ШАДРИНСКИЙ ФИЛИАЛ

ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

**СБОРНИК ЛЕКЦИЙ**

**для самоподготовки студентов медицинского колледжа**

**по ПМ 04/05/07 «Выполнение работ по профессии**

**младшая медицинская сестра по уходу за больными»**

**МДК 01.04/05/07 «Теория и практика сестринского дела»**

Шадринск 2015

Сборник лекций для самоподготовки студентов медицинского колледжапо ПМ 04/05/07 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными» МДК 01.04/05/07 «Теория и практика сестринского дела» / О.В. Антропова. – Шадринский филиал ГБПОУ КбМК. - Шадринск, 2015.- 90 с.

Сборник лекций для студентов и преподавателей медицинского колледжапредназначен для лучшего усвоения изучаемого материала по профессиональному модулю 04/05/07 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными » МДК 01.04/05/07 «Теория и практика сестринского дела» и рациональной организации времени студентов на теоретическом занятии.

© Антропова О.В., 2015

© Шадринский филиал

ГБПОУ КбМК, 2015

**Содержание**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение | 4 |
| Тема 1. История сестринского дела | 5 |
| Тема 2. Философия сестринского дела | 9 |
| Тема 3. Общение в сестринском деле | 15 |
| Тема 4. Обучение в сестринском деле | 21 |
| Тема 5. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела | 27 |
| Тема 6. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу | 43 |
| Тема 7. Потребность пациента в нормальном дыхании. Потребность пациента в адекватном питании и питье | 50 |
| Тема 8. Потребность пациента в физиологических отправлениях. Потребность пациента в движении | 58 |
| Тема 9. Потребности пациента в сне, одежде (надевании раздевании, выборе), осуществлении личной гигиены | 65 |
| Тема 10. Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды | 71 |
| Тема 11. Потребности пациента в общении; труде и отдыхе | 78 |
| Тема 12. Сестринский процесс при боли | 83 |
| Список использованных источников и литературы | 87 |
| Приложение. Задания для самостоятельной работы студентов | 89 |

**Введение**

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

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

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

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

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

**Тема 1. История сестринского дела**

**Вопросы для изучения:**

1. **Становление ухода на Руси X – XV**II веках
2. **Развитие ухода в XV**III веке
3. **Сестринский уход в X**IX веке
4. **Сестринский уход в XX веке**

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

История сестринского дела охватывает многие столетия и не случайно его, наряду с врачеванием, называют самым древним искусством и, в то же время, самой юной профессией.

Сестринское дело в  России  имеет свой  путь развития. Прообразом первых сестер милосердия были  надзирательницы в воспитательных домах, созданных по указу Петра Великого. В 1803-1818 годах по распоряжению Императрицы Марии Федоровны в знаменитых вдовьих домах в Лефортово, была создана служба «сердобольных вдов». На протяжении последующего времени российские сестры милосердия героически выполняли свой долг во многих кровопролитных войнах. В ходе 1-й мировой войны на плечи сестер милосердия Российского общества Красного Креста  легла основная нагрузка по оказанию медицинской помощи больным и раненным российским солдатам и офицерам. В годы Великой Отечественной войны в результате самоотверженной работы врачей и медицинских сестер 72% раненых вернулись в строй.

**1.** **Становление ухода на Руси X – XVII веках**

Женский уход за больными существовал во все времена и во всех странах мира. Женщины выполняли гигиенические мероприятия и создавали комфортабельные условия для больных, чаще родственников. В монастырях сестры ухаживали за больными бескорыстно. Массово для ухода за больными женщины не привлекались. На Руси уже в Х веке княгиня Ольга организовала больницу, где уход был поручен женщинам. В XVI веке «Стоглавый собор» издает указ об организации мужских и женских богаделен с привлечением на работу женщин. В XVI**I веке в период «Смутного времени» на территории Троице-Сергиевского монастыря был создан** первый госпиталь – в 1612 году. В 1618 году при Троицком монастыре возникла первая (в современном понимании) больница. В 1650 году появилась больница на территории Андреевского монастыря. Достоверных данных нет, но возможно в этих больницах применялся женский уход.

**2. Развитие ухода в XVIII веке**

Примерно в 1707 году в Москве был создан первый гражданский госпиталь, а в 1715 году указом Петра I были организованы воспитательные дома в которых должны были служить женщины. Затем привлечение женщины к работе в больницах было отменено, роль сиделок выполняли отставные солдаты. Возможно, использование женского труда носило временный характер.

В 1735 году вышел генеральный регламент о госпиталях, в котором определяется сфера деятельности женщин (мытье полов, стирка белья). В 1763 году в Москве учреждена Павловская больница, где специально для больных женщин имелись «бабы – сидельницы» из вдов и жен больничных солдат. Специального обучения сестер не было.

**3.** **Сестринский уход в XIX веке**

Многие авторы считают, что именно с 1803 года в России возникло «сестринское дело». Спорить с этим трудно, но именно с начала 19 века началась специальная подготовка женского сестринского персонала. В 1818 году был создан «Институт сердобольных вдов», а при больницах появились курсы сиделок для женщин. Другие авторы считают, что сестры милосердия появились в России только в 1841 году, после создания первой общины сестер милосердия (Свято-Троицкой). В 1854 году была создана Крестовоздвиженная община сестер милосердия. Ее настоятельной стала Е.М. Балунина – некоторые авторы считают именно ее основоположницей «сестринского дела» в России. Во время Крымской войны она проявила себя как очень хороший организатор. После войны она уехала в родовое имение, в Тверской губернии, и организовала там лечебницу для крестьян (считается основоположницей сельской медицины).

Велико участие в развитие «сестринского дела» Н.И. Пирогова – великого русского хирурга. Когда была создана Крестовоздвиженская община Н.И. Пирогов руководил ею. Н.И. Пирогов активно привлекал к уходу женщин, поддерживал нововведения среди сестринского персонала.

**4.** **Сестринский уход в XX веке**

В начале ХХ столетия руководство благотворительнымиучреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна. В 1909 году была открыта Марфо-Марьинская обитель, которая к 1911 году становится «центром милосердия» в Москве. В 1914 году община была превращена в госпиталь в связи с началом Первой Мировой Войны. Подготовка сестринского персонала осуществлялась при общинах. До 1917 года в России насчитывалось 10 тысяч сестер милосердия. 26 августа 1917 года в Москве состоялся I **Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено** Всероссийское общество сестер милосердия. Первые медицинские школы появились в 1920 году. Были разработаны программы по подготовки акушерок, медсестер и санитаров. В 1927 году под руководством Н.А. Семашко, издано «Положение о медсестрах» в котором определены обязанности медицинских сестер по уходу за больными. В 1934-1938 годах подготовлено 9 тысяч медсестер, насчитывалось 967 медицинских и санитарных школ и отделений. В это время появляются новые требования к подготовке медсестер: «для сознательного отношения к назначениям врача, она должна быть медицински грамотна»[1.39]. Но на деятельность медсестер это не сказалось. Сознательное отношение к назначениям врача, даже если оно и вырабатывается, остается невостребованным (всю ответственность несет врач).

Сегодня сестринское дело продолжается и идет в направлении улучшения организации работы, развития системы профессионального образования среднего медицинского персонала.

Исследования истории сестринского дела и среднего медицинского образования должны служить источником знаний об опыте - как положительном, так и отрицательном – предыдущих поколений в становлении и развитии важной, общественно значимой профессии, повышения ее престижа, как в глазах самих медицинских сестер, так и врачей и пациентов.

Рассматривая данную тему подробно, мы можем детально понять особенности развития и становления сестринского дела в России. По приведенным жизненным эпизодам и по фамилиям людей, внесших большой вклад  в развитие сестринского дела, можно сделать вывод о том, какими душевными качествами обладали люди, решившие всю свою жизнь посвятить медицине. Мы видим, что процесс становления идет неравномерно, наблюдаются периоды подъема и спада, но труднее всего приходилось отечественному сестринскому делу в годы различных войн. Особенно значимы стали в этом плане стали Крымская война и Великая Отечественная Война. Однако, мы также можем заметить, что именно подобные экстренные ситуации больше всего способствовали интенсивному развитию сестринского дела.

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

Вопросы для повторения:

1. Первые сведения о женском уходе за больными на Руси.
2. Расскажите об обществе сердобольных вдов.
3. Роль Н.И Пирогова в становлении сестринского ухода за ранеными.
4. Расскажите о создании Крестовоздвиженской общины сестер милосердия.
5. Е.М. Бакунина - «идеальный тип медицинской сестры».
6. 6.Расскажите о роли Ф. Найтингейл в становлении сестринского дела.
7. Расскажите о развитии сестринского дела в России в ХХ веке.

**Тема 2. Философия сестринского дела**

**Вопросы для изучения:**

1. Особенности философии сестринского дела
2. Основные понятия философии сестринского дела
3. Этические элементы философии сестринского дела

**1. Особенности философии сестринского дела**

«Философия– форма общественного сознания, мировоззрение. Система идей, взглядов на мир на место в нем человека» [13.476] – так дает определение общей философии философский энциклопедический словарь.

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

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

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

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

Определение «Философия сестринского дела» - является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между медсестрой, пациентом, обществом и окружающей средой»[1.11].

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

* определение сестринского дела, его миссия, цели, задачи;
* соотношение сестринского дела и медицины;
* взаимодействие медсестры и пациента;
* профессиональная этика (ценности, добродетели, обязательства медсестры).

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

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

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело – это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению»[5.67].

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

**2. Основные понятия философии сестринского дела**

В 1993 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции был принят Программный документ «Философия сестринского дела в России». Этот документ отражает систему взглядов российских медицинских сестер на основные ценности и перспективы их профессии, раскрывает перед обществом профессиональное мировоззрение, идеал в сестринском деле.

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

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

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

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

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

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

Философия сестринского дела основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии – человек.

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

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

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

Основными принципами философии являются:

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

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

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

В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Он является нравственным ориентиром поведения медицинской сестры. Кодекс декларирует основные этические элементы философии сестринского дела:

* обязанности,
* ценности,
* добродетели.

**3. Этические элементы философии сестринского дела**

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

Обязательства включают в себя обязанности:

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

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

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

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

* знание,
* умение,
* ответственность,
* жалость,
* сотрудничество,
* забота.

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

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

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

С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе»[5.95].

Есть такая восточная мудрость: «Если в сокровищницу положить золото – золото и возьмете, если положите медь – медь и возьмете». Сестринское дело без фундамента профессиональной философии – всего лишь медь.

Вопросы для повторения:

1. Назовите основные термины, используемые в сестринском деле.
2. Перечислите этические компонент философии сестринского дела, приведите примеры.
3. Дайте характеристику основному принципу философии сестрин­ского дела.
4. Какова историческая необходимость возникновения сестринской философии?
5. Охарактеризуйте основные типы медицинских сестер.

**Тема 3. Общение в сестринском деле**

**Вопросы для изучения:**

1. Понятие и функции общения
2. Структура общения
3. Факторы, способствующие или препятствующие эффективному общению

**1. Понятие и функции общения**

Коммуникация имеет большое значение в жизни каждого человека, а тем более в работе медика, поскольку общение в медицине – это общение человека с человеком, медика с пациентом и его родственниками. Даже если медсестра коммуникабельна от природы, важно, чтобы она умела анализировать свое общение с людьми и сознательно использовала свои навыки для совершенствования профессиональной деятельности. Общение – сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку стратегий взаимодействия, восприятие и понимание людьми друг друга.Общение медсестры с пациентом– процесс установления и развития контактов с целью достижения оптимального уровня жизнедеятельности пациентов. Часто общение медсестры с пациентом происходит, когда пациент расстроен, подавлен, агрессивен, испытывает физические и психологические трудности. Общение - одно из важнейших умений, необходимых для эффективной деятельности сестры. Медсестре необходимы специальные знания и умения, чтобы общение оказало максимальную помощь и поддержку пациентам.

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

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

Можно выделить три уровня общения.

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

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

* инструментальная - характеризует общение как социальный механизм управления и передачи информации, необходимой для выполнения какого-либо действия;
* интегративная - является средством объединения людей;
* самовыражения - определяет общение как форму взаимопо­нимания психологического контекста;
* трансляционная - передает конкретные способы деятельно­сти, оценки и т. д.;
* экспрессивная - взаимопонимание переживаний и эмоцио­нальных состояний;
* социального контроля - регламентация поведения и дея­тельности;
* социализации - формирование навыков взаимодействия в соответствии с принятыми нормами и правилами.

**2. Структура общения**

В общении выделяют три взаимосвязан­ные стороны.

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

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

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

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

Также в общении выделяют пять звеньев.

1. Отправитель информации, т.е. человек, начинающий обще­ние.
2. Само общение, т. е. передаваемая вербальная (речевая) и не­вербальная (неречевая) информация.
3. Используемый канал передачи информации (речевой, нере­чевой, письменный и т. д.).
4. Получатель информации, т. е. партнер по общению, или со­беседник.
5. Факт подтверждения или не подтверждения собеседником получения информации, т. е. обратная связь. Данный фактор яв­ляется чрезвычайно важным для осуществления эффективного общения между людьми.

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

Каналы общения:

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

Общение бывает вербальным и невербальным.

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

**3. Факторы, способствующие или препятствующие эффективному общению**

Возможные причины непонимания общающихся:

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

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

Вербальное общение может быть эффективным, если:

* говорить медленно с хорошим произношением, простыми короткими фразами;
* не злоупотреблять специальной терминологией;
* выбрать правильную скорость и темп речи, исходя из уровня восприятия собеседника;
* правильно выбирать время для общения: тот, кому адресована данная информация, должен иметь желание и интерес к беседе;
* следить за интонацией голоса, убедиться, чтобы она соответствовала тому, что собираются говорить;
* убедиться в том, что вас поняли;
* юмор, использованный с осторожностью, подчас помогает успокоить и снять напряжение, обеспечит эмоциональную поддержку и смягчит восприятие болезни.

Письменное общение может быть эффективным, если:

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

Эффект письменного общения зависит от следующих компонентов:

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы для повторения:

1. Дайте понятие терминам: общение, общение медсестры с пациентом.
2. Назовите основные функции общения, раскройте их суть.
3. Охарактеризуйте структуру общения.
4. Назовите основные факторы, способствующие или препятствующие эффективному общению.
5. Какие существуют способы поддержания связи с пациентом, не способным к вербальному общению?

**Тема 4. Обучение в сестринском деле**

**Вопросы для изучения:**

1. Обучение как функция сестринского дела
2. Терапевтическое обучение пациентов
3. Функции медицинской сестры как преподавателя
4. Задачи и сферы обучения в сестринском деле
5. Методы и приемы обучения пациентов
6. Формальное и неформальное обучение
7. Условия эффективного обучения

**1. Обучение как функция сестринского дела**

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

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

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

**2. Терапевтическое обучение пациентов**

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

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

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

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

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

**3.** **Функции медицинской сестры как преподавателя**

Функции медицинской сестры как преподавателя состоят:

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

Кроме того, медицинская сестра в процессе обучения должна:

* соотносить свое профессиональное поведение и заболевание пациента;
* учитывать индивидуальные особенности пациента и его семьи;
* проявлять сочувствие к пациенту;
* осознавать потребности пациента;
* учитывать эмоциональное состояние пациента, его представлений о заболевании и лечении;
* обучать пациента навыкам управления лечебным процессом;
* помогать пациентам управлять своим образом жизни;
* оценивать процесс обучения и предоставлять необходимую информацию.

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

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

Другими словами, медицинская сестра должна:

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

4. Задачи и сферы обучения в сестринском деле

Задачами обучения являются:

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

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

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

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

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

**5. Методы и приемы обучения пациентов**

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

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

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

Важным компонентом обучения являются средства обучения.

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

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

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

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

**6. Формальное и неформальное обучение**

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

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

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

**7. Условия эффективного обучения**

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

Готовность пациента к обучению зависит:

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

Обучение должно удовлетворять нескольким условиям:

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

Обучающиеся лучше понимают и запоминают, если сестра:

* использует технику эффективного общения;
* выслушивает все, что ей говорят или, о чем ее спрашивают;
* относится к ним терпеливо;
* хвалит за успехи в обучении;
* делает перерыв, если они плохо себя чувствуют или чем-то расстроены.

Чтобы обучение было эффективным, следует учитывать три фактора:

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

Желание и готовность к обучению зависят,

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

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

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

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

Вопросы для повторения:

1. Что оценивает медсестра, организуя процесс обучения пациента?
2. Назовите основные функции медсестры как преподавателя, раскройте их суть.
3. Какие способы обучения использует медсестра?
4. Какие педагогические методы и средства может использовать медсестра в процессе обучения?
5. Назовите основные факторы, способствующие или препятствующие эффективному обучению.

**Тема 5. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела**

**Вопросы для изучения:**

1. Понятие о потребности

### Иерархия потребностей

1. Понятие о модели сестринского дела
2. Добавочно-дополняющая модель В. Хендерсон
3. Модель сестринского ухода Н. Роупер(В.Логан, А.Тайэрни)
4. Поведенческая модель Д. Джонсон
5. Адаптационная модель К. Рой
6. Модель дефицита самоухода Д. Орем
7. Модель, направленная на укрепление здоровья М. Аллен

**1. Понятие о потребности**

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

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

Осознанная потребность **-** это представление субъекта о том, что ему необходимо для существования и развития. Представление может приближаться к объективной потребности (захотел есть - понял: надо поесть), а может быть весьма далеко от нее. Неудовлетворенная физиологическая потребность проявляется в ощущениях, которые выступают стимулом к действиям лишь после их декодирования. Например, заболел живот. Что случилось? Человек декодирует свои ощущения, исходя из своих представлений о медицине, личного опыта, что тесно связано с уровнем медицинской культуры данной страны. Поэтому осознанные потребности часто очень далеки от объективных или прямо противоположны им. Многие потребности проявляются в таких формах, которые требуют квалификации для их декодировании (например, потребность в витаминах осознается лишь при наличии определенной медицинской эрудиции).

Потребности индивида **-** это объективно необходимые условия существования человека. Будучи природно-социальным существом, человек имеет две группы потребностей: одни порождены его физиологией и психологией, другие сконструированы обществом. Часто эти две группы потребностей переплетаются. Например, есть природная потребность в воде, но общество сформировало в людях чувство брезгливости по отношению ко всему нечистому, поэтому возникает синтетическая осознанная потребность не в воде вообще, а в чистой воде. Отсутствие последней вызывает такие же страдания, как и отсутствие воды вообще. Таким образом, осознание природной потребности является по своей природе социальной конструкцией, несущей на себе отпечаток культуры данного общества.

### 2. Иерархия потребностей

В общественных науках давно утвердилась мысль, что потребности человека многообразны и имеют разную значимость. Потребность **-** это объективное условие нормального существования человека. Однако человек многомерен: в нем есть элементы, без функционирования которых, само существование человека невозможно (работающее сердце, мозг, желудок и т.п.), а есть такие, которые вызывают дискомфорт, но не смертельный исход. Карл Маркс сформулировал эту идею так: «Люди в первую очередь должны есть, пить, иметь жилище и одеваться, прежде чем быть в состоянии заниматься политикой, наукой, искусством, религией и т.д.»[4.85]

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

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

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

Рассмотрим каждый этаж иерархии подробнее. Самыми сильными и неотложными являются физиологические потребности, то есть условия, существенные для физического выживания. А.Маслоу характеризовал их как «самые насущные, самые мощные из всех потребностей»[20.217], подчеркивал факт их первичности по отношению ко всем прочим потребностям. Об их неудовлетворении организм сигнализирует позывами, которые при длительном неудовлетворении могут приобретать мучительный характер. В эту группу включаются потребности в пище, питье, кислороде, сне, защите от экстремальных температур, в физической активности, потребности в выделении продуктов жизнедеятельности. Физиологические потребности это потребности выживания**.** Для существования человека эти потребности должны быть удовлетворены хотя бы на минимальном уровне, их неудовлетворение может иметь разрушительные для организма потребности. «На практике это означает, - писал А. Маслоу, - что человек, живущий в крайней нужде, человек, обделенный всеми радостями жизни, будет движим, прежде всего, потребностями физиологического уровня»[20.220].

«Во время Второй мировой войны был проведен эксперимент с участием мужчин, отказавшихся по религиозным и иным причинам от несения воинской службы. Они согласились участвовать в эксперименте, в ходе которого их посадили на полуголодную диету для изучения голода на поведение. Во время исследования, по мере того как мужчины начали терять в весе, они стали безразличными почти ко всему, кроме еды. Они постоянно говорили о еде, и поваренные книги стали их любимым чтением»[20.231] .

Как отмечал А.Маслоу, у постоянно голодного человека происходит «изменение личной философии будущего. Человеку, измученному голодом раем покажется такое место, где можно до отвала наесться… Он считает бессмыслицей такие вещи как любовь, свобода, братство, уважение, его философия предельно проста: «Любовью сыт не будешь»[20.235].

Потребности в безопасностив иерархии Маслоу занимают второе место после физиологических. В эту категорию он включил потребности в безопасности, в стабильности, в зависимости, в защите, в свободе от страха, тревоги и хаоса, в структуре, порядке, спать, отдыхать, быть чистым, одеваться, раздеваться, поддерживать температуру, поддерживать состояние, или быть здоровым, избегать опасности, двигаться.

В целом их можно охарактеризовать как потребности в долговременном выживании. У взрослых людей эта потребность удовлетворяется в таких действиях, как предпочтение, отдаваемое стабильной работе, даже если она не очень хороша в остальных отношениях, предпочтение надежной техники, бытовых приборов, даже если они уступают другим моделям по своей изощренности, спектру услуг.

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

На третьем уровне находятся потребности в принадлежности и любви (социальные потребности). С точки зрения Маслоу, эти потребности начинают действовать после удовлетворения физиологических потребностей и потребностей в безопасности и защите. Достигнув этого уровня, люди стремятся формировать отношения привязанности с другими людьми. Групповая принадлежность становится доминирующей. Будучи неудовлетворенной, эта потребность вызывает муки одиночества, тяжелые переживания отверженности. Маслоу утверждал, что быть любимым и признанным очень важно для здорового чувства достоинства. Когда человека не любят, появляется пустота и враждебность. Человек, чья потребность в принадлежности, не удовлетворена, «терзаем чувством одиночества, болезненно переживает свою отверженность, ищет свои корни, родственную душу, друга»[20.251].

На этой потребности вырастает рынок услуг по организации общения. Это дискотеки, рестораны и кафе, разного рода клубы, лагеря отдыха, общественные организации и т.д. «Человеку, - по словам А. Маслоу, - крайне важно знать, что он живет на родине, у себя дома, рядом с близкими и понятными ему людьми, что его окружают «свои», что он принадлежит определенному клану, группе, коллективу, классу»[20.253].

На четвертом уровне находятся потребности в достижении успеха (в самоуважении, в уважении). Жизнь в обществе привела к возникновению потребностей в достижении успеха: в работе, жизни, семье, стремлении к гармонии, красоте, порядку. Общаясь с людьми человек, не может быть равнодушным к оценке своего успеха в каких-то делах со стороны окружающих. У человека появляется потребность в уважении и самоуважении. Маслоу выделял два варианта. Во-первых, самоуважение, предполагающее потребность в компетенции, уверенности, независимости и свободе. Иначе говоря, человеку важно знать, что он достойный человек. Во-вторых, это уважение к другим. «Каждый человек постоянно нуждается в признании, устойчивой и, как правило, высокой оценке собственных достоинств, каждому из нас необходимы и уважение окружающих нас людей, и возможность уважать себя»[20.258]. Неудовлетворение потребностей в самоуважении ведет к чувству неполноценности, слабости, зависимости, пассивности. Эти потребности особенно остро ощущаются в молодости. С годами люди приобретают более реалистическую оценку своей личности и не нуждаются так, как в молодости, в признании окружающих. Кроме того, взрослые уже достигают какой-то степени признания, которым в принципе можно удовлетвориться. Молодым же надо добиваться его с нуля.

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

Потребность в самоактуализации является высшей в иерархии Маслоу. Она остро чувствуется, когда остальные потребности более или менее удовлетворены. Самоактуализация - это желание человека стать тем, кем он может стать, это значит достичь вершины потенциала. Как писал Маслоу, «музыкант должен заниматься музыкой, художник – писать картины, а поэт - сочинять стихи, если, конечно, они хотят жить в мире с самими собой. Человек обязан быть тем, кем он может быть. Человек чувствует, что он должен соответствовать собственной природе. Люди должны быть тем, кем они могут быть. Они должны быть верны своей природе»[20.261].

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

**3. Понятие о модели сестринского дела**

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

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

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

Модель сестринского дела ориентирована на человека, а не на болезнь. В настоящее время в мировой практике сестринского дела насчитывается более 30 концептуальных моделей сестринской помощи. Содержа­ние каждой модели зависит как от уровня экономического развития той или иной страны, ее политики, общепризнанных ценностей, системы здравоохранения, религии, так и от философии и убеждений конкретного человека или груп­пы людей, разрабатывающих ту или иную модель.

Каждая из них содержит следующие основные положения:

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

**4. Добавочно-дополняющая модель** **В. Хендерсон**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Модель сестринского ухода** **Н. Роупер ( В.Логан, А.Тайэрни)**

Модель предложенная Н. Роупер в 1976 г., дополнен­на в 80 годы В.Логан и А.Тайэрни.

Авторы считают, что медсестра должна сосредото­чить свое внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, оценка сестринской деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке резуль­татах.

Авторы модели установили 12 видов повседневной жизнедеятельности. Часть из них имеет биологическую основу, другие - культурную и социальную.

Оценка состояния пациента. Первичная сестринская оценка проводится для сбора данных о каждой потребности, затем медсестра устанавливает:

* что пациент может делать в настоящее время, и что пациент в обычной ситуации выполняет без зат­руднения;
* какие проблемы существуют в на­стоящее время;
* какие проблемы могут развиться.

При планировании ухода медицинская сестра записы­вает действительные и потенциальные проблемы, цели ухо­да и сестринские вмешательства.

Сестринские вмешательства должны:

* предупредить развитие потенциальных проблем;
* уменьшить тревогу пациента;
* предоставить возможность обращаться за помощью и принимать ее для удовлетворения нарушенной по­требности и помочь решить действительные проблемы.

При оценке качества и результатов ухода медсестра устанавливает, достигну ты ли поставленные цели, и насколько полезной и эффективной оказалась данная модель сестринского дела в решении действительных проблем.

**6. Поведенческая модель** **Д. Джонсон**

Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прошлого опыта достичь определенных целей. Этот результат зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения.

   Д. Джонсон различает два основных типа поведения че­ловека.

* установка, создаваемая действиями и объектами не­посредственно вокруг человека;
* установка, создаваемая прошлыми привычками.

Применение модели Джонсон. Проводится оценка состояния пациента. Медицинская сестра определяет, существуют ли проблемы, связанные с поведением пациента. Затем изучаются подсистемы, вышедшие из равновесия. Джонсон предлага­ет выделить отдельно структурные (органические) и функциональные изменения, вызывающие проблему. Медицинская сестра должна определить, оказывался ли пациент в подобной ситуации прежде (чрезмерный страх за свою безопасность). Если оказывался, то у пациента структурные (органические) изменения. Если поведение нетипично для пациента, можно сделать вывод, что эти изменения функциональной природы. Медицинская сестра решает, на что должно быть направлено сестринское вмешательство, для этого необходимо получить дополнитель­ную информацию от родственников и лечащего врача.

Автор данной модели утверждает, что нарушение равнове­сия в одной подсистеме оказывает влияние на взаимосвя­занные подсистемы.

Установив нарушение равновесия в конкретных подси­стемах, медсестра вместе с пациентом определя­ет цель ухода. Если проблема пациента связана с функциональными нарушениями, медсестра определяет вмешатель­ства, направленные на изменение окружающей среды, из­менение мотивации пациента.

Для осуществления плана ухода устанавливаются крат­косрочные, промежуточные и долгосрочные цели восста­новления равновесия в подсистемах.

Сестринские вмешательства:

* ограничение поведения;
* защита пациента от неблагоприятных факторов ок­ружающей среды;
* подавление неадекватных реакций пациента;
* сотрудничество медицинской сестры с пациентом; па­циент должен представлять свою роль, свои действия в восстановлении здоровья.

При оценке качества и результатов ухода медицинская сестра описывает результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, предви­дя возможное поведение пациента, так как оно опреде­ляет, что вмешательство было успешным и цель достиг­нута.

Если ожидаемые результаты не достигнуты, медицинс­кая сестра проводит переоценку поведения пациента в пре­делах каждой из подсистем. Для этого ей необходимо получить дополни­тельную информацию от родственников.

**7. Адаптационная модель К. Рой**

Создана в 1976 году, использует дости­жения в области физиологии и социологии. Рой полага­ет, что как для физиологических, так и для психологи­ческих систем существует состояние относительного рав­новесия, которого стремится достичь человек, то есть ка­кой-то диапазон состояний, в котором люди могут адек­ватно справляться со своими переживаниями. Для каждо­го человека этот диапазон уникален.

Согласно этой модели, есть определенный уровень адап­тации, и все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределами.

Рой называет факторы, влияющие на уровень адап­тации, раздражителями, они бывают трех типов:

* очаговые - находятся в окружении человека;
* ситуационные - возникают при оказании сестринс­кой помощи рядом с очаговыми и оказывают на них влияние;
* остаточные - результат прошлых переживаний, ве­рований, взаимоотношений; при сочетании с очаго­выми и ситуационными они влияют на уровень адап­тации.

Предлагается четыре способа адаптации, из­меняющих поведение:

* физиологический,
* Я-концепция,
* роль-функция,
* взаимозависимость.

Физиологический способ адаптации - это реакция чело­века на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород.

Я-концепция - это желание человека понять самого себя: как собственное поведение, так и телесный образ. Этот способ адаптации помогает человеку справиться с изменениями его психологических и телесных «Я». Этот способ адаптации эффективен при подготовке пациента к операции, особенно при операциях, изменяющих его тело; ампутация конечностей, мастэктомия, наложение стомы.

Роль-функция предполагает изменение роли пациента в семье, на работе, в зависимости от тех или иных обстоя­тельств. Активный, деятельный человек, занимающий опреде­ленное положение в обществе, оказывается в лечебном учреждении и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента.

Взаимозависимость - это стремление человека достичь состояния относительного баланса в различных взаимоот­ношениях. Медсестре следует учитывать ог­раниченность возможностей адаптации в ситуациях, ког­да пациент, оказавшись полностью зависимым от персона­ла, испытывает отрицательные эмоции.

При оценке состояния пациента медицинская сестра должна определить, дает ли пове­дение пациента в любом из четырех способов адаптации повод для беспокойства. Если повод для беспокойства есть, медицинская сестра должна выяснить, чем обусловлены проблемы адаптации пациента: очаговыми, ситуацион­ными или остаточными раздражителями.

Медицинская сестра, использующая эту модель, опреде­ляет пределы адаптации для каждого человека и раздражители, вызываю­щие у пациента неадекватные реакции.

Планирование сестринского ухода. Медсестра, выявив раздражители, вызываю­щие у пациента неадекватные реакции, совместно с паци­ентом определяет цели:

- краткосрочная цель ухода, позволяет расширить уро­вень адаптации или устранить раздражитель;

- долгосрочная цель ухода поможет пациенту адапти­роваться к постоянно изменяющейся окружающей среде.

Сестринское вмешательство предпо­лагает, что каждый человек стремиться к состоянию психологического и физиологического равновесия. Сест­ринское вмешательство должно изменить раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации и был направлен на очаговые раздражители.

Оценка эффективности сестринского ухода. Сестринское вмешательство эффективно только в том случае, если достигнута цель в конкретных адаптивных способах.

**8. Модель дефицита самоухода** **Д. Орем**

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

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

* недостаток знаний и умений;
* мотивация;
* ограничение поведения, продиктованное об­щественными и культурными нормами.

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

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

**9. Модель, направленная на укрепление здоровья М. Аллен**

Эта модель встречается в литературе под несколькими названиями - модель Макгила, которую впер­вые внедрили в университете Макгила в Монреале, также эту модель называют моделью М. Аллен - по имени автора.

При оценке состояния пациента медсестра наблюдает за поведением пациен­та, а также использует полученную информацию от чле­нов семьи, выявляет сильные стороны семьи и существую­щие проблемы, связанные со здоровьем пациента. Опреде­ляет приоритеты и отношение членов семьи пациента к определенным сферам деятельности, ее духовные ценнос­ти и убеждения.

При планировании сестринского ухода медсестра выясняет, что думает, чувствует, в чем нуждается пациент и его семья в связи с предстоя­щим лечением. Она долж­на определить время проведения тех или иных мероприя­тий плана, руководствуясь при этом результатами непре­рывной оценки пациента и его семьи. Пациент должен осознать и использовать по­тенциальные возможности свои и своей семьи для того, чтобы разработать план действий. Планы должны быть нацелены на решение всех задач, выявленных медсестрой в процессе работы с семьей. Данная проблема дол­говременная, и предстоит длительный период, в течение которого придется направить все усилия на преодоление причин, вызвавших проблему. Пациент и его семья должны это понять и осознать.

Сестринское вмешательство. Медсестра должна определять, какие подхо­ды к преодолению проблем предпочтительны для пациен­та и его семьи, и оценить их эффективность. Она должна постоянно работать над планами действий, исходя из си­туации в семье.

Сестринское вмешательство предусматривает следующее:

* образ жизни пациента (как заболевание может отра­зиться на профессиональной деятельности);
* стресс (если сменить место работы не представляется возможным);
* диета и контроль за массой тела;
* физические упражнения;
* вредные привычки - курение.

При оценке эффективности сестринского ухода медсестра фиксирует оценки пациента и его семьи в отношении плана мероприятий и вносит в него необходимые изменения, основываясь на мнении семьи о возможности достижения ожидаемых результатов. Она обобщает работу, проделанную членами семьи.

Ознакомившись с несколькими моделями из множества существующих мы видим, что единой модели на сегодняшний день не существует.

Практикующие сестры во многих странах одновремен­но используют несколько моделей, причем выбор модели зависит от невозможности пациента удовлетворить те или иные потребности.

Осмысление уже разработанных моделей помогает выб­рать те, которые пригодны для конкретного пациента.

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

Вопросы для повторения:

1. Дайте определение терминам: потребность, осознанная потребность, потребность индивида.
2. Назовите основные жизненно-важные потребности человека по А. Маслоу.
3. Охарактеризуйте пирамиду потребностей по А. Маслоу.
4. Что представляет собой модель сестринского дела?
5. Охарактеризуйте значение моделей для развития сестринского дела в России.

**Тема 6. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу**

**Вопросы для изучения:**

1. Понятие о сестринском процессе
2. Этапы сестринского процесса
3. Первый этап сестринского процесса: сестринское обследование и оценка состояния пациента
4. Второй этап сестринского процесса: сестринская диагностика
5. Третий этап сестринского процесса: планирование сестринских вмешательств
6. Четвертый этап сестринского процесса: реализация плана сестринских вмешательств
7. Пятый этап сестринского процесса: оценка результатов и коррекция ухода

**1. Понятие о сестринском процессе**

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

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

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

Сестринский процесс – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой обязанностей по оказанию помощи пациентам (населению).

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

**2. Этапы сестринского процесса**

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных этапов.

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

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

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

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

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

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

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

**4. Второй этап сестринского процесса: сестринская диагностика**

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

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

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

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

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

**5. Третий этап сестринского процесса: планирование сестринских вмешательств**

Третий этап сестринского процесса – планирование сестринской помощи. Планирование сестринской помощи начинается с постановки целейсестринской помощи. Существует два вида целей: краткосрочные и долгосрочные. Краткосрочными являются цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени – неотложно или в течение 1-2 недель и ставятся, как правило, в острой фазе заболевания. Долгосрочными являются цели, которые достигаются за более длительный период (более 2 недель). Они обычно направлены на предотвращение рецидивов заболевания, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение знаний о здоровье.

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

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

**6. Четвертый этап сестринского процесса: реализация плана сестринских вмешательств**

Четвертый этап сестринского процесса – осуществление плана сестринских вмешательств.

Существует три категории сестринского вмешательства:

* независимое – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от др. специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.);
* зависимое – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.);
* взаимозависимое– совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, действия опреационной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

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

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

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

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

**7. Пятый этап сестринского процесса: оценка результатов и коррекция ухода**

Пятый этап сестринского процесса– оценка эффективности сестринского процесса.

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

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

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

Вопросы для повторения:

1. Дайте определение сестринскому процессу.
2. Сформулируйте цель сестринского процесса.
3. Перечислите этапы сестринского процесса и дайте им характеристику.
4. Какие документы необходимы для осуществления сестринского процесса?
5. Назовите преимущества внедрения сестринского процесса в практическое здравоохранение.

**Тема 7. Потребность пациента в нормальном дыхании. Потребность пациента в адекватном питании и питье**

**Вопросы для изучения:**

1. Первичная оценка потребности внормальном дыхании
2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в нормальном дыхании
3. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании
4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в нормальном дыхании
5. Первичная оценка потребности пациента в адекватном питании и питье
6. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье
7. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в адекватном питании и питье
8. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в адекватном питании и питье

**1. Первичная оценка потребности в нормальном дыхании**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Различают следующие виды патологической одышки:

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

Удушье - быстро развивающаяся сильная одышка.

Патологические типы дыхания.

1. Большое дыхание Куссмауля - редкое, глубокое, шумное (наблюдается при глубокой коме - длительной потере сознания).
2. Дыхание Биотта - периодическое дыхание, при котором происходит правильное чередование периода поверхностных дыхательных движений и пауз, равных по продолжительности (от нескольких секунд до минуты).
3. Дыхание Чейна-Стокса - характеризуется периодом нарастания частоты и глубины дыхания, которое достигает максимума на 5-7 дыхании, с последующим периодом убывания частоты и глубины дыхания и очередной длительной паузой, равной по продолжительности (от нескольких секунд до 1 минуты).

Асфиксия - это остановка дыхания вследствие прекращения поступления кислорода.

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

Гастинг – редкие, нерегулярные по глубине и частоте вдохи.

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

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

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

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

ОДН – острая дыхательная недостаточность.

Положения пациента при дыхательных расстройствах:

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

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

Проблемы пациента могут быть связаны с:

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

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

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

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

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

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

**4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в нормальном дыхании**

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

**5. Первичная оценка потребности пациента в адекватном питании и питье**

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

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

* возраст, рост, массу тела (при необходимости произвести измерения):
* пониженная масса тела – на 10-20% меньше идеальной для человека конкретного возраста, роста и конституции,
* избыточная масса тела – на 10% превышает идеальную для человека конкретного возраста, роста и конституции,
* кахексия - это крайнее истощение организма, которое характеризуется общей слабостью, резким снижением веса, активности физиологических процессов, а также изменением психического состояния больного,
* ожирение, или тучность, **-**это увеличение массы тела на 20 и более процентов идеальной массы тела человека,
* наличие зубных протезов: верхние зубы, нижние зубы, верхние и нижние зубы,
* возможность самостоятельно принимать пищу и пить жидкость,
* возможность обеспечить себя разнообразной пищей в достаточном количестве,
* какой аппетит у пациента: хороший, повышенный, пониженный, отсутствует,
* любимые и не любимые блюда,
* особая диета, которую пациент употребляет в силу того или иного заболевания,
* наличие боли, тошноты, рвоты, неприятного запаха изо рта.

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

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

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

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

Сестринский уход предусматривает достижение одной или нескольких целей:

* пациент знает принципы рационального питания,
* пациент знает принципы адекватного питания,
* пациент понимает необходимость рационального (адекватного, диетического) питания,
* пациент получает адекватное количество пищи и/или жидкости самостоятельно либо с помощью сестринского персонала и/или родственников;
* пациент выпивает в день 2 литра жидкости,
* пациент получает адекватную помощь и не испытывает страха в связи с возможным недержанием и/или неудержанием кала и/или мочи,
* продолжительность диеты (приема слабительных, частоты использования клизм) будет определена специалистом,
* водный баланс у пациента будет нормальным,
* масса тела пациента не будет отличаться от идеальной более чем на 10%,
* физическая нагрузка пациента будет адекватной потребляемой пищи,
* пациент съедает весь суточный рацион,
* пациент говорит, что у него хороший аппетит.

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

Кроме того, сестринские вмешательства должны быть направлены на:

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

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

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

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

**Вопросы для повторения:**

1. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке в нарушении потребности внормальномдыхании.
2. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности внормальномдыхании.
3. Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности внормальномдыхании.
4. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности в нормальномдыхании.
5. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке в нарушении потребности пациента вадекватном питании и питье.
6. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье.
7. Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности вадекватном питании и питье.
8. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при нарушении потребности пациента вадекватном питании и питье.

**Тема 8. Потребность пациента в физиологических отправлениях. Потребность пациента в движении**

**Вопросы для изучения:**

1. Первичная оценка потребности в физиологических отправлениях
2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в физиологических отправлениях
3. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях
4. Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в физиологических отправлениях
5. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в физиологических отправлениях
6. Первичная оценка потребности пациента в движении
7. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении
8. Определение возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в движении
9. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в движении

**1. Первичная оценка потребности в физиологических отправлениях**

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

При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях следует:

во-первых, выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать выделение отходов,

во-вторых, уточнить частоту выделения отходов,

в-третьих, их характер.

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

Расстройство мочеиспускания – дизурия – может быть двух видов:

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

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

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

Признаки инфекции мочевыводящих путей:

* боль и ощущение жжения при мочеиспускании,
* частые позывы к мочеиспусканию с выделением небольшого количества мочи,
* мутная, концентрированная (темно-желтая) и, возможно, дурно пахнущая моча,
* хлопья слизи или кровь в моче,
* повышение температуры тела.

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

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

Понос (диарея) – жидкий стул.

Запор – задержка кала в кишечнике более 48 часов.

Недержание кала– потеря контроля над выделением кала из кишечника.

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

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

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

Обсуждая совместно с пациентом цели предстоящего ухода, следует предусмотреть:

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

**4. Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в физиологических отправлениях**

Сестринские вмешательства должны быть направлены на достижение поставленных целей.

Для того чтобы предупредить развитие инфекции мочевыводящих путей, следует:

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

Многие психологические проблемы могут быть решены, если уважать чувство собственного достоинства пациента, обеспечивать ему безопасность и уединение во время физиологических отправлений.

**5. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в физиологических отправлениях**

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

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

**6. Первичная оценка потребности пациента в движении**

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

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

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

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

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

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

Тетраплегия - этоутрата или нарушение движений во всех четырех конечностях.

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

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

**7. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в движении**

* риск развития пролежней,
* зависимость при осуществлении тех или иных видов повседневной жизнедеятельности: прием пищи, физиологические отправления, способность самостоятельно одеваться/раздеваться,
* развитие тугоподвижности (анкилоз) суставов,
* состояниедепрессии, обусловленное потерей независимости.

**8. Определение возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в движении**

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

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

**9. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в движении**

Текущая и итоговая оценка результатов ухода считается эффективной, если:

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

**Вопросы для повторения:**

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

**Тема 9. Потребности пациента в сне, одежде (надевании раздевании, выборе), осуществлении личной гигиены**

**Вопросы для изучения:**

1. Первичная оценка потребности во сне
2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности во сне
3. Определение возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности во сне
4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности во сне
5. Первичная оценка потребности пациента восуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)
6. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)
7. Определение задач и целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)
8. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в осуществлении личной гигиены, одежде (надевании раздевании, выборе)

**1. Первичная оценка потребности во сне**

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

Функции сна заключаются:

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

Проводя первичную оценку удовлетворения потребности пациента в сне необходимо выяснить:

* в какое время обычно спит человек,
* какие факторы влияют на качество сна,
* хорошо ли спит,
* существуют ли трудности в течение длительного времени или/и в данный момент.

**2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности во сне**

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

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

**3. Определение возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности во сне**

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

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

**4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности во сне**

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

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

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

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

При проведении первичной оценки состояния пациента следует выяснить:

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

При проведении первичной оценки состояния пациента следует обращать внимание на:

* изменение физического состояния, связанного с возрастом,
* индивидуальные особенности физического состояния,
* синяки, цвет кожи, участки шелушения и мокнутий,
* чистоту рук и ногтей,
* состояние полости рта (сухость, запах), зубов или зубных протезов, режим и технику чистки зубов,
* состояние волос: прическа, характер волос (сухие, жирные), перхоть, вши, привычка мытья волос,
* состояние одежды: стиль, фасон, уместность и целесообразность одежды, ее опрятность, духи, косметика, удобная и подходящая обувь,
* знание мужчин и женщин о личной гигиене наружных половых органов.

**6. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в осуществлении личной гигиены, одежде**

**(надевании раздевании, выборе)**

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

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

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

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

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

Цели можно сформулировать так:

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

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

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

**Вопросы для повторения:**

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

**Тема 10. Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды**

**Вопросы для изучения:**

1. Первичная оценка потребности вподдержании нормальной температуры тела
2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в поддержании нормальной температуры тела
3. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела
4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела
5. Первичная оценка потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды
6. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды
7. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в поддержании безопасной окружающей среды
8. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в поддержании безопасной окружающей среды

**1. Первичная оценка потребности в поддержании нормальной температуры тела**

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

Когда температура повышается или понижается, становится жарко или холодно.

Для проведения первичной оценки необходимо выяснить:

* как воспринимает пациент температуру своего тела в настоящий момент (комфортная, высокая, низкая),
* какие факторы влияют на поддержание нормальной температуры тела,
* что знает человек о поведении и физиологических механизмах, влияющих на температуру тела,
* существуют ли потенциальные проблемы гипертермии, гипотермии или обмораживания,
* какое значение придает человек адекватному (рациональному) питанию, комфортной одежде для поддержания нормальной температуры тела,
* имеются ли финансовые трудности, нарушающие возможность поддерживать нормальную температуру тела,
* имеются ли длительные проблемы и как он с ними справляется,
* если проблемы в данный момент.

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

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

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

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

Повышение температуры тела (лихорадка) имеет 3 периода.

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

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

Проблемы пациента в 2 периоде лихорадки – относительное постоянство температуры тела на высоком уровне могут быть:

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

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

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

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

Сестринский уход должен быть направлен на:

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

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

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

Во 2 периоде лихорадки сестринские вмешательства направлены на увеличение теплоотдачи: переодевание пациента в более легкую одежду, смена теплого одеяла на легкую простыню, обтирания кожи прохладной водой, прикладывание холодного компресса к голове, частое дробное питание, прохладное витаминизированное пить и т.д.

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

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

Цели достигнуты, если

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

**6. Первичная оценка потребности пациента в поддержании безопасной окружающей среды**

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

* как поступает он в обычных условиях, чтобы обеспечить свою безопасность,
* какие факторы влияют на его возможности обеспечить свою безопасность,
* какие меры, позволяющие обеспечить безопасность, знает пациент,
* как он относится к этой потребности,
* трудности, испытываемые пациентом в прошлом в связи с обеспечением безопасности, и как ему удавалось их преодолеть,
* действительные и потенциальные проблемы, связанные с поддержанием безопасной окружающей среды.

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

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

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

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

Цели сестринского ухода должны быть измеряемы и наблюдаемы, например:

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

Сестра должна обезопасить пребывание пациента в стационаре:

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

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

При пользовании электробритвами надо иметь только исправные, с изолированными шнурами.

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

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

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

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

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

**Вопросы для повторения:**

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

**Тема 11. Потребности пациента в общении; труде и отдыхе**

**Вопросы для изучения:**

1. Первичная оценка потребности в общении
2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в общении
3. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в общении
4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в общении
5. Первичная оценка потребности пациента в труде и отдыхе
6. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в труде и отдыхе
7. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в труде и отдыхе
8. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в труде и отдыхе

**1. Первичная оценка потребности в общении**

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

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

* возраст человека: ребенок, старый человек,
* зависимое или независимое состояние: физическая активность,
* биологические (анатомо-физиологические) особенности: речь, слух, зрение,
* психологические факторы: интеллект, настроение,
* социо-культурные факторы: родной язык, убеждения,
* окружающая среда: температура воздуха, шум, свет,
* политико-экономические факторы: доход, профессия.

Учитывая перечисленные факторы, сестре следует обратить внимание на следующее:

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

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

**2. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в общении**

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

1. Проблемы, связанные с познавательной способностью:

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

2. Проблемы, связанные с речью:

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

3. Проблемы, связанные со слухом:

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

4. Проблемы, связанные со зрением:

* слепота,
* операция на глазах.

5. Проблемы, связанные с прикосновением:

* нарушение кожной чувствительности,
* агрессия.

6. Проблемы, связанные с потерей способности двигаться:

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

7. Проблемы, связанные с изменение окружающей среды:

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

**3. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в общении**

Цели должны быть реалистичными:

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

Рекомендации медицинским сестрам при общении:

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

**4. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в общении**

Достижение цели «эффективного общения» означает:

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

**5. Первичная оценка потребности пациента в труде и отдыхе**

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

Припервичной оценке потребности пациента в труде и отдыхе сестра должна выяснить:

* продолжительность рабочего дня и отдыха,
* где пациент работает и с кем,
* какие факторы воздействуют на пациента на работе и отдыхе,
* что знает пациент о воздействии на здоровье условий его труда и отдыха,
* как относится пациент к своей работе и отдыху,
* существуют ли у него давние проблемы на работе и во время отдыха и как он с ними справляется,
* какие проблемы с работой и отдыхом существуют в данный момент и какие проблемы могут возникнуть.

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

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

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

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

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

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

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

**Вопросы для повторения:**

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

**Тема 12. Сестринский процесс при боли**

**Вопросы для изучения:**

1. Виды и характеристика боли
2. Первичная оценка боли
3. Возможные проблемы пациента, связанные с болью
4. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при боли
5. Оценка результатов сестринского ухода при боли

**1. Виды и характеристика боли**

Боль - неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани.

Боль - неприятное, гнетущее, иногда нестерпимое ощущение, возникающее под воздействием специфических раздражителей, либо вследствие психических нарушений и сопровождающееся психофизиологическими мотивационно-эмоциональными проявлениями.

Острая больопределяется как краткая по времени проявления боль с легко идентифицируемой причиной. Часто стойкая и острая боль сопровождается также ноющей болью. Острая боль обычно концентрируется в определенном участке.

Хроническая боль **-** боль, которая упорно сохраняется дольше того соответствующего отрезка времени, в течение которого она обычно должна завершаться.

Кожная больвозникает при повреждении кожи или подкожных тканей. Кожные рецепторы оканчиваются чуть ниже кожи, и благодаря высокой концентрации нервных окончаний предоставляют высокоточное, локализованное ощущение боли малой продолжительности.

Соматическая больвозникает в связках, сухожилиях, суставах, костях, кровяных сосудах и даже в самих нервах. Она определяется соматическими рецепторами. По причине нехватки болевых рецепторов в этих участках они производят тупую, плохо локализуемую, более продолжительную боль, чем у кожных болей.

Внутренняя больвозникает от внутренних органов тела. Внутренние рецепторы расположены в органах и во внутренних полостях. Еще большая нехватка болевых рецепторов в этих участках тела приводит к появлению более нудящей и продолжительной боли.

Фантомная больв конечностях - ощущение боли, возникающее в утраченной конечности или в конечности, которая не чувствуется с помощью обычных ощущений. Данное явление практически всегда связано со случаями [/](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) и [паралича](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%87).

Невропатическая боль(«невралгия») может появиться как результат повреждения или заболевания самих нервных тканей (например, [зубная боль](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%97%D1%83%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C&action=edit&redlink=1)). Это может нарушить возможность чувствительных нервов передавать правильную информацию таламусу (отделу промежуточного мозга), и отсюда мозг неправильно интерпретирует болевые стимулы, даже если отсутствуют очевидные физиологические причины боли.

Психогенная больдиагностируют в отсутствие органического заболевания или в том случае, когда последнее не может объяснить характер и выраженность болевого синдрома. Психогенная боль всегда имеет хронический характер и возникает на фоне психических расстройств: [депрессии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F), [тревоги](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B3%D0%B0), [ипохондрии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BF%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%B8%D1%8F), [истерии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8), [фобии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%8F).

Душевная боль- это [эмоция](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%8F) также связанная с потерей чего-то важного для [жизни](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C), только человек теряет не ткани тела, клетки или физиологические функции, а близких родственников, любимых людей, личные вещи, собаку или кошку, либо он теряет статус или уважение и т. д. Здесь возникают прямые параллели с физической болью в том плане, что боль - это всегда потеря чего-нибудь, приводящая к угрозе [смерти](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D1%8C). Душевная боль может быть столь интенсивной, что сопровождается явственным ощущением физической боли.

**2. Первичная оценка боли**

Первичную оценку боли дать достаточно сложно.

Н. Роупер приводит три основных метода проведения оценки:

* описание боли самим пациентом,
* изучение возможной причины появления боли,
* наблюдение за реакцией человека на боль.

При первичной оценке боли необходимо выяснить:

* локализацию боли,
* причину появления боли, ее продолжительность и условия исчезновения,
* интенсивность боли,
* реакцию на боль.

**3. Возможные проблемы пациента, связанные с болью**

Проблемы ограничения (видоизменения) привычной жизни пациента: двигательная активность, общение, работоспособность, отдых, здоровье и т.д.

**4. Определение целей сестринского ухода и возможных сестринских вмешательств при боли**

При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода является облегчение ощущения боли и страданий пациента. При хронической боли – помочь пациенту превозмочь боль.

Сестринские вмешательства:

* правильное проведение лекарственной терапии по назначению врача,
* отвлечение внимания от боли,
* изменение положения тела пациента,
* применение холода или тепла,
* обучение пациента различным методикам расслабления, растирания, легкого поглаживания места локализации боли.

**5. Оценка результатов сестринского ухода при боли**

Для проведения итоговой оценки успешности сестринских вмешательств необходимы объективные критерии:

* боль полностью исчезла,
* боль почти исчезла,
* боль значительно уменьшилась,
* боль уменьшилась слегка,
* нет заметного уменьшения боли.

**Вопросы для повторения:**

1. Дайте понятие боли.
2. Какие виды болей различают?
3. Дайте характеристику видам болей.
4. На что необходимо обращать внимание медсестре, при первичной оценке боли.
5. Какие проблемы могут возникнуть у пациента, связанные с болью.
6. Каковы цели сестринского ухода и возможные сестринские вмешательства при боли у пациента.
7. По каким критериям можно оценить эффективность сестринского ухода при боли у пациента.

**Список использованных источников и литературы**

Обязательные для подготовки к занятию литературные источники

1. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела: учебник в 2-х частях. Ч. 1/ С.А.Мухина, И.И. Тарновская.– 2-е изд., испр. и доп. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.-184 с.
2. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела: учебник в 2-х частях. Ч. 2/ С.А.Мухина, И.И. Тарновская.– 2-е изд., испр. и доп. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.-208 с.
3. Основы сестринского дела: учебник для студ. сред. проф. учеб. заведений/под ред. С.И.Двойникова. – М.: «Академия», 2007.–336 с.

Рекомендуемые для подготовки к занятию литературные источники

1. Маркс, К. Сочинения / К. Маркс, Ф.Энгельс.- 2-е изд., Т.3. – М.: Государственное издательство политической литературы, 1959. – 896 с.

# Найтингейл, Ф. Записки об уходе: Серия: Приложение к журналу «Медицинская сестра»/Ф. [Найтингейл. -](http://www.libex.ru/?cat_author=%CD%E0%E9%F2%E8%ED%E3%E5%E9%EB,%20%D4%EB%EE%F0%E5%ED%F1&author_key=205) М.: Русский врач, 2002. – 96 с.

1. Обуховец, Т.П. Основы сестринского ухода: учебное пособие / Т.П. Обуховец, Т.А. Склярова, О.В. Чернова. - Ростов н/Д: Феникс, 2002.–448 с.
2. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕составитель С.Е. Хвощева. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001. – 123 с.
3. Романюк, В.П. История сестринского дела в России / В.П. Романюк, В.А. Лапотников, Я.А. Накатис. – СПб.: С-Пб. ГМА, 1998.-345 с.
4. Сестринский процесс: учебное пособие/под общей ред. проф. Г.М.Перфильевой. – М.: ГЭОТАРМЕД, 2001.- 123 с.
5. Справочник медсестры по уходу за больными.-М.: Медицина, 2011.-654 с.
6. Теория концептуальной модели сестринского дела : учебное пособие/под общей ред. проф. Г.М.Перфильевой. – М.: ГЭОТАРМЕД, 2001.-208 с.
7. Философский энциклопедический словарь / под ред. Е. Ф. Гуро. – М. : Инфра-М, 2004. – 578 с.
8. Шпирина А.И., Коноплева Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни: учебное пособие для преподавателей и студентов / А.И. Шпирина, Е.Л. Коноплева, О.Н. Евстафьева. - М.: ВУНМЦ, 2002. – 54 с.
9. Этический кодекс медицинской сестры России. – МАМС, 1996.-15 с.
10. Яромич, И.В. Сестринское дело: учебное пособие / И.В. Яромич. – Мн.: Высшая школа, 2007.– 464 с.

**Периодические издания**

1. Алифанова, Л.И., Карта сестринского наблюдения за пациентом как модель сестринского процесса / Л.И. Алифанова, Е.П. Карцева //Медицинская помощь. 1997. - № 6. - С.21.
2. Башкардина, Г.Н. Новое в подготовке специалистов сестринского дела / Г.Н. Башкардина //Медицинская помощь. 1996. - № 2. - С.23.
3. Блохина, Н.Н. Вопросы истории сестринского дела в России на страницах журнала «Медицинская сестра» в годы Великой Отечественной войны / Н.Н. Блохина //Медицинская помощь. 1996. - № 1. - С.53.
4. Бодалев, А.А. О перспективах использования идей А.Маслоу при решении некоторых проблем акмеологии / А.А. Бодалев //Мир психологии.1998.- № 2. - С.217.
5. Двойников, С.Н. Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями / С.Н. Двойников, Л.А. Карасева //Медицинская помощь. 1996. - № 3. - С.17.

**приложение**

**Задания для самостоятельной работы студентов**

1. Написать мини-сочинений на тему «Благо больного – высший закон».

2. Составить хронологическую таблицу основных событий истории сестринского дела.

3. Составить сводную таблицу на соотношение этических компонентов философии сестринского дела со статьями Этического кодекса сестер России.

4. Составить сводную таблицу на соотношение уровней основных потребностей человека по А. Маслоу с потребностями повседневной жизни по В. Хендерсон.

5. Составить таблицу **«**Различия в общих положениях моделей сестринского дела у Д. Орэм и В Хендерсон: пациент, источник проблем, направленность сестринских вмешательств, цель ухода, сестринское вмешательство, оценка качества и результатов ухода, роль сестры».

6. Составить обзорную таблицу «Этапы сестринского процесса».

7. Подготовить реферат по одной из предложенных тем:

* История сестринского дела, как часть истории человечества.
* История становления национальных обществ и международных организаций Красного Креста и Красного Полумесяца.
* История создания ВОЗ.
* Общины сестер милосердия.
* Русские женщины - от сестры милосердия до медицинской сестры.
* Наследие Ф. Найтингейл.

8. Подготовить реферат по одной из предложенных тем.

* Как сделать общение эффективным.
* Язык телодвижений.

9. Подготовить реферат по одной из предложенных тем.

* Как сделать обучение эффективным.
* Что такое эффективное обучение.

10. Подготовить реферат по одной из предложенных тем.

* Проблемы пациентов и родственников при уходе за тяжелобольным пациентом.
* Педикулез.
* Проблемы пациента и родственников в первые часы пребывания в стационаре.

11. Составить схемы.

* Уровни общения.
* Элементы эффективного общения.
* Каналы общения.
* Как сделать вербальное общение эффективным.
* Мимика человеческого лица.
* Жесты человека и их значение.
* Зоны комфорта.
* Сферы обучения.
* Факторы эффективного обучения.
* Уровни потребностей человека по А. Маслоу.
* Сестринский уход с целью профилактики возникновения пролежней.
* Сестринский уход за пролежнями различной степени тяжести.