прежде всего:**

А) касаться партнера рукой в процессе

Б) подчеркнуть общность взглядов

В) дать партнеру выговориться диалога

1. **Установите соответствие между цифрой и буквами**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Уровень общения 2. Средство общения | **А**. Внутриличностное  **Б**. Вербальное  **В**. Интеллектуальное  **Г.** Межличностное  **Д.** невербальное |

1. **Установите соответствие зонального пространства**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. >3,6 м 2. 1,2 – 3,6 м 3. 0,46 – 1,2 м 4. 0,15 – 0,45 м 5. <0,15 м | **А.** Социальное  **Б.** Интимное  **В.** Сверхинтимное  **Г.** Персональное  **Д.** Общественное |

**задание в тестовой форме**

**«ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**ВАРИАНТ 2**

**Выберите один правильный ответ**

1. **Первый этап сестринского процесса –**

А) сестринское обследование

Б) планирование объема сестринских вмешательств

В) определение целей сестринского ухода

**2. К объективному методу сестринского обследования относится**

А) расспрос пациента

Б) изучение медицинской документации

В) осмотр пациента

1. **Цель второго этапа сестринского процесса – это**

А) обследование пациента

Б) установление проблем пациента

В) выполнение сестринских вмешательств

1. **Неудовлетворенные проблемы пациента**

А) желания

Б) возможности

В) потребности

1. **Психологическая проблема пациента –**

А) нарушение сна

Б) боязнь потери работы

В) безработица

1. **Уровни общения медицинского персонала:**

А) доверительный

Б) внутриличностный

В) убедительный

1. **Мотив общения – это намерение:**

А) сознательное

Б) ясное, четкое

В) скрытое

1. **Способы общения людей:**

А) вербальный

Б) магический

В) прозрачный

1. **Виды дистанций в зависимости от характера общения людей:**

А) интимная

Б) виртуальная

В) близкая

1. **Нормальная социальная дистанция при общении составляет:**

А) 0-45 см

Б) 45-120 см

В) 120- 400 см

1. **По громкости голоса можно судить о:**

А) темпераменте человека

Б) степени застенчивости

В) влиянии интеллекта, продуманности речи

1. **В общении с пациентами с нарушением слуха наибольшее значение имеют:**

А) освещенность помещения

Б) позы, внешний вид

В) прикосновения, личная дистанция

1. **Если мы хотим опровергнуть тезисы и убеждения собеседника, нужно использовать технику:**

А) контраргументации

Б) активного слушания

В) аргументации

1. **Если пациент (практикант, коллега) эмоционален, возбужден или затрудняется в формулировке мыслей, важно слушать:**

А) выяснить причину возбуждения

Б) задавать наводящие вопросы

В) молча, доброжелательно

1. **В назревающей конфликтной ситуации необходимо, прежде всего:**

А) дать партнеру выговориться

Б) подчеркнуть общность взглядов

В) касаться партнера рукой в процессе диалога

1. **Установите соответствие между цифрой и буквами**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Уровень общения 2. Средство общения | **А.** Интеллектуальное  **Б.** Вербальное  **В.**Внутриличностное  **Г.** Межличностное  **Д.** невербальное |

1. **Установите соответствие зонального пространства**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. >3,6 м 2. 1,2 – 3,6 м 3. 0,46 – 1,2 м 4. 0,15 – 0,45 м 5. <0,15 м | **А.** Общественное  **Б.** Интимное  **В.** Персональное  **Г.** Сверхинтимное  **Д.** Социальное |

**задание в тестовой форме по теме**

**«ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вариант 1** | | **Вариант 2** | |
| 1. | Б | 1. | А |
| 2. | А | 2. | В |
| 3. | Б | 3. | Б |
| 4. | В | 4. | В |
| 5. | А | 5. | Б |
| 6. | В | 6. | Б |
| 7. | А | 7. | В |
| 8. | Б | 8. | А |
| 9. | А | 9. | А |
| 10. | В | 10. | В |
| 11. | В | 11. | Б |
| 12. | А | 12. | Б |
| 13. | Б | 13. | А |
| 14. | Б | 14. | В |
| 15. | В | 15. | А |
|  |  |  |  |
| 16. | 1 – А, Г  2 – Б, Д | 16. | 1 – В, Г  2 – Б, Д |
|  |  |  |  |
| 17. | 1- Д  2 – А  3 – Г  4 – Б  5 - В | 17. | 1 – А  2 – Д  3 – В  4 – Б  5 - Г |

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ**

**«5» -** все ответы правильные, или 1 ошибка

**«4» -** 22 – 19 правильных ответа (2 – 5 ошибок)

**«3» -** 18 - 16 правильных ответа (6 – 8 ошибок)

**«2» -** 15 именее правильных ответов (9 и более ошибок)

**Учебно-профессиональные задачи**

**«ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**Задача № 1**

При патронажном посещении ВИЧ-инфицированного пациента медицинская сестра обнаружила, что больной жалуется на температуру и чувство страха смерти. Объективно: состояние нетяжелое, кожа гиперемирована, температура 37,8°С.

**Задание:**

* + 1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
    2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 2**

Пациент С., 30 лет, поступил на лечение в инфекционный стационар с жалобами на тошноту, рвоту, жидкий стул, слабость, периодические боли в животе. Заболевание связывает с употреблением накануне вечером мясного салата, салат употребляла и жена, у которой тоже отмечается недомогание и расстройство стула.

Объективно: температура 37,6°С, положение в постели активное, кожные покровы чистые, сухие, язык сухой, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, пульс 78 ударов в минуту, АД 110/60, стул обильный, без патологических примесей.

Пациенту назначено: промывание желудка до чистых промывных вод; забор рвотных масс, промывных вод желудка и кала на бактериологическое исследование; внутрь обильное питье: регидрон дробно.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 3**

Пациент С., 38 лет, поступил в инфекционную больницу с диагнозом: острая дизентерия, средней тяжести. При сестринском обследовании медсестра получила следующую информацию: жалобы на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул со слизью (выделения скудные, частота стула 9 раз), повышение температуры, слабость. Считает себя больным в течение одного дня. За 5 дней до заболевания ел немытые фрукты, купленные на рынке. В контакт вступает хорошо, боится заразить свою семью. Объективно: температура 37,8оС, ЧДД 17 в минуту, пульс 80 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, влажные, горячие на ощупь нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Стул: неоформленный слизистый. Диурез в норме.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 4**

В палате, где Вы работаете медицинской сестрой, на лечении находится пострадавшая в дорожно-транспортном происшествии женщина 52 лет с диагнозом: закрытый перелом левого бедра со смещением, двойной перелом левой голени со смещением. Скальпированная рана головы.

Жалобы на боль в левой ноге, головокружение, слабость. В разговор вступает неохотно, угнетена своей беспомощностью, необходимостью постороннего ухода. При осмотре м/с выявила: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, температура 37,5° С АД 140/90 мм рт. ст., пульс 70 в минуту, ритмичный. Признаков воспаления в месте выхода спиц не выявлено.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 5**

В травматологическом отделении находится Сидорова Анна Васильевна, 72 лет, с переломом нижней конечности. Состояние пациентки удовлетворительное, адекватное лечение проводится в течение 4 недель. Анна Васильевна очень общительна. Активна, самостоятельна во всем, говорит, что одинокая и живет в многоэтажном доме без лифта. Выполняет все рекомендации по лечебной физкультуре. Анна Васильевна постоянно в движении, ее можно часто видеть идущей на костылях по коридору, даже влажный пол после уборки ее не остановит. Анна Васильевна не предъявляет жалоб. Соседи по палате говорят, что она часто по ночам страдает от боли и поэтому плохо спит. В ночное время можно увидеть, как она в темноте добирается до туалета самостоятельно.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 6**

Пациентка 76 лет, Симонова Лидия Павловна 7 сутки находится на лечении в кардиологическом отделении. Состояние удовлетворительное. Лидия Павловна замкнутый человек, с соседями по палате общается очень мало. Дети Лидии Павловны говорят, что после смерти мужа она по несколько дней могла не принимать пищу, не отвечать на телефонные звонки, гулять не выходила.Раньше жила вдвоем с мужем, дети живут отдельно. В отделении она предпочитает прогуливаться ночью, часто падала, натыкаясь на предметы, так как плохо видит из-за прогрессирующей катаракты. Ночью в отделении нередко нарушался покой, из-за того, что Лидия Павловна, перепутав, заходила в чужую палату и искала свою кровать.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 7**

Жена пациента Новикова О.П., находящегося на лечении в хирургическом отделении, обратилась к медицинской сестре за помощью. Она обеспокоена поведением мужа, говорит, что у него галлюцинации, он отгоняет несуществующих крыс, которые прыгают у него по кровати и пытаются укусить. Иногда он слышит голоса с угрозами и оскорблениями, вскакивает, бежит, хотя сам не понимает, где находится. В разговоре с женой выяснено, что О.П. часто употребляет алкоголь.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 8**

Пациентке Петровой Л.Ф. с переломом левой лодыжки на следующий день после снятия гипса назначена лечебная физкультура в бассейне. Л.Ф. разрешено передвигаться самостоятельно с помощью костылей, но рекомендовано щадить поврежденную конечность и наступать на нее не в полном объеме. Пациентка беспокоится и не уверена в своих силах и ловкости при перемещении с костылями по влажному полу бассейна.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 9**

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 провожали до туалета, боюсь упаду. Ночью плохо сплю, думаю о своем состоянии».Пациентка устала от постоянного напряжения, ночного недосыпания, переживаний.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 10**

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.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 11**

На дежурстве к медицинской сестре Оле обратились пациенты палаты № 5. Вахрушин Иван Иванович, самый активный пациент из присутствующих, просит подтвердить сестру, что предыдущее пребывание его в стационаре и использование многоразовых шприцев могло послужить причиной возникновения сывороточного гепатита, который привел к инвалидности.

Иван Иванович не исключает возможности быть ВИЧ - инфицированным при подготовке и проведении ему операции. Медицинская сестра при проведении беседы обратила внимание на неподдельный страх, который испытывает Иван Иванович, обсуждая эту тему. Оля приняла активное участие в беседе, пытаясь разъяснить ситуацию.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 12**

Пациенту Васечкину С.Ю. назначен день операции. Медицинская сестра предупредила пациента о необходимости промывания желудка в течение нескольких дней и постановки накануне операции двух очистительных клизм. Обеспокоенный Васечкин не отходит от сестры, задает один вопрос за другим. Его волнует, можно ли заразиться гепатитом, ВИЧ - инфекцией при приеме этих процедур. Спрашивает, зачем такое количество процедур и можно ли обойтись без столь тяжелой подготовки. Говорит, что знает себя и теперь будет плохо спать до самой операции, так как переживает. От волнения он обычно лежит до утра и только ближе к рассвету засыпает.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 13**

На второй день после занятий в бассейне у Л.Ф. появилось ощущение жжения и рези в глазах. Пациентку волнуют эти проявления, она пытается узнать у медицинской сестры перед очередным посещением: «Можно ли заразиться в бассейне?».

При осмотре: признаки воспаления, слизистая оболочка гиперемирована, отмечается слезотечение. Пациентка направлена на консультацию к окулисту. После осмотра врачом был поставлен диагноз: аденовирусный коньюктивит.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 14**

В ожоговое отделение медицинского центра переведена девочка 8 лет. На момент поступления состояние пациентки средней тяжести. После получения термического ожога живота и бедер она несколько дней находилась в хирургическом отделении по месту жительства, где получала соответствующее лечение. На данный момент перевязки раневой поверхности осуществляются под общим наркозом. В бактериологическую лабораторию отправлено содержимое из раны (подозрение на инфицирование синегнойной палочкой).

Ребенок спокоен, так как получает адекватное обезболивание, только при постоянном общении можно заметить, как ей одиноко, девочка тоскует по маме.

**Задание:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Задача № 15**

Пациентка В., 42 года, поступила в гинекологическое отделение больницы 19 марта с диагнозом: воспалительная киста левого яичника. Жалуется на боли в левом паху, отдающие в левую ногу, субфебрильную температуру, головную боль, слабость, возникшие два дня назад. Замужем, имеет двоих детей, 8 и 22 года, работает воспитателем детского сада. В окружающем ориентируется адекватно. Тревожится по поводу возможной операции, выражает опасение за свое будущее. Из анамнеза: была оперирована 2 года назад по поводу кисты правого яичника, неоднократно лечилась в стационаре по поводу острого аднексита.

**Задания:**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Составьте план терапевтического общения.

**Учебно-профессиональные задачи**

**«ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**Эталоны ответов**

**Задача № 1**

***Нарушенные потребности***: спать, отдыхать, работать, поддерживать температуру тела.

**Задача № 2**

***Нарушенные потребности***: есть, пить, выделять, работать, общаться, поддерживать нормальную температуру тела.

**Задача № 3**

***Нарушенные потребности***: есть, пить, выделять, работать, общаться, поддерживать нормальную температуру тела.

**Задача № 4**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, поддерживать температуру, двигаться, общаться, одеваться, раздеваться, иметь жизненные ценности, избегать опасности.

**Задача № 5**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, двигаться, спать и отдыхать, самостоятельно одеваться и раздеваться.

**Задача № 6**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, есть, пить, двигаться, спать и отдыхать, быть чистым, избегать опасности, общаться, отдыхать.

**Задача № 7**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, спать и отдыхать,

избегать опасности, общаться с другими людьми.

**Задача № 8**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, двигаться, спать и отдыхать, самостоятельно одеваться и раздеваться, обеспечивать свою безопасность.

**Задача № 9**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, двигаться, спать и отдыхать, избегать опасности и не создавать опасности для других людей.

**Задача № 10**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, быть чистым, избегать опасности,общаться с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.

**Задача № 11**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, избегать опасности.

**Задача № 12**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, избегать опасности спать.

**Задача № 13**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, избегать опасности.

**Задача № 14**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, двигаться, спать и отдыхать, одеваться и раздеваться, быть чистым, общаться, отдыхать, играть.

**Задача № 15**

***Нарушенные потребности***: быть здоровым, избегать опасности, двигаться, спать и отдыхать, поддерживать температуру тела, общаться, работать.

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ**

1. **Изучение теоретического материала**, используя в качестве основных источников лекционный материал, учебник.
2. **Ответы на контрольные вопросы:**

* Понятие о медицинской этике, основные элементы.
* Понятие о медицинской деонтологии.
* Понятие о биоэтике, проблемы.
* Основные направления деятельности сестринского персонала.
* Понятие «потребность», иеррхия потребностей по А. Маслоу.
* Этапы сестринского процесса.
* Виды проблем пациента.
* Виды целей сестринских вмешательств.
* Виды сестринских вмешательств.
* Критерии эффективного общения.
* Мастерство вербального и невербального общения.

1. **Подготовка индивидуального сообщения или мультимедийной презентации:**

«Основоположники сестринского дела»; «Наследие Ф. Найтингейл»; «Этика профессионального поведения среднего медицинского персонала»; «Значение общения для среднего медицинского персонала»; «Уровни общения», «Элементы эффективного общения», «Каналы общения», «Как сделать вербальное общение эффективным», «Мимика человеческого лица», «Жесты человека и их значение», «Зоны комфорта».

**Домашнее задание**

Основные источники

1. Мухина, С. А. Тарновская. И.И. Теоретические основы сестринского дела [Текст]: учеб. – 2-е изд., испр. и доп.– М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 368с.: ил.
2. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела [Текст]/ Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина.-14-е изд., доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2009 – 792с.: ил. – (Медицина для вас) – 5-49с, 49-104с, 143-197с 198-212с.
3. Этический кодекс медицинских сестер России. – СПб, РАМС, 2010.

Дополнительные источники

1. Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи [Текст] / Г. И. Морозова.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.- 240с.
2. Перфильева, Г. М. Теория сестринского дела [Текст]: учеб. для студентов медиц. вузов / Г. М. Перфильева, Н. Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 256с.

**МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ АУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

Внимательно прочитайте материал и составьте краткий конспект в дневнике практических занятий.

**ПРАВА ПАЦИЕНТА**

**Часть 1 статьи 41 Конституции России**: ***«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»:***

* *первичная медико-санитарная помощь (лечение болезней, травм, отправлений, профилактика, проведение прививок, диспансерное наблюдение и пр.);*
* *неотложная и скорая медпомощь (в том числе, санитарно-авиационная);*
* *специализированная (в том числе, высокотехнологичная) — при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных технологий.*

**Статья 30 Основ законодательства об охране здоровья граждан:**

***Пациент при получении медицинской помощи имеет право на:***

**1.** Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и  обслуживающего персонала

**2.** Выбор врача,  в том числе семейного семейного и лечащего арача, с  учетом  его  согласия,  а  также выбор лечебно- профилактического   учреждения   в   соответствии   с   договорами   обязательного   и   добровольного медицинского страхования

**3.**Обследование,   лечение   и    содержание    в    условиях,   соответствующих санитарно - гигиеническим требованиям

**4.** Проведение по просьбе пациента  консилиума  и  консультаций  других специалистов

**5.**Облегчение  боли,  связанной   с   заболеванием   и   (или)   медицинским вмешательством, доступными способами и средствами

**6.** Сохранение  в  тайне  информации  о  факте   обращения   за медицинской   помощью,  о  состоянии  здоровья,  диагнозе  и  иных  сведений, полученных при обследовании и лечении пациента

*Статья 61. Врачебная тайна*

*Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.*

*Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.*

*С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.*

*Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:*

* *в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;*
* *при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;*
* *по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;*
* *в случае оказания помощи несовершеннолетнему возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;*
* *при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;*
* *в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.*

*Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.*

**7*.***Информированное   добровольное   согласие   на  медицинское  вмешательство

*Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство*

*Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.*

*В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.*

*Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.*

*Статья34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан*

*Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.*

*Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.*

*Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.*

*Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".*

*В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством РФ.*

*Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда*

**8.** Отказ от медицинского вмешательства

*Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства*

*Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.*

*При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.*

*При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.*

**9.** Получение  информации  о  своих  правах  и  обязанностях  и состоянии  своего  здоровья,  а  также  на  выбор  лиц,  которым в   интересах пациента может быть передана информация о состоянии  его здоровья

*Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья*

*Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения…*

*Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли.*

*Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ (старше 15 лет – прим. авт.), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.*

*В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.*

*Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.*

*Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.*

**10.** Получение медицинских  и  иных  услуг  в  рамках  программ добровольного медицинского страхования;

**11.** Возмещение ущерба в случае причинения вреда  здоровью  при оказании медицинской помощи;

**12.** Допуск адвоката  или  иного  законного  представителя  для защиты прав пациента;

**13.** Допуск священнослужителя,  а в больничном учреждении -  на предоставление условий для отправления религиозных обрядов,  в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

**ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ**

**Разработан по заказу Ассоциации медицинских сестер России**

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий – профессии медицинской сестры; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестер России принимает настоящий Этический кодекс.

**Часть I. Общие положения**

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Принимая и разделяя общечеловеческие и общемедицинские этические ценности, профессиональный корпус медицинских сестер декларирует уникальность своей профессии и вытекающий из нее особый характер этических взаимоотношений с коллегами и пациентами.

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: всесторонний комплексный уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний. Под всесторонним комплексным уходом в настоящем Кодексе понимается комплекс медико-социальных вмешательств, производимых медицинской сестрой в составе мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь пациенту. Комплексный уход включает в себя:

* выполнение врачебных назначений,
* вмешательства, выполняемые медицинской сестрой в рамках независимой сестринской помощи,
* мероприятия, проводимые совместно с иными участниками мультидисциплинарной бригады.

Комплексный уход направлен на достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе, наивысшего качества жизни пациента в конкретной ситуации, связанной со здоровьем.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Положения Кодекса распространяются на всех медицинских сестер, независимо от профиля деятельности, формы собственности лечебного учреждения, ведомственной принадлежности и иных факторов, в том числе на практикующих (частнопрактикующих) медицинских сестер, администраторов сестринского дела всех уровней, преподавателей сестринского дела и медицинских сестер-исследователей.

Положения настоящего Кодекса должны рассматриваться во взаимосвязи с правовыми нормами, стандартами сестринской практики, клиническими рекомендациями и другими документами, регламентирующими сестринскую деятельность. При этом в вопросах этического регулирования исполнения профессиональных обязанностей, настоящий Кодекс имеет высший приоритет.

Профессиональное сообщество медицинских сестер несет ответственность за соблюдение положений настоящего Кодекса перед пациентами, их семьями, социальными группами, обществом в целом и своими коллегами.

**Часть II. Медицинская сестра и пациент**

**Статья 1. Медицинская сестра и пациент**

Положения настоящего Кодекса распространяются на все виды и формы клинических взаимоотношений, возникающих между медицинской сестрой и пациентом. В зависимости от конкретной ситуации в роли пациента могут выступать больной или здоровый человек, семья и окружение пациента, социальная, профессиональная или иная группа людей, общество в целом.

**Статья 2. Медицинская сестра и право пациента**

**на качественную медицинскую помощь**

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на достижимый наивысший уровень физического и психического здоровья, наилучший уровень социальной адаптации и на получение адекватной медицинской помощи.

Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и современным представлениям медицинской науки. В клинической практике основой деятельности медицинской сестры являются принципы ухода, основанного на доказательствах.

Действия медицинской сестры, выполняемые в рамках деятельности мультидисциплинарной бригады, должны быть нацелены на достижение наивысшего комплексного результата: на благо пациента во всех аспектах комплексной медицинской помощи, не ограничиваясь сугубо медицинскими аспектами.

Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь человеку, нуждающемуся в ней в любых условиях, во время исполнения служебных обязанностей и в иное время.

**Статья 3. Основное условие сестринской деятельности –**

**профессиональная компетентность**

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые федеральным органом управления здравоохранением Российской Федерации и профессиональными медицинскими ассоциациями. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – профессиональный первейший долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента. Поддержание уровня профессиональной, правовой и этической компетентностей – мера персональной ответственности каждой медицинской сестры. Достижение этой цели обеспечивается постоянным повышением уровня знаний.

Если кто-то из коллег проявляет признаки некомпетентности, медицинская сестра должна предпринять все меры, чтобы защитить интересы своего пациента, в том числе, указав коллеге на ошибки, предложив свою помощь или, при неэффективности, обратившись к помощи руководителей сестринского дела.

**Статья 4. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав**

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Этическая система ценностей пациента, в ее целостном, холистическом понимании – основа сестринской помощи независимости от культурных, национальных, религиозных, философских или иных особенностей пациента. В случае противоречия системы мировоззрения пациента и этической концепции медицинской сестры, в рамках сестринской помощи безусловный приоритет имеет мировоззрение пациента.

Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Никакая ситуация физических, нравственных или духовных страданий пациента там, где страдания можно было облегчить применением всех доступных методик и технологий, не может быть признана этичной. В случаях, когда медицинская сестра видит страдания пациента, а ее знаний и компетенций не достаточно для помощи пациента, ее этический долг незамедлительно обратиться за помощью к более компетентному коллеге.

Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного общения с людьми. Никакие политические, организационные, экономические или иные условия не могут оправдать участия медицинской сестры в жестоком обращении с пациентом. Любое вмешательство, причиняющее пациенту физические, нравственные или духовные страдания, которые можно было предотвратить, даже если они выполняются с согласия пациента, признается неэтичным.

Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного. Любые действия или бездействие, в том числе, предоставление или отказ в предоставлении информации, прямо или косвенно направленные на прерывание жизни пациента признаются неэтичными. Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных международными правовыми актами и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

**Статья 5. Уважение человеческого достоинства пациента**

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. При этом решение пациента в отношении стратегии оказания медицинской помощи остается приоритетным даже в тех случаях, когда принятое решение противоречит мнению медицинских работников.

Проявление высокомерия, патернализма, пренебрежительного отношения или унизительного обращения с пациентом недопустимы.

Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. Решение пациента в отношении оказания ему медицинской помощи, основанное на личной системе этических ценностей, должно приниматься медицинской сестрой с уважением даже в том, случае, если принятое решение противоречит ее личной системе ценностей или постулатам медицинской науки.

Медицинская сестра должна активно вмешиваться в ситуациях, когда личное достоинство пациента во взаимодействии с медицинскими или социальными системами подвергается унижению.

Медицинская сестра должна уважать конфиденциальность пациентов, поддерживая такие стандарты сестринской практики, которые минимизируют вторжения в личное пространство пациента.

При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам, во всех случаях, включая оказание помощи в условиях военных действий и работу в очаге чрезвычайных ситуаций, медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию.

В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля поведения пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

**Статья 6. Прежде всего – не навреди**

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего – не навредить!».

Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту любой вред. Этический долг медицинской сестры предпринять все возможные действия, включая обращение к административным органам для защиты своего пациента.

Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!». Производя медицинские вмешательства, чреватые риском развития осложнений, болезненных или иных мучительных ощущений, медицинская сестра обязана подробно и честно информировать пациента о возможном риске, заручиться его согласием до начала вмешательства и предусмотреть все возможные меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

**Статья 7. Медицинская сестра и право на информацию**

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Безусловная искренность в любых вопросах, касающихся состоянья здоровья пациента – непременное условие эффективной сестринской помощи. Пациент должен быть осведомлен о своем праве задавать вопросы при оказании медицинской помощи и получать на них исчерпывающие и честные ответы.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры информировать пациента о его правах. Знание декларированных законом прав пациентов различных групп и помощь пациенту в их реализации – этический долг медицинской сестры. В случае если права пациента нарушены действиями коллег или третьих лиц, этично вынести вопрос о защите прав пациента на коллегиальное обсуждение, а если потребуется, на рассмотрение Этического комитета. Защита интересов пациента выше псевдоколлегиальности.

Медицинская сестра обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Решение пациента отказаться от получения информации не должно влиять на объем и качество предоставляемой сестринской помощи. Информация должна предоставляться таким образом, чтобы пациент полностью и правильно понял ее. При необходимости пациент должен иметь право задавать любое количество уточняющих вопросов, необходимых ему для понимания.

Информация о состоянии здоровья дееспособного пациента может предоставляться его родственникам и близким только с согласия пациента. Порядок предоставления информации о состоянии здоровья больного, проводимом лечении, результатах обследования и иных данных, в том числе объем предоставляемой информации, определяются коллегиально всеми членами мультидисциплинарной бригады, оказывающей помощь.

Ложь неэтична всегда. Никакие условия, обстоятельства и соображения не могут оправдать обман пациента. Медицинская сестра не должна подменять своими представлениями о благе пациента его решения.

**Статья 8. Медицинская сестра и право пациента соглашаться**

**на медицинское вмешательство или отказываться от него**

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя, когда она имеет дело с ребенком или пациентом, в соответствии с законом признанным недееспособным, соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры в меру своей квалификации предоставлять пациенту честную и полную информацию о проводимом лечении, включая значение процедуры, ее ожидаемые результаты, ход, возможные осложнения и риски, последствия отказа от медицинской помощи.

В случаях, когда пациенту предоставляется выбор между несколькими альтернативами лечения, долг медсестры предоставить объективную информацию о каждой возможности, ее особенностях и условиях получения. Если пациент нуждается в помощи при принятии решения, оказать ее надлежит таким образом, чтобы исключить любое влияние на конечный выбор.

Медсестра уважает выбор пациента даже в том случае, если он противоречит ее ожиданиям и потенциально направлен против интересов пациента. Пациенту должна быть предоставлена исчерпывающая информация о последствиях и рисках сделанного им выбора, после чего, если сложившаяся ситуация не подпадает под установленные законом исключения, решение пациента определяет тактику дальнейшей сестринской помощи. Пациент должен быть информирован о возможности изменить свое решение в любой момент.

В случаях, когда решение пациента противоречит мнению родственников и близких, медсестра должна помочь им с уважением принять решение пациента.

Отказ пациента от того или иного вмешательства, равно как и от лечения в целом не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников. Медсестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или с согласия законного представителя некомпетентного пациента) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медсестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

**Статья 9. Обязанность хранить профессиональную тайну**

Медсестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет.

Медсестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она не хранилась.

Медсестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим помощь пациенту, а также должностным лицам, право которых на получение информации установлено законом, предполагает наличие его согласия. В любом случае информация должна предоставляться таким образом, чтобы свести к минимуму потенциальный вред для пациента.

Использование фото и видеосъемки возможно только в научных и образовательных целях и только с согласия пациента.

Медсестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Этическая обязанность медсестры активно вмешаться в ситуацию, когда кто-либо, помимо медицинских работников, непосредственно участвующих в лечении, получает, использует и распространяет конфиденциальную информацию относительно пациентов.

**Статья 10. Медицинская сестра и умирающий больной**

Медсестра должна с уважением относиться к праву умирающего пациента на гуманное обращение и достойную смерть. Никто и никогда не должен умирать в одиночестве, испытывая страдания без профессиональной сестринской поддержки там, где эта поддержка могла быть оказана.

Медсестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему пациенту возможность окончить жизнь с сохранением достоинства, а также максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медсестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему пациенту и его семье психологической поддержки.

Объем и характер сестринской помощи умирающему пациенту должен определяться с учетом культурных, национальных, религиозных, и иных особенностей пациента. В случае, если процесс подготовки к смерти требует помощи священника, отправления религиозных обрядов или иных немедицинских условий, такая помощь должна быть, безусловно, предоставлена.

Эвтаназия, то есть преднамеренные действия или бездействие медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медсестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При осуществлении посмертного ухода за телом умершего пациента следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медсестра обязана уважать закрепленные в законодательстве РФ права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

**Статья 11. Работа медицинской сестры в условиях чрезвычайной ситуации**

Медсестра должна повышать свои знания и компетентность в оказании медицинской помощи пострадавшим при ЧС, и обязана владеть техникой ИВЛ, непрямого массажа сердца, временной остановкой кровотечения, наложением всех видов повязок.

**Статья 12. Медицинская сестра как участник научных исследова**ний

Медсестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в преумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами).

**Статья 13. Медицинская сестра и процесс обучения**

Этический долг медсестры – сохранение и преумножение традиций профессии и преемственности поколений. Участие в процессе обучения студентов-медиков там, где это предусмотрено – неотъемлемая часть сестринской практики. Медицинская сестра должна искренне стремиться передать весь накопленный опыт будущим коллегам, давая честную и объективную оценку уровню их подготовки, поощряя активность и практическую деятельность учеников, но, сохраняя контроль их действиями и разделяя ответственность за совершенные ошибки. Отказ сестры от передачи опыта неэтичен.

Отношение медсестры к студентам должно быть уважительным, предельно честным и доброжелательным – вне зависимости от разницы в возрасте и уровне подготовки. Процесс обучения и профессиональные взаимоотношения должны базироваться на этических принципах настоящего Кодекса.

Привлечение пациента к участию в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением его прав, гарантией максимальной безопасности и только с разрешения пациента. Пациент должен быть поставлен в известность, что с ним работает специалист, не завершивший процесс обучения, и имеет права отказаться от помощи такого специалиста.

**Часть III. Медицинская сестра и ее профессия**

**Статья 14. Уважение к своей профессии**

Медсестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены – неотъемлемые качества профессионального поведения медицинской сестры.

Уважение к профессии поддерживается поведением сестры в любой ситуации, как во время работы, так и вне ее, культурой поведения и отношений с коллегами, пациентами и любыми иными гражданами. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Медсестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Использование устаревших методов и технологий ухода там, где могли быть использованы более совершенные технологии, неэтично. Недостаток знаний не может служить оправданием снижения качества ухода.

Медсестра не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. В случаях, когда реализация плана ухода требует знаний или навыков, которыми не обладает медицинская сестра, следует честно признать недостаток компетенции и обратиться за помощью к более квалифицированным специалистам.

Право и долг медсестры отстаивать моральную, экономическую и профессиональную независимость лично или через участие в профессиональных объединениях и ассоциациях. Активная деятельность в профессиональных ассоциациях служит развитию профессии и этически одобряется.

Медсестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Медсестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, которая не противоречит справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм.

Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой.

**Статья 15. Медицинская сестра и коллеги**

Медсестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса и процесса ухода, включая добровольных помощников.

Медсестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии – оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки, завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег, неэтичны. Однако в случаях, когда пациенту даны заведомо необоснованные рекомендации в области сестринского ухода допустимо тактично и коллегиально указать на допущенную неточность.

Моральный и профессиональный долг медсестры помогать пациенту выполнять программу лечения, назначенную врачом, а так же реализовывать компоненты сестринского ухода, назначенные врачом, специализированными сестрами и консультантами.

Медсестра должна точно и квалифицированно производить назначенные врачом и специализированными сестрами медицинские процедуры.

Высокий профессионализм медсестры - важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры, с одной стороны и врача, других сестер, пациентов, их близких и других участников сестринского процесса – с другой.

Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой. Также недопустимы нарушения профессионального этикета в отношениях с другими сестрами и пациентами.

Если медсестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого – с вышестоящим руководством. В случаях, когда назначение, вызывающее сомнение, дано в рамках неотложной помощи, оно должно быть выполнено и только после купирования неотложного состояния подвергнуто обсуждению.

**Статья 16. Этическая ответственность руководителей сестринских служб**

Медицинские сестры-руководители сестринских служб несут персональную ответственность на качество сестринской помощи, оказываемой их подчиненными, уровень их подготовки, а так же уровень благосостояния и степень социальной защищенности подчиненных им сестринских коллективов.

Работая в содружестве с руководителями лечебных учреждений, специалистами других подразделений, региональными отделениями профессиональной ассоциации, руководителями и представителями вышестоящих инстанций, медицинские сестры – руководители должны обеспечить наивысший уровень подготовки и социальной защищенности подчиненных. Пренебрежение интересами подведомственных коллективов неэтично и осуждаемо.

**Статья 17. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика**

Медсестра, столкнувшись с нелегальной, или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. К ситуациям, требующим активного вмешательства медсестры, могут быть отнесены попытки назначений с корыстной целью, обман больного, использование сомнительных, не имеющих доказательной базы, средств и методов, подмена лечения средствами альтернативной помощи и иные ситуации, противоречащие канонам науки и медицинской этики.

Медсестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов нетрадиционной медицины (целительства), в частности. Медицинская сестра должна сохранять профессиональную настороженность в отношении любых методов альтернативного лечения, используя и рекомендуя только те из них, эффективность и безопасность которых доказаны надлежащим образом организованных научных исследованиях.

Медсестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, органы охраны правопорядка, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите прав пациента от сомнительной медицинской практики.

**Статья 18. Медицинская сестра и этический конфликт**

В случаях, когда исполнение профессиональных обязанностей противоречит моральным ценностям медсестры, она должна принять меры, чтобы как можно быстрее разрешить возникший этический конфликт и минимизировать его последствия для оказания медицинской помощи. Этический конфликт возникает в случаях, когда медицинская сестра не может самостоятельно провести этическую оценку сложившейся ситуации; не может сделать выбор между двумя или более альтернативными решениями или по условиям профессиональной деятельности вынуждена исполнять действия, противоречащие ее моральным ценностям.

Этическое постоянство – последовательнее следование этическим убеждениям даже перед лицом возникающих сложностей или угроз поощряется настоящим Кодексом.

**Статья 19. Право медицинской сестры на отказ от участия в процедурах, противоречащих ее моральным принципам.**

При устройстве на работу, в том числе при заключении договора на оказание сестринской помощи в рамках частной практики, медицинская сестра должна убедиться, что должностные обязанности, предусмотренные трудовым договором, не вступают в конфликт с ее моральными ценностями. В случае этического конфликта от заключения трудового договора следует воздержаться.

Возможно возникновение ситуаций, когда расширение должностных обязанностей медицинской сестры вследствие введения новых форм оказания сестринской помощи, форм и методов лечения, требует от медицинской сестры выполнения действий, противоречащих ее этическим принципам. В таких случаях медицинской сестре надлежит как можно быстрее известить о возможном этическом конфликте своего руководителя и принять меры к обеспечению адекватной замены. До предоставления замещающего специалиста, сестре надлежит оказывать помощь в полном объеме, предписанном стандартами лечения и ухода и данными назначениями.

**Часть IV. Медицинская сестра и общество**

**Статья 20. Ответственность перед обществом**

. Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского общества заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению.

Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам делать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения и социальной поддержки. Медицинская сестра, в меру своей компетенции, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб.

Ассоциация медицинских сестер, медицинское общество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах

**Статья 21. Поддержание автономии и целостности сестринского дела**

Моральный долг медицинской сестры – способствовать развитию сестринского дела в России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела.

Самореклама несовместима с медицинской этикой.

**Статья 22 Участие медицинских сестер в забастовке**

Участие медсестер в забастовке как способ разрешения коллективного трудового спора допускается в порядке, установленном Трудовым Кодексом Российской Федерации.

Не допускается проведение забастовок в больницах, на станциях скорой и неотложной медицинской помощи, в других случаях, если проведение забастовок создает угрозу жизни и здоровью людей. Медсестра в случае участия в забастовке обязана оказывать скорую и неотложную медицинскую помощь, а также выполнять этические обязательства по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит курс лечения.

**Статья 23 Гарантии и защита законных прав медицинской сестры**

Гуманная роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении ею профессиональных обязанностей, как в мирное, так и в военное время.

Уровень жизни медсестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой, должен быть соизмерим с объемом оказываемой помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одобряется.

Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры должно соответствовать требованиям охраны труда.

Медсестра вправе рассчитывать на то, что Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» окажет ей полноценную помощь:

* по защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено);
* по юридической и информационной поддержке,
* по своевременному получению квалифицированной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки,
* по созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей;
* по профессиональной подготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья;
* по своевременному получению льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

**Часть V. Действие этического кодекса медицинской сестры России,**

**ответственность за его нарушения и порядок его пересмотра**

**Статья 24 Действие этического кодекса**

Требования настоящего Кодекса обязательны для всех медицинских сестер России. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание на факультетах сестринского дела, в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры России и способствовать распространению его положений в профессиональном сообществе.

Студенты, по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность, обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в Кодексе. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание, должны своим поведением показывать пример студентам.

**Статья 25 Ответственность за нарушение Этического кодекса**

Ответственность за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России определяется Уставом Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестер России». За нарушение норм Кодекса могут быть применены следующие взыскания:

* + 1. замечание;
    2. предупреждение о неполном профессиональном соответствии;
    3. приостановление членства в Ассоциации на срок до одного года;
    4. исключение из членов Ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

**Статья 26 Пересмотр и толкование Этического кодекса**

Изменение социальной обстановки, в которой работают медицинские сестры, может потребовать изменения отдельных положений настоящего Кодекса или его переработки. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» выступает гарантом того, что любые вносимые изменения будут направлены на дальнейшее совершенствование сестринской помощи в изменяющихся условиях и будут в первую очередь защищать интересы пациентов и профессионального сообщества медицинских сестер.

Право пересмотра Этического кодекса медицинской сестры России и толкования его отдельных положений принадлежит Ассоциации медицинских сестер России. Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей Кодекса принимаются к рассмотрению Правлением названной Ассоциации и приобретают законную силу после утверждения Правления Ассоциации.

*Этический кодекс утвержден решением правления РАМС от 24.06.2010г.*

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ВНЕАУДИТОРНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ**

**1. Изучение теоретического материала**, используя в качестве основных источников лекционный материал, учебник.

**2. Ответы на контрольные вопросы:**

* Понятие о медицинской этике, основные элементы.
* Понятие о медицинской деонтологии.
* Понятие о биоэтике, проблемы.
* Основные направления деятельности сестринского персонала.
* Понятие «потребность», иеррхия потребностей по А. Маслоу.
* Этапы сестринского процесса.
* Виды проблем пациента.
* Виды целей сестринских вмешательств.
* Виды сестринских вмешательств.
* Критерии эффективного общения.
* Мастерство вербального и невербального общения.

**3. Подготовка индивидуальногосообщения или мультимедийной презентации:**

«Основоположники сестринского дела»; «Наследие Ф. Найтингейл»; «Этика профессионального поведения среднего медицинского персонала»; «Значение общения для среднего медицинского персонала»; «Уровни общения», «Элементы эффективного общения», «Каналы общения», «Как сделать вербальное общение эффективным», «Мимика человеческого лица», «Жесты человека и их значение», «Зоны комфорта».

**Домашнее задание**

Основные источники

1. Мухина, С. А. Тарновская. И.И. Теоретические основы сестринского дела [Текст]: учеб. – 2-е изд., испр. и доп.– М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 368с.: ил.
2. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела [Текст]/ Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина.-14-е изд., доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2009 – 792с.: ил. – (Медицина для вас) – 5-49с, 49-104с, 143-197с 198-212с.
3. Этический кодекс медицинских сестер России. – СПб, РАМС, 2010.

Дополнительные источники

1. Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи [Текст] / Г. И. Морозова.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.- 240с.
2. Перфильева, Г. М. Теория сестринского дела [Текст]: учеб. для студентов медиц. вузов / Г. М. Перфильева, Н. Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 256с.

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №2**

**Тема**: Обучение в сестринском деле

**Место проведениязанятия**: учебная аудитория

**Время проведения** – 6 часов

**Оснащение занятия**:

Ноутбук, DVD – телевизор, интерактивная доска, методический материал, фильмы, презентации.

**Цель**: углублённое изучение принципов обучения пациентов и его окруженияв области гигиенического обучения и воспитания, по вопросам ухода и самоухода, соблюдая принципы профессиональной этики.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения ПМ 04 МДК 04.01 тема 1.4 должен:

**Знать:**

1. Назвать цели и задачи обучения пациентов в сестринском деле.
2. Перечислить сферы обучения.
3. Назвать способы обучения.
4. Рассказать о целях обучения пациента.
5. Перечислить этапы учебного процесса.
6. Рассказать правила организации обучения пациента.
7. Назвать факторы, способствующие эффективному обучению пациента.

**Уметь:**

1. Использовать правила обучения пациента в процессе профессиональной деятельности.
2. Распознать факторы, препятствующие эффективному обучению пациента.
3. Использовать факторы, способствующие эффективному обучению пациента.
4. Разработать план процесса обучения.
5. Оценить эффективность процесса обучения.

**Владеть:**

1. Представить свой план обучения пациента и его родственников по вопросам ухода и самоухода.

**ПЛАН И СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ (270 МИНУТ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этапы занятия** | **Описание деятельности** | **Время** |
| 1. Организационный  момент | Проверка присутствующих, внешнего вида. Подготовка к работе. | 1. минут |
| 1. Знакомство с темой занятия | Определение целей и задач занятия, плана занятия. Актуализация темы с целью начальной мотивации и мобилизации внимания. | 1. минут |
| 1. Определение исходного уровня знаний | Фронтальный опрос по теме с целью выявления исходного уровня знаний, терминологические контроль. | 1. минут |
| 1. Анализ исходного уровня знаний | Обсуждение ошибок | 1. минут |
| 1. Работа с методическими пособиями | Работая с учебником, студенты изображают схему учебного процесса, разрабатывают и представляют план обучения пациента, по предложенным темам. | 60 минут |
| 1. Практическая работа студентов. | Решение ситуационных задач по теме.  Работа в малых группах.  Обсуждения вариантов решения, возникающих вопросов.  Представляют свой план обучения пациента.  Дают оценку, предложенным планам обучения. | 120 минут |
| 1. Итоговый контроль | Задание в тестовой форме. | 1. минут |
| 1. Подведение итогов занятия |  | 1. минут |
| 1. Задание на дом |  | 5 минут |

**Контрольные вопросы по теме «Обучение в сестринском деле»**

1. Назовите цели и задачи обучения пациентов в сестринском деле.
2. Дайте определение понятию обучение в сестринском деле.
3. Перечислите требования к личности медицинской сестры как педагога.
4. Перечислите сферы обучения.
5. Назовите способы обучения.
6. Рассказать о целях обучения пациента.
7. Перечислить этапы учебного процесса.
8. Рассказать правила организации обучения пациента.
9. Назвать факторы, способствующие эффективному обучению пациента.
10. Расскажите о психологических особенностях обучения пациентов в различных возрастных группах.
11. Назовите требования к постановке цели.
12. Дайте определение краткосрочной и долгосрочной цели.
13. Назовите виды самооценки пациента.

**Терминологический контроль к практическому занятию**

**«Обучение в сестринском деле»**

**Вариант 1.**

1. Физиологические проблемы
2. Социальные проблемы
3. Зависимые сестринские вмешательства
4. Педагогика
5. Формальный способ обучения
6. Наглядный метод обучения.
7. Познавательная сфера обучения

**Вариант 2**

1. Психологические проблемы
2. Духовные проблемы
3. Независимые сестринских вмешательств
4. Обучение в сестринском деле
5. Неформальный способ обучения
6. Практический метод обучения
7. Эмоциональная сфера обучения

**Терминологический контроль - эталоны ответов**

**«Обучение в сестринском деле»**

**Вариант 1**

1. ***Физиологические проблемы*** - реакции на болезнь, обусловленные изменением функций органов и систем
2. ***Социальные проблемы*** - связаны с нарушением удовлетворения социальных потребностей
3. ***Зависимые сестринские вмешательства*** - выполняются на основании письменных предписаний врача
4. ***Педагогика*** - наука о воспитании человека, включает процесс образования и обучения
5. ***Формальный способ обучения*** – официальный, обучение пациента приёмам выполнения повседневных действий
6. ***Наглядный метод обучения*** – использование мимики, жестикуляции, рисунков, таблиц, плакатов, предметов ухода, фантомов, технических средств
7. ***Познавательная сфера обучения*** - узнавание и понимание новых фактов, анализ информации, отличие приоритетной и второстепенной информации

**Вариант 2**

1. ***Психологические проблемы*** - реакции, которые появились в ответ на болезненные изменения во внутренних органах (страх, плаксивость, эмоциональная ранимость)
2. ***Духовные проблемы***- реакции организма, затрагивающие духовную сферу
3. ***Независимые сестринских вмешательства*** - непосредственная деятельность медсестры по собственной инициативе
4. ***Обучение в сестринском деле***- целенаправленная деятельность медсестры и пациента для получения знаний и формирования навыков у пациента
5. ***Неформальный способ обучения*** - неофициальный, беседы с пациентом, о волнующих его проблемах, при выполнении своих обязанностей
6. ***Практический метод обучения***– отработка манипуляций (выполнение инъекций, измерение артериального давления)
7. ***Эмоциональная сфера обучения*** - изменение своего поведения, в ответ на полученную информацию, выражение чувств, мыслей, мнения

**задание в тестовой форме**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**ВАРИАНТ 1**

**Выберите один правильный ответ**

1. **Основное условие сестринской деятельности –**
2. эмоциональная неустойчивость
3. профессиональная компетентность
4. жесткость руководства
5. узкая эрудиция
6. **Цель обучения пациента**
7. улучшение взаимоотношений с близкими пациента
8. установление коммуникации с пациентом
9. снижение болевых ощущений
10. адаптация пациента к болезни
11. **Изменение своего поведения в ответ на полученную информацию, является**
12. познавательной сферой обучения
13. психомоторной сферой обучения
14. эмоциональной сферой обучения
15. эстетической сферой обучения
16. **Желание учиться –**
17. мотивация
18. сфера
19. фактор
20. метод
21. **Неформальный способ обучения, примененный медицинской сестрой**
22. рассказала пациенту с заболеванием сердца, о профилактике кишечных инфекций, по его просьбе
23. объяснила санитарке правила использования дезинфицирующих средств
24. предоставила пациенту памятку по соблюдению предписанной диеты
25. подготовила доклад на сестринскую конференцию
26. **Практический метод обучения**
27. предоставление памятки
28. обучение самостоятельному использованию тонометра
29. демонстрация фильма
30. использование макета
31. **Фактор, улучшающий обучение пациента**
32. пациент испытывает чувство голода
33. пациент испытывает неловкость перед соседями по палате
34. пациент нуждается в обезболивании
35. пациент желает качественно подготовиться к исследованию
36. **Умение высшей степени освоения**
37. обучение
38. навык
39. знание
40. обучаемость
41. **Фактор, ухудшающий обучение пациента**
42. пациенту 7 лет
43. пациент имеет техническое образование
44. пациент длительно болеет сахарным диабетом
45. пациент медленно передвигается
46. **Педагогический прием –**
47. обеспечение предметами ухода
48. обеспечение спецлитературой
49. беседа
50. знание

**задание в тестовой форме**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**ВАРИАНТ 2**

**Выберите один правильный ответ**

1. **Цель обучения пациента**
2. установление коммуникации с родственниками пациента
3. профилактика дефицита общения
4. корректировать существующий образ жизни пациента
5. установление взаимопонимания с пациентом
6. **Умение высшей степени освоения**
7. обучение
8. навык
9. знание
10. обучаемость
11. **Основное условие сестринской деятельности –**
12. эмоциональная неустойчивость
13. жесткость руководства
14. узкая эрудиция
15. профессиональная компетентность
16. **Изучение и анализ новых знаний, является**
17. эмоциональной сферой обучения
18. познавательной сферой обучения
19. психомоторной сферой обучения
20. эстетической сферой обучения
21. **Формальный способ обучения, примененный медицинской сестрой**
22. подготовила доклад на сестринской конференции
23. объяснила санитарке, как распространяется вирусный гепатит В
24. молодой пациентке, предоставила памятку по уходу за пожилыми людьми на дому
25. рассказала пациенту с заболеванием сердца, о профилактике кишечных инфекций, по его просьбе
26. **Наглядный метод обучения**
27. разъяснение назначенной диеты
28. обучение самостоятельному использованию тонометра
29. демонстрация фильма
30. беседа о здоровом образе жизни
31. **Педагогический прием –**
32. обеспечение предметами ухода
33. обеспечение спецлитературой
34. знание
35. беседа
36. **Фактор, улучшающий обучение пациента**
37. пациент испытывает чувство голода
38. пациенту 42 года
39. пациент испытывает неловкость перед соседями по палате
40. у пациента боли в животе
41. **Желание учиться –**
42. мотивация
43. сфера
44. фактор
45. метод
46. **Фактор, ухудшающий обучение пациента**
47. пациент имеет техническое образование
48. пациент длительно болеет артериальной гипертензией
49. пациент не желает беседовать
50. пациент медленно передвигается

**задание в тестовой форме**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**эталон ответов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ВАРИАНТ 1** | | **ВАРИАНТ 2** | |
| 1 | б | 1 | в |
| 2 | г | 2 | б |
| 3 | в | 3 | г |
| 4 | а | 4 | б |
| 5 | а | 5 | а |
| 6 | б | 6 | в |
| 7 | г | 7 | г |
| 8 | б | 8 | б |
| 9 | а | 9 | а |
| 10 | в | 10 | в |

**задание в тестовой форме**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**критерии оценки**

**«5» -** не ошибок

**«4» -** 1-2 ошибки (9 – 8 правильных ответов)

**«3» -** 3 ошибки (7 правильных ответов)

**«2» -** 4 ошибки и более (6 правильных ответов и менее)

**Учебно-профессиональные задачи**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**Задача № 1**

При патронажном посещении пациента с тяжелым нарушением центральной нервной системы, медицинская сестра обратила внимание на изменения цвета кожи на костных выступах. За пациентом ухаживает дочь 47 лет, работающая воспитателем детского сада, знаниями по уходу за обездвиженным пациентом не обладает. Объективно: пациент 79 лет, прикован к постели, речь нарушена, принимать пищу самостоятельно не может, правая рука парализована.

**Задание:**

* + 1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
    2. Определите проблемы.
    3. Составьте план терапевтического общения.
    4. Составьте план обучения.

**Задача № 2**

Вы палатная медицинская сестра инфекционного стационара. В ваше отделение принята на работу санитарка 18 лет, со средним образованием. Девушка чувствует неловкость от того, что не знает как обрабатывать клеенки и подкладные судна, а так же боится, что заразится от пациентов инфекционными болезнями.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план общения.
4. Составьте план обучения.

**Задача № 3**

Пациент А. 24 года, находится на лечении в травматологическом отделении с переломом бедренной кости и множественными ушибами тела. Не смотря на запрет врача, пациент встаёт с постели и передвигается по палате, вечером медсестра увидела его идущим в туалет по коридору.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план терапевтического общения.
4. Составьте план обучения.

**Задача № 4**

Пациентка М. 4 года, находится на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом левосторонняя пневмония. Мама не может находиться с ребенком постоянно. Девочка хорошо себя чувствует и в отсутствие мамы бегает по коридору, отказывается от еды, не хочет пить таблетки.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план терапевтического общения.
4. Составьте план обучения.

**Задача № 5**

Пациентка Л. 32 года, поступила в приёмное отделение с подозрением на острый аппендицит. У пациентки боли в животе и тошнота, несмотря на это она отказывается от осмотра врача, так как считает, что это противоречит её религиозным убеждениям. Боится, что осмотр врачом – мужчиной, может не одобрить её муж.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план терапевтического общения.
4. Составьте план обучения.

**Задача № 6**

Пациент Ю. 69 лет, обратился за медицинской помощью в участковую поликлинику. Жалуется на головные боли и головокружение, учащенное сердцебиение. При осмотре выявлено высокое артериальное давление. Пациент не следит за цифрами давления и не умеет измерять его самостоятельно, принимает таблетки не регулярно.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план терапевтического общения.
4. Составьте план обучения.

**Задача № 7**

Пациентка Д. 64 года поступила в терапевтическое отделение из общественного места, так как упала в обморок. Пациентка плохо слышит. При обследовании выявлены высокие показатели глюкозы в крови. Пациентка не знала о сахарном диабете и ни когда не обращалась за помощью к врачам. Беспокоится о своём здоровье, не знает как ей дальше питаться.

**Задание**

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено.
2. Определите проблемы.
3. Составьте план терапевтического общения.
4. Составьте план обучения.

**Учебно-профессиональные задачи**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**Эталон ответов**

**Задача № 1**

1. **Нарушенные потребности:** есть, пить, выделять,двигаться, быть здоровым, быть чистым, избегать опасности, одеваться и раздеваться, общаться, быть успешным.
2. **Проблемы пациента:** ограничение подвижности, пролежни 1 стадия, невозможность самостоятельного приёма пищи, нарушения речи.

**Проблемы близких:** дефицит знаний по уходу за обездвиженным пациентом и профилактике потенциальных проблем пациента.

1. **План общения:**

* выявить наилучший канал общения;
* так как пациент не может писать и говорить, предлагать ответы на поставленные вопросы;
* привлечь дочь к общению;
* всячески поощрять пациента за успехи в общении;
* каждый раз спрашивать разрешения у пациента на вмешательства;
* быть вежливым и терпеливым.

1. **План обучения:**

* рассказать дочери о правилах ухода за обездвиженными пациентами и потенциальных проблемах;
* рассказать о профилактике пролежней;
* предложить памятки по уходу за обездвиженными пациентами;
* показать, как использовать подгузники для взрослых и рассказать о правилах их использования;
* продемонстрировать технику гигиенического ухода;
* предложить задать вопросы и ответить на них;
* попросить дочь повторить технику ухода;
* через несколько дней провести очередной патронаж для решения новых проблем.

**Задача № 2**

1. **Нарушенные потребности:** избегать опасности, общаться, быть успешным.
2. **Проблемы:** дефицит знаний по профилактике инфекционных заболеваний и использованию дезинфицирующих средств.
3. **План общения:**

* выявить наилучший канал общения;
* так как девушка не испытывает проблем с восприятием мы можем использовать все каналы общения;
* девушке 18 лет, поэтому можно рассчитывать на полное понимание информации;
* выяснить, как к ней обращаться;
* быть вежливым и терпеливым.

1. **План обучения:**

* рассказать о механизмах передачи инфекционных болезней и способах профилактики;
* рассказать о правилах использования дезинфицирующих средств и способах дезинфекции различных предметов ухода;
* показать где находятся памятки по использованию дезсредств;
* предложить провести дезинфекцию самостоятельно и задать вопросы; ответить на возникающие у нее вопросы;
* проводить регулярный контроль её работы.

**Задача № 3**

1. **Нарушенные потребности:** двигаться**,** избегать опасности, одеваться и раздеваться, быть чистым, быть здоровым.
2. **Проблемы пациента:** ограничение подвижности вследствие травм, дефицит знаний по предписанному режиму и безопасному поведению, нарушение режима.
3. **План общения:**

* выявить наилучший канал общения;
* установить доверительные отношения;
* создать условия для общения (свет, тепло, конфиденциальность и т.д.);
* так как пациент не испытывает проблем с восприятием мы можем использовать все каналы общения;
* пациенту 24 года, поэтому можно рассчитывать на полное понимание информации;
* выяснить, как к нему обращаться;
* быть вежливым и терпеливым.

1. **План обучения:**

* вежливо вернуть пациента в постель;
* обеспечить пациента всем необходимым инвентарём и предметами ухода;
* разъяснить предписанный врачом режим; объяснить последствия нарушения режима;
* обучить разрешенным приёмам перемещения в пределах постели;
* показать приёмы гимнастики;
* являться к пациенту по первому требованию;
* задать пациенту вопросы и уточнить усвоенную информацию;
* ответить на возникшие у него вопросы;
* регулярно контролировать выполнение режима со стороны пациента; сообщить о нарушении режима лечащему врачу.

**Задача № 4**

1. **Нарушенные потребности:** есть, дышать, быть здоровым, избегать опасности, быть чистым.
2. **Проблемы пациента:** дефицит знаний по правилам безопасного поведения, отказ от еды, отказ от манипуляций, дефицит личной гигиены.
3. **План общения:**

* сообщить лечащему врачу о возникших проблемах;
* побеседовать с мамой о предписанном режиме для пациентки и возникающих проблемах;
* составить совместно с матерью пациентки план сестринских вмешательств;
* выстроить с пациенткой доверительные отношения;
* быть вежливой и терпеливой;
* так как девочка дошкольного возраста применять игровые методы при общении и обучении.

1. **План обучения:**

* предложить пациентке разрешенные игры;
* увлечь пациентку игрой с приёмом таблеток;
* кормить пациентку во время посещения матери или любимыми блюдами;
* поощрять пациентку за правильное выполнение назначений;
* регулярно контролировать усвоенные навыки;
* постоянно говорить с ребенком и отвечать на её вопросы;
* задействовать в процесс обучения маму ребенка.

**Задача № 5**

1. **Нарушенные потребности:** есть, пить, быть здоровой, избегать опасности, общаться.
2. **Проблемы пациента:** отказ от осмотра врачом; дефицит знаний о своём состоянии и о возможных последствиях отказа от лечения; исполнять религиозные традиции; страх осуждения мужем.
3. **План общения:**

* выявить эффективные каналы общения;
* установить доверительные отношения;
* так как пациентке 32 года, можно рассчитывать на полное понимание информации;
* быть вежливой и терпеливой;
* создать условия для общения (свет, тепло, конфиденциальность и т.д.);
* при необходимости привлечь к общению мужа.

1. **План обучения:**

* разъяснить пациентке последствия отказа от лечения, в доступной форме;
* сообщить врачу об отказе пациентки;
* предложить возможные варианты дальнейшей тактики (осмотр в присутствие мужа, осмотр и пальпация через тонкую рубашку, осмотр врачом – женщиной, если таковая имеется в лечебном учреждении);
* ответить на вопросы пациентки;
* побеседовать с мужем пациентки, разъяснить последствия отказа от манипуляций;
* в случае отказа от манипуляций, после разъяснений, сделать запись в медицинской документации и получить подпись пациентки.

**Задача № 6**

1. **Нарушенные потребности:** быть здоровой, двигаться, избегать опасности.
2. **Проблемы пациента:** дефицит знаний и умений, по контролю за показателями артериального давления; нерегулярное выполнение врачебных назначений; головная боль; головокружение.
3. **План общения:**

* выявить наилучший канал общения;
* выяснить, как к ней обращаться;
* установить доверительные отношения;
* быть вежливой и терпеливой;
* создать условия для общения (свет, тепло, конфиденциальность и т.д.);
* дать пациентке выговориться и рассказать о своих проблемах;
* при согласии пациентки, пригласить на беседу её близких;

1. **План обучения:**

* рассказать пациентке о необходимости регулярно измерять артериальное давления и приёма предписанных лекарственных препаратов;
* обучить пациентку пользоваться таблетницей, что бы не забывать вовремя принимать таблетки;
* продемонстрировать технику измерения артериального давления с помощью тонометра;
* предложить пациентке измерить артериальное давление самостоятельно под вашим контролем;
* ответить на вопросы пациентки;
* предложить пациентке памятки по контролю артериального давления, ведения дневника;
* с согласия пациентки, обучить измерять давление её близких;
* провести через некоторое время патронаж пациентки на дому, для контроля эффективности обучения.

**Задача № 7**

1. **Нарушенные потребности:** есть, пить,быть здоровой, избегать опасности, общаться.
2. **Проблемы пациента:** дефицит знаний по контролю уровня глюкозы крови; дефицит знаний по рациональной диете; нарушение слуха.
3. **План общения:**

* Выяснить эффективный канал общения (если пациентка не возражает увеличить громкость разговора, или предложить письменную информацию);
* выяснить, как к ней обращаться;
* установить доверительные отношения;
* быть вежливой и терпеливой;
* создать условия для общения (свет, тепло, конфиденциальность и т.д.);
* дать пациентке выговориться и рассказать о своих проблемах;
* при согласии пациентки, пригласить на беседу её близких;
* сделать упор на благоприятном течении болезни.

1. **План обучения:**

* рассказать пациентке о необходимости регулярно измерять показателей глюкозы крови;
* обучить пациентку правилам приёма предписанных лекарственных препаратов;
* объяснить необходимость регулярного приёма сахароснижающих препаратов;
* разъяснить рекомендованную диету (какие продукты исключить из рациона, какие продукты включить в рацион, какой способ приготовления пищи предпочесть);
* продемонстрировать технику измерения глюкозы с помощью глюкометра;
* предложить пациентке измерить глюкозу самостоятельно под вашим контролем;
* ответить на вопросы пациентки;
* предложить пациентке памятки по контролю глюкозы крови, ведения дневника;
* с согласия пациентки, обучить использовать глюкометр её близких;
* провести через некоторое время патронаж пациентки на дому, для контроля эффективности обучения.

**Учебно-профессиональные задачи**

**«ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ»**

**критерии оценки**

**«5»** - указаны все нарушенные потребности, озвучены проблемы пациента, студент составил план общения и обучения пациента, может аргументировать свои выводы.

**«4»**- указаны нарушенные потребности, озвучены проблемы пациента, студент составил план общения и обучения пациента с недочетами в формулировке, может аргументировать свои выводы после наводящих вопросов.

**«3»** - указаны не все нарушенные потребности, озвучены не все проблемы пациента, студент составил план общения и обучения пациента с существенными недочетами в формулировке, может аргументировать свои выводы после наводящих вопросов при помощи преподавателя.

**«2»** - указаны не все нарушенные потребности, студент не может сформулировать проблемы пациента, студент не может составить план общения и обучения пациента без помощи преподавателя, не отвечает на вспомогательные вопросы.

**САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ВНЕАУДИТОРНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ**

**Изучение теоретического материала**, используя в качестве основных источников лекционный материал, учебник.

* 1. **Ответы на контрольные вопросы:**
* Цели и задачи обучения пациентов в сестринском деле.
* Требования к личности медицинской сестры как педагога.
* Этапы учебного процесса.
* Факторы, способствующие эффективному обучению пациента.
* Психологические особенности обучения пациентов в различных возрастных группах.
* Правила организации обучения пациента.
  1. **Подготовкапамятки для обучения пациента и его близких, по предложенным планам обучения**

**Домашнее задание**

Основные источники

1. Мухина, С. А. Тарновская.И.И. Теоретические основы сестринского дела [Текст]: учеб. – 2-е изд., испр. и доп.– М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 368с.: ил.
2. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела [Текст]/ Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина.-14-е изд., доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2009 – 792с.: ил. – (Медицина для вас) – 5-49с, 49-104с, 143-197с 198-212с.
3. Этический кодекс медицинских сестер России. – СПб, РАМС, 2010.

Дополнительные источники

1. Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи [Текст] / Г. И. Морозова.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.- 240с.
2. Перфильева, Г. М. Теория сестринского дела [Текст]: учеб. для студентов медиц. вузов / Г. М. Перфильева, Н. Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 256с.

**Рекомендации по составлению и оформлению памятки для пациента и его окружения**

**Этапы работы**

1. Подбор и изучение источников по теме.
2. Обработка и систематизация выбранного материала.
3. Разработка дизайна памятки.
4. Оформление памятки.

**Примерная структура и требования к оформлению памятки**

1. Заголовок.
2. Краткая характеристика проблемы.
3. Актуализация и мотивация пациента, постановка цели.
4. Изложение материала: правила, подробный алгоритм действий, советы и рекомендации.

*Примечания:*

* При оформлении памятки можно использовать красочные, запоминающиеся иллюстрации.
* Буквы писать черным или синим цветом на белой бумаге.
* Размер букв должен быть оптимально удобным для чтения.
* Выбирать понятные и простые слова, не злоупотреблять терминами.
* Убедиться в полноте изложения материала.