**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**«БЕЛЕБЕЕВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу»**

Младшая медицинская сестра по уходу за больным

МДК 04.01 Теория и практика сестринского дела

По специальности

34.02.01 Сестринское дело

г. Белебей

2019г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рассмотрена и одобрена на заседании ЦМК  Профессиональных модулей сестринского дела  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.  \_\_\_\_\_\_ М.Р.Короткова  Председатель ЦМК | |  | | Составлена в соответствии с требованиями ФГОС СПО специальности 34.02.01 Сестринское дело, утвержденным приказом Министра образования и науки РФ от 12 мая 2014 года  № 502  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.Р. Логанова  Заведующий отделом по учебной работе | |
|  | |  | |

Методическая разработка практического занятия составлена в соответствии с ФГОС на основе Федерального государственного образовательного стандарта по специальностям среднего профессионального образования

34.02.01 Сестринское дело

Организация-разработчик: ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж»

Разработчик:

Кадырова Ю.И.- преподаватель

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Пояснительная записка
2. Обоснование темы
3. Педагогическая характеристика
4. Требования к результатам освоения раздела профессионального модуля
5. Структура занятия:

* Цель занятия;
* Оснащение занятия;
* Хронологическая карта занятия;
* Этапы проведения занятия;
* Контроль и оценка результатов освоения профессионального модуля
* Теоретическое обоснование темы;
* Дидактический материал;
* Карта экспертной оценки

1. Литература.

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Методическая разработка практического занятия рассчитана на 6 учебных часов, в соответствии с учебным планом программы МДК 04 раздела «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел включает в себя несколько частей:

* Осуществление ухода за пациентами различных возрастных групп.
* Осуществление сестринского процесса

Представленная разработка направлена на изучение всех этапов сестринского процесса. В соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта целью занятия является формирование соответствующего уровня общих и профессиональных компетенций. После изучения данной темы студент должен:

**иметь практический опыт:**

- выявления нарушенных потребностей пациента;

- оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

- планирования и осуществления сестринского ухода;

- ведения медицинской документации

**уметь:**

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

- определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;

- документировать этапы сестринского процесса.

**знать:**

- 1 этап – оценка состояния пациента. Заполнение листа первичной оценки.

- 2 этап – выявление проблем пациента.

- 3 этап – постановка целей сестринских вмешательств. Виды целей и ожидаемый результат. Требования к формулированию целей.

- 4 этап – объём вмешательств – тактика сестры, зависящая от состояния пациента и поставленных целей.

- 5 этап – оценка результата. Текущая и итоговая оценка.

Каждое занятие комплекса включает в себя теоретическое обоснование темы, карты самостоятельной работы и карты контрольной оценки по итогам занятия. Для промежуточного контроля по разделу представлено тестовое задание в двух вариантах. Также представлена рабочая тетрадь по разделу для организации самостоятельной работы студентов и проведения самоконтроля.

**ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Методическая разработка включает в себя практическое занятие по разделу «Теория и практика сестринского дела». Раздел рассматривает вопросы осуществления ухода за пациентами. Осуществление сестринского процесса.

Формирование профессиональных и общих компетенций по вопросам общения в сестринском деле являются одним из основ для обучения специалистов сестринского дела.

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Практические занятия – это важное звено в системе среднего профессионального образования медицинских работников. Они являются особенно значимыми в процессе формирования профессиональных и общих компетенций у студентов медицинского колледжа.

Предусматривается проведение занятий на базах учреждений практического здравоохранения, это позволяет максимально приблизить учебный процесс к реальным условиям. Специфика проведения практических занятий подразумевает проведение контроля знаний, закрепление лекционного материала с использованием информационно-компьютерных технологий и большой блок самостоятельной работы студентов (аудиторной и внеаудиторной). Дидактический материал представлен рабочими тетрадями и различными приемами контроля знаний на всех этапах занятия. Карта самостоятельной работы обеспечивает четкую организацию учебного процесса, возможность самоконтроля и взаимоконтроля при отработке манипуляций.

**ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ РАЗДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

Результатом освоения раздела профессионального модуля «Теория и практика сестринского дела» является овладение обучающимися профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 4.1. | Осуществлять сестринский процесс |
| ПК 4.2. | Оформлять медицинскую документацию |
| ПК 4.3. | Консультировать пациента и его родственников по вопросам ухода и самоухода. |
| ПК 4.4 | Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий |
| ОК 1. | Понимать сущность и значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. |
| ОК 2. | Организовывать свою деятельность, выбирать методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество. |
| ОК 3. | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность. |
| ОК 4. | Осуществлять поиск и использование всей информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач. |
| ОК 5. | Использовать информационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Уметь работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7. | Самостоятельно уметь определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осуществлять повышение квалификации. |
| ОК 8. | Соблюдать правила охраны труда, противопожарной безопасности и техники безопасности. |

**ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

**Тип занятия:** практическое

**Место проведения:** кабинет доклинической практики

**Продолжительность:** 270 минут

**Содержание занятия:**

1 этап – оценка состояния пациента. Заполнение листа первичной оценки.

2 этап – выявление проблем пациента.

3 этап – постановка целей сестринских вмешательств. Виды целей и ожидаемый результат. Требования к формулированию целей. Условия чёткого выполнения вмешательств.

4 этап – объём вмешательств – тактика сестры, зависящая от состояния пациента и поставленных целей.

5 этап – оценка результата. Документирование этапов сестринского процесса.

**Цели занятия:**

**Учебная:**

* Изучить определение - сестринский процесс, потребности пациента.
* Изучить 1 этап сестринского процесса.
* Изучить 2 этап сестринского процесса.
* Изучить 3 этап сестринского процесса.
* Изучить 4 этап сестринского процесса.
* Изучить 5 этап сестринского процесса.
* Изучить документацию к сестринскому процессу.
* Формирование профессиональных навыков компетенций при выполнении сестринского ухода.

**Воспитательная:**

* Воспитать чувство ответственности при выполнении профессиональных обязанностей

**Развивающая:**

* Развить клиническое и логическое мышление
* Развить самостоятельность
* Развить профессиональные навыки
* Развить навыки работы с документацией
* Развить навыки общения с пациентами и их окружением
* Развить организационные способности
* Развить положительные личностные качества

**Оснащение занятия:**

**Методическое обеспечение**:

рабочая программа, поурочный план, методическая разработка, тестовые задания, дополнительная литература, лекционный материал, карта самостоятельной работы, карта экспертной оценки, учебно-методическая литература.

**План проведения занятия и расчет времени:**

1.Организационный момент – 5 минут

2.Контроль уровня знаний – 20 минут

3.Изучение нового материала – 20 минут

4.Демонстрационная часть – 10 минут

5.Вводный инструктаж – 5 минут

6.Самостоятельная работа – 180 минут

7.Оформление дневников и манипуляционных тетрадей – 20 минут

8.Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут

9.Заключительная часть – 5 минут

**ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

**1. Организационный момент.**

Цель: оптимизировать учебный процесс, создание рабочего настроя и условий выполнения задач занятия. Проводится проверка готовности кабинета к работе, оценка внешнего вида студентов, приветствие, проверка посещаемости и назначение дежурных, сообщение темы и плана проведения занятия, целей занятия и его значение в учебном процессе и практической деятельности. Студенты записывают занятия и дату проведения в дневники, осмысливают план проведения занятия.

**2. Контроль уровня знаний.**

Цель: выявление знаний по теме, определения уровня подготовки, готовности к усвоению нового материала и оценка качества знаний, выявление слабых мест в подготовке, оценка способности к логическому и клиническому мышлению. Оценивается качество самоподготовки и усвоения материала. Преподаватель оценивает уровень знаний лекционного материала и результатов самоподготовки, используя при этом различные приемы: фронтальный опрос, терминологический диктант или тестовые задания, индивидуальный опрос.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Что такое сестринский процесс?
2. Что какие этапы сестринского процесса вы знаете?
3. Что такое потребность, виды?
4. Какие виды вмешательств вы знаете?
5. Какие цели ставит перед собой медсестра?
6. Понятие сестринский диагноз?

**3. Изучение нового материала.**

Цель: выполнение требований образовательного стандарта, формирование профессиональной компетенции по разделу модуля, формирование профессиональных навыков по манипуляциям, закрепление теоретических знаний по теме занятия. Преподаватель обращает внимание на значение данной темы для практики, использует конспект, дополнительные источники информации. Студенты знакомятся с алгоритмами, записывают основные положения и определения в дневники.

**4. Самостоятельная работа.**

Цель: формирование профессиональной компетентности, развитие логического и клинического мышления, выработка самостоятельности. Развитие навыков общения, педагогических способностей, навыков работы с документацией. Стимулировать мыслительную деятельность, вызвать познавательный интерес, привить профессиональные навыки, любовь к будущей профессии. Закрепить теоретические знания на практике.

**5. Оформление дневников.**

Цель: развить аккуратность, ответственность, умение работать с документацией, развитие письменной речи. Студенты документируют этапы занятия в дневники, отражают основные моменты самостоятельной работы, составляют краткий отчет о выполнении на проверку преподавателю.

**6. Подведение итогов занятия, задание на дом.**

Цель: оценить уровень знаний каждого студента, развить критику и самокритику, определить слабые места подготовки и нацелить студентов на восполнение дефицита знаний, обеспечить оптимальные условия для самоподготовки студентов, развить познавательный интерес. Преподаватель оценивает работу на всех этапах занятия, проверяет дневники, комментирует основные ошибки, отмечает отличившихся студентов, озвучивает итоговые оценки и отвечает на вопросы студентов. Для объективности используются карты экспертной оценки. Сообщается тема следующего занятия, вопросы для самостоятельной подготовки, источники информации - учебные пособия, лекции.

**7. Заключительная часть.**

Цель: развить ответственность и аккуратность, стремление к чистоте и порядку. Студенты прощаются с преподавателем, дежурные проводят проветривание и уборку рабочих мест и кабинета, сдают раздаточный материал и оборудование.

**Контроль и оценка результатов освоения профессионального модуля**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Профессиональные компетенции** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** |
| 4.1 Осуществлять сестринский процесс | - Уметь выявлять нарушенные потребности пациента  - Уметь вести медицинскую документацию  - Уметь собирать информацию о состоянии здоровья пациента  - Знать способы реализации сестринского ухода; | * Фронтальный опрос * Индивидуальный опрос * Тестовый контроль * Решение ситуационных задач |
| 4.2 Оформлять медицинскую документацию | - правильное оформление медицинской документации установленного образца | Экспертная оценка установления соответствия (СИБ, мед. документация стационара, поликлиники и др.)заданному стандарту при выполнении практических заданий на учебной, производственной практиках, на экзамене. |
| 4.3 Консультировать пациента и его родственников по вопросам ухода и самоухода. | - уметь оценивать потребность пациента в обучении  - уметь оценивать исходный уровень знаний пациента и его родственников  - уметь оценивать способность к обучению пациента  - уметь составить индивидуальный план обучения  - уметь оценивать эффективность обучения | Установление соответствия результатов формализованного наблюдения заданным критериям при выполнении практических заданий на учебной, производственной практиках, на экзамене. |
| 4.4 Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий | - уметь заполнить необходимую документацию  - уметь оценивать функциональное состояние пациента  - уметь обеспечить уход на пациентом  - уметь осуществлять подготовку пациента к инструментальным методам исследования  - осуществлять медикаментозное лечение пациентов по назначению врача | Экспертная оценка установления соответствия заданному стандарту оказания сестринской помощи при выполнении практических заданий на экзамене. |

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Сестринский процесс является одним из основных понятий современной концепции сестринского дела.

Сестринский процесс- метод организации и исполнения системного ухода за пациентом.

Цель сестринского процесса - обеспечить приемлемо качество жизни в болезни, то есть обеспечение максимального возможного для пациента в его состоянии физического, психологического и духовного комфорта.

Другими словами: цель сестринского процесса - помощь пациенту и его семье в преодолении проблем, связанных с заболеванием или травмой.

Сестринский процесс подразделяется на 5 этапов:

1. Сестринское обследование.
2. Сестринская диагностика или, постановка сестринских проблем.
3. Планирование ухода.
4. Реализация (выполнение) плана ухода.
5. Оценка эффективности и коррекция ухода в случае необходимости.

Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

**Первый этап сестринского процесса - обследование пациента.**

Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать полную информацию о нём из всех возможных источников.

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников.

1) от самого пациента;

2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;

3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;

4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предыдущих госпитализаций, данных проведенных обследования и т.п.;

5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.  
 На основе собранной информации выявляются и идентифицируются проблемы, составляется план ухода и реализуются намеченные действия. Успех лечения зависит от качества полученной информации.

Сестринское обследование - это независимое обследование и оно не может подменятся врачебным, так как врач и медсестра в своей работе преследуют различные цели.

Цель работы врача - поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания и т.д., а цель работы сестринского персонала - обеспечить качество жизни больного. Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.  
 Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Если она не будет такой – это приведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к неэффективному уходу и лечению. Причины сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:  
• неопытность или неорганизованность сестринского персонала;  
• неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;  
• склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

Существует два вида информации о пациенте: субъективная и объективная.  
*Субъективная информация* - это сведения об ощущениях пациента относительно проблем с его здоровьем. Например, жалобы на боль – это субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, недостаток общения и др.

*Объективная информация* - результаты проведённых измерений или наблюдений. Это показатели измерения температуры тела, пульса, АД, сыпь на теле и др. Сбор объективной информации проводят в соответствии с существующими нормами и стандартами.

Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

Опрос - как основной метод сбора субъективной информации о пациенте.

При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сосредоточить внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.

Цель проведения опроса:

• установление доверительных отношений с пациентом;

• ознакомление пациента с курсом лечения;

• выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;  
• получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.  
 При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную для него информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента.   
Во время проведения опроса следует наблюдать за пациентом. Его поведение с членами семьи, медицинским окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе.

Анкетные данные (возраст, пол, место жительства, род занятий) помогут не только установить, кем является пациент, но и получить примерное представление о том, что это за человек, и какие проблемы со здоровьем у него могут быть.

Способ поступления в медицинское учреждение или обращение за помощью поможет понять возможные мотивы пациента. Пациенты,  
обратившиеся за помощью по своей инициативе, отличаются от тех, кто поступил по направлению.

Источник получения информации. В СИБ необходимо указать, от кого были получены сведения о пациенте. Это может быть он сам, его родственники, друзья, члены медицинской бригады, работники милиции. Нужную информацию можно также получить из имеющейся у пациента документации.

**Субъективное обследование.**

Основные жалобы. С этого начинается основная часть СИБ. Лучше записывать слова больного: «У меня болит живот, мне очень плохо». Иногда пациенты не предъявляют явных жалоб, а излагают цель госпитализации: «Меня положили просто для обследования».  
 История заболевания. Следует чётко, в хронологической последовательности указать те проблемы со здоровьем, которые заставили пациента обратиться за медицинской помощью. Информация может исходить от больного, его окружения. Сестринский персонал должен упорядочить информацию. Необходимо выяснить, когда началось заболевание; обстоятельства, при которых оно возникло, проводилось ли пациентом самостоятельное лечение (приём препаратов, клизма, грелка, горчичники и т.п.). Если недуг сопровождается болью, выясняют следующее:  
• место локализации;

• иррадиацию (куда отдает?);

• характер (что она напоминает?);

• интенсивность (насколько она сильна?);

• время появления (когда она начинается, как долго длится, и как часто появляется?);  
• факторы, усугубляющие или облегчающие боль (физическая или эмоциональная нагрузка, переохлаждение, приём лекарственных препаратов (что именно, в каких количествах) и т.п.);

В этом же разделе записывают, что сам пациент думает о своём заболевании, что заставило его обратиться к врачу, как изменилась его жизнь активность.

В анамнезе жизни указывают все перенесённые заболевания, травмы, госпитализации, качество оказанной сестринской помощи. Состояние пациента на момент осмотра, условия жизни, привычки.  
Семейный анамнез даёт возможность оценить риск возникновения у пациента некоторых заболеваний, которые указывают на наследственный характер. В случае обнаружения семейной патологии, к обследованию и лечению могут быть привлечены родственники.

Психологический анамнез поможет узнать пациента как личность, оценить его вероятные реакции на болезнь, его механизмы приспособления к ситуации, силы больного, его тревогу.

**Объективное обследование**

Основная задача объективного обследования органов и систем пациента - выявить у него те важные проблемы со здоровьем, которые в беседе с пациентом ещё не были упомянуты.

Оценку состояния пациента начинают с общего осмотра, затем переходят к пальпации (ощупывание), перкуссии (выстукивание), аускультации (выслушивание). В совершенстве владеть перкуссией, пальпацией и аускультацией – профессиональная задача врача и медицинской сестры с высшим образованием. Данные осмотра заносят в СИБ.

Внешний вид и поведение пациента оцениваются, используя данные наблюдений, сделанных при сборе анамнеза и обследовании. Хорошо ли пациент слышит? Легко ли он передвигается? Какая у него походка? Чем он занят в момент встречи, сидит или лежит? Что находится у него на прикроватном столике? Предположения, сделанные на основе таких нехитрых наблюдений, могут помочь в выборе тактики сестринского ухода.

Необходимо обратить внимание на то, как пациент одет. Опрятен ли он? Есть ли запах, исходящий от него? Следует обратить внимание на речь пациента, проследить за выражением его лица, поведением, эмоциями, реакциями на окружающее, выяснить состояние сознания.  
 Состояние сознания пациента**.** При его оценке нужно выяснить, насколько адекватно тот воспринимает окружающую обстановку, как реагирует на медицинский персонал, понимает ли вопросы, которые ему задают, насколько быстро отвечает, не склонен ли терять нить разговора, замолкать или засыпать.

Если пациент не отвечает на вопросы, можно прибегнуть к следующим приёмам:  
• громко обраться к нему;

• слегка его потрясти, как это делают, когда будят спящего человека.  
Если пациент по-прежнему не реагирует, следует установить, не находится ли он в состоянии сопора или комы. Нарушение сознания может быть кратковременным или длительным.

Положение пациента. Зависит от общего состояния. Различают три вида положения пациента: активное, пассивное, вынужденное.  
Рост и масса тела пациента. Выясняют, какова его обычная масса тела, изменилась ли она в последнее время. Пациента взвешивают, измеряют его рост, выясняют, есть ли у него слабость, утомляемость, лихорадка.

Оценка состояния кожи и видимых слизистыхпри осмотре, пальпации (при необходимости) кожи и видимых слизистых следует обратить внимание на следующие характеристики.

Окраска кожного покрова и слизистых. Осмотр позволяет выявить сыпь или её отсутствие, гиперемию или бледность, цианоз или желтушность кожи и слизистых. До проведения осмотра следует спросить пациента, не заметил ли он у себя каких-либо изменений кожного покрова.  
Встречаются несколько характерных изменений окраски кожи и слизистых оболочек.

1. Гиперемия (покраснение). Она может быть временной, обусловленной приёмом горячей ванны, алкоголя, лихорадкой, сильным волнением, и постоянной, связанной с артериальной гипертензией, работой на ветру или в жарком помещении.

2. Бледность. Бледность временного характера может быть вызвана волнением или переохлаждением. Выраженная бледность кожных покровов характерна для кровопотери, обморока, коллапса.

3. Цианоз. Может быть общим и местным, центральным и периферическим. Общий характерен для сердечно-сосудистой недостаточности. Местный, например, для тромбофлебита. Центральный цианоз больше выражен на губах и слизистой оболочке полости рта и языка. Однако губы принимают синюшный оттенок и при низкой температуре окружающей среды. Периферический цианоз ногтей, кистей, стоп также может быть вызван волнением или низкой температурой воздуха в помещении.

4. Иктеричность (желтушность) склер свидетельствует о возможной патологии печени или усиленном гемолизе. Желтушность может появиться на губах, твердом небе, под языком и на коже. Желтушность ладоней, лица и подошв может быть обусловлена высоким содержанием каротина в пище пациента.  
 Влажность и жирность кожи. Кожные покровы могут быть сухими, влажными или жирными. Влажность кожи, состояние подкожной клетчатки оценивают с помощью пальпации. Сухость кожи характерна для гипотиреоза.  
 Температура кожных покровов. Прикоснувшись к коже пациента тыльной поверхностью пальцев, можно судить о её температуре. Помимо оценки общей температуры, необходимо проверить температуру на любом покрасневшем участке кожи. При воспалительном процессе отмечают локальное повышение температуры.

Эластичность и тургор (упругость). Необходимо определить, кожа собирается в складку (эластичность) и быстро ли она расправляется после этого (тургор). Часто применяемый способ для оценки упругости кожи - пальпация. Снижение эластичности и упругости кожи, её натянутость наблюдают при отёках, склеродермии. Сухая и неэластичная кожа может свидетельствовать об опухолевых процессах и обезвоживании организма. Необходимо учитывать, что с возрастом эластичность кожи у человека снижается.

Волосяной покров**.** При осмотре необходимо обратить внимание на характер оволосенения, количество волос пациента. Люди часто переживают по поводу выпадения волос или избыточного оволосенения. Их чувства необходимо учитывать при планировании сестринского ухода. Тщательный осмотр позволяет выявить лиц с педикулёзом (завшивленностью).  
Обнаружение педикулёза и чесотки - не повод для отказа от госпитализации. При своевременной изоляции и соответствующей санитарной обработке пациентов их пребывание в стенах ЛПУ безопасно для окружающих.  
 Ногти. Необходимо осмотреть и ощупать ногти на руках и ногах. Утолщение или изменение цвета ногтевых пластин, а также их ломкость могут быть вызваны грибковым поражением.

Оценка состояния органов чувств. Если пациент отмечает ухудшение зрения, необходимо выяснить, постепенно или внезапно это произошло, носит ли он очки, где и как их хранит.

Если пациент проявляет беспокойство по поводу боли в глазах или вокруг глаз, слезотечения, покраснения, его следует успокоить. Объяснить, что снижение зрения может быть обусловлено адаптацией пациента к условиям стационара, приёмом лекарственных препаратов.  
План сестринского ухода должен быть составлен с учётом проблем у пациента со зрением.

Органы слуха. Прежде чем приступить к их осмотру, следует поинтересоваться у пациента, хорошо ли он слышит. Если он жалуется на снижение слуха, необходимо выяснить, затрагивает оно оба уха или одно, внезапно или постепенно оно произошло, сопровождалось ли выделениями либо болью. Нужно узнать, носит ли пациент слуховой аппарат, если да, то и тип аппарата.  
Используя полученную информацию о снижении слуха и остроты зрения, медицинская сестра сможет эффективно общаться с пациентом.  
Органы обоняния. Сначала необходимо выяснить, насколько пациент подвержен простудам, часто ли он отмечает заложенность носа, выделения, зуд, страдает ли носовыми кровотечениями. Если у пациента аллергический ринит, следует уточнить характер аллергена и использованные ранее методы лечения этого заболевания. Следует выявить поллиноз, патологию придаточных пазух носа.

Полость рта и глотка. При осмотре полости рта нужно обратить внимание на состояние зубов и дёсен пациента, изъязвления на языке, сухость во рту, если есть зубные протезы.

Оценка состояния костно-мышечной системы. **Н**ужно прежде всего узнать, беспокоят ли пациента боли в суставах, костях и мышцах. При жалобах на боли следует выяснить их точную локализацию, область распространения, симметричность, характер и интенсивность. Важно определить, что способствует усилению или ослаблению болевого синдрома, как влияет на него физическая нагрузка, сопровождается ли это какими-либо другими симптомами.  
 При осмотре выявляют деформации, ограничение подвижности скелета, суставов. При ограничении подвижности сустава необходимо выяснить, какие движения и в какой степени нарушены: может ли пациент свободно ходить, стоять, сидеть, наклоняться, вставать, причесываться, чистить зубы, есть, одеваться, умываться. Ограничение подвижности приводит к ограничению самообслуживания

Оценка состояния дыхательной системы. Внимание необходимо обратить на изменение голоса пациента; частоту, глубину, ритм и тип дыхания; экскурсию грудной клетки, оценить характер одышки, если таковая имеется, как пациен переносит физической нагрузки, узнать дату последнего рентгенологического обследования.  
Как острую, так и хроническую патологию дыхательной системы может сопровождать кашель. Следует определить его характер, количество и вид мокроты, её запах. Нужно обратить внимание на кровохарканье, боли в грудной клетке, одышку, так как их причиной, как и кашля, может быть серьезная патология органов сердечно-сосудистой системы.

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы. **О**пределяют пульс и АД. В случае длительного или повторного заболевания нужно определить, какими лекарственными средствами пациент обычно купирует боли. Пациентов часто беспокоит сердцебиение. Оценка состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента позволяет судить о степени удовлетворения потребности в кислороде, занимающем ведущее место в жизнедеятельности организма.

Оценка состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).На основании полученных сведений о состоянии ЖКТ пациента можно судить о степени удовлетворения его потребностей в еде, питье, выведении продуктов жизнедеятельности из организма. Необходимо выяснить у пациента, бывают ли у него нарушения аппетита, изжога, тошнота, рвота (особое внимание надо обратить на кровавую рвоту), отрыжка, расстройства пищеварения, проблемы при глотании. Осмотр целесообразно начинать с языка. Следует обратить внимание на налёт и запах изо рта, оценить аппетит пациента, выяснить его пристрастия в еде, модель питания. Необходимо отметить форму и величину живота, его симметричность.

Оценка состояния мочевыделительной системы.При сестринском опросе и осмотре оценивается характер и частоту мочеиспускания у пациента, цвет мочи, её прозрачность. Недержание мочи и кала не только фактор риска развития пролежней у пациента, но и большая психологическая и социальная проблема. Если пациент носит постоянный катетер или ему наложили цистостому, сестринскому персоналу необходимо запланировать мероприятия по адаптации больного к окружающей среде, а также по профилактике инфицирования органов его мочевыделительной системы.

Оценка состояния эндокринной системы.При оценке эндокринной системы сестринскому персоналу необходимо обратить внимание на характер оволосенения пациента, состояние подкожно-жировой клетчатки, видимое увеличение щитовидной железы.

Оценка состояния нервной системывыясняют, были ли у пациента эпизоды потери сознания, судороги, хорошо ли он спит. Необходимо узнать, пользуется ли пациент снотворными, если да, то какими, и как давно он начал их применять. Как одно из проявлений неврологических расстройств у пациента может быть головная боль, потеря и изменение чувствительности.  
При треморе конечностей, нарушении походки пациента следует узнать, не было ли у него в прошлом травмы головы, позвоночника. Необходимо обеспечить безопасность такого пациента во время его пребывания в стационаре.  
В случае ограничения двигательной активности пациента вследствие слабости, парезов или паралича в план сестринского ухода необходимо включить мероприятия для профилактики пролежней.

**Второй этап сестринского процесса**(сестринская диагностика).

**Второй этап сестринского процесса** (сестринская диагностика) – это анализ полученных при обследовании данных и выявления проблем пациента, т.е. трудностей, препятствующих ему достигать оптимального состояния здоровья в любой сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания. Для того чтобы сделать анализ информации о пациенте конструктивным и целенаправленным, необходимо придерживаться определённых принципов.

Сестринский диагноз – это описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациента за нарушение удовлетворения жизненно важных потребностей в связи с заболеванием или травмой. Другими словами, сестринский диагноз - симптомный или синдромный диагноз, во многих случаях это – жалобы пациента.

Например, при медицинском диагнозе «Острый аппендицит», могут устанавливаться следующие сестринские диагнозы: острая боль в животе, лихорадка, тошнота, рвота, страх перед операцией.

Важно понять, что в центре любой сестринской проблемы всегда лежит нарушение удовлетворение какой-либо потребности.

Сестринская проблема появляется тогда, когда пациент не в состоянии самостоятельно справится с удовлетворением жизненно важных потребностей организма. У такого пациента имеет место дефицит самоухода, в активности повседневной жизни он нуждается в физической или консультативной помощи.

**Различия медицинского и сестринского диагноза.**

|  |  |
| --- | --- |
| Врачебный диагноз | Сестринский диагноз |
| Выявление конкретного заболевания, сущности патологического процесса, происходящего в организме, например, воспаление легких. | Описание ответной реакции пациента – есть ли патологический процесс в организме. Например, одышка (как одно из проявлении воспаления легких) |
| В основе- нарушение функции различных органов и систем и их причины, то есть патофизиологические и патоанатомические изменения. | Нарушение удовлетворения основных человеческих потребностей как результат нарушения функции, то есть представление главным образом, самого пациента о его состоянии здоровья, его ощущения и жалобы. |
| Не изменяется (если нет врачебной ошибки) формулируется в терминах врачебной компетенции. | Подвижен, часто меняется. Формируется в терминах сестринской компетенции. |

Медсестра рассматривает не заболевание, а реакцию пациента на то, что с ним происходит. Эта реакция может быть обусловлена не только заболеванием, но и окружающей средой пациента. Лекарственной терапией, условиями ЛПУ, личными обстоятельствами.

**Классификация проблем пациента**

В рамках сестринского процесса рассматривают не заболевание, а возможные реакции пациента на болезнь и своё состояние. Эти реакции могут быть:  
*- физиологическими:*

* нарушения дыхания (одышка, непродуктивный кашель, кашель с мокротой, кровохарканье, легочное кровотечение);
* нарушения питания (избыточное питание, истощение, рвота, тошнота);
* нарушения сна и отдыха (бессонница, сонливость);
* нарушения выделения (запор, понос, метеоризм, задержка мочи, олигурия, полиурия);
* нарушения комфорта (боль).

*-психологическими и духовные сестринские проблемы:*

* недостаток знаний (о заболевании, о целеособразном питании, о рациональной схеме приема медикаментов, о здоровом образе жизни и т. Д.)
* страх, тревога, беспокойство;
* дефицит досуга;
* дефицит семейной поддержке;
* дефицит общения;
* недоверие к медперсоналу;
* отказ от приема лекарств;
* нарушения представления о своем облике;
* страх смерти;

*- социальными:*

* социальная изоляция;
* беспокойство о финансовом положение в связи с выходом на инвалидность.

Сестринские диагнозы (проблемы пациента) делятся на существующие и потенциальные.

Существующие проблемы (отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самообслуживания и т.п.) имеют место в данный момент, «здесь и сейчас».

Потенциальные (риск аспирации рвотными массами, риск обезвоживания по причине неукротимой рвоты и диареи, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т.п.) могут проявиться в любой момент. Их возникновение необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. При артериальной гипертензии наиболее вероятны головная боль, головокружения, тревожность, недооценка своего состояния, дефицит знаний о заболевании, высокий риск осложнений. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а средний медицинский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

Во время сестринского диагностирования учитывают все проблемы пациента, которые могут быть устранены или скорректированы сестринским персоналом. Затем приступают к их решению, начиная с наиболее важных. При установлении приоритетов может быть использована пирамида потребностей А. Маслоу.

*Критерии выбора приоритетов:*

1. Все неотложные состояния, например, острая боль в сердце. Риск развития легочного кровотечения.
2. Проблемы наиболее тягостные для пациента в настоящий момент, то, что наиболее беспокоит, является для него главным сейчас, самым мучительным. Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отеками, одышкой. Может указать именно на одышку как свое главное страдание. В этом случае «одышка» будет являться приоритетной сестринской проблемой.
3. Проблемы, которые могут привести к развитию осложнениям и ухудшению состоянию пациента. Например, риск развития пролежней у неподвижного пациента.
4. Проблемы, решение которых приводит к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроения пациента.

Проблемы, которые выявлены и сформулированы - сестринские диагнозы - фиксируют в соответствии с приоритетами в плане сестринского ухода СИБ.

**Третий этап сестринского процесса – планирование ухода.**

После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента, медсестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приёмы, т.е. сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Необходимо при правильном уходе устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение.   
 Во время планирования для каждой проблемы формулируются цели и план ухода.

*Различают два вида целей:*

1. *Краткосрочные цели* должны быть выполнены за короткое время (обычно за 1-2 недели).

2. *Долгосрочные  цели* достигаются за длительный период времени, направлены они на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний.

*Каждая цель включает 3 компонента:*

1.действие;  
2.критерии: дата, время, расстояние;

3.условие: с помощью  чего-либо.

После формулировки целей медсестра составляет собственно план ухода за пациентом, он представляет собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.   
 *Требования к постановке целей*:

1. Цели должны быть реальными.

2. Необходимо устанавливать конкретные сроки достижения каждой цели.  
3 Цели сестринского ухода должны находиться в пределах сестринской, а не врачебной компетенции.  
4. Формулироваться в терминах пациента, а не медсестры.

*Составление плана ухода*

После формулировки целей сестринский персонал составляет письменный план ухода за пациентом. План – это письменное руководство по уходу, представляющее собой подробный перечень специальных действий, направленных на достижение целей по определённой проблеме пациента в конкретной ситуации.

План должен быть конкретным, не допускаются общие фразы и расплывчатые рассуждения.

Например, по приоритетной проблеме пациента «острая боль в животе» цель будет сформулирована следующим образом: поддержать боль на уровне терпения все время до операции.

План:

1. Медсестра придаст пациенту удобное положение, облегчающее боль.
2. Медсестра обеспечить прием болеутоляющих средств каждые два часа, в соответствии с назначение врача.
3. Медсестра обучить пациента технике релаксации (расслабления)
4. Медсестра применит словесное внушение и отвлечение.

При составлении плана ухода медсестра руководствуется соответствующими стандартами сестринского вмешательства, если под стандартом понимается перечень научно обоснованных мероприятий, обеспечивающих качественный уход за пациентом по определенной проблеме.

Формальные стандарты облегчают работу медсестры, но они никогда не заменят ее самостоятельного суждения. Стандарт обобщает сестринские знания и рассчитан лишь на работу в обычных типичных ситуациях, а не с конкретными пациентами. От медсестры при составлении индивидуального плана ухода требуется умение гибко применять стандарты в реальных ситуациях. Медсестра имеет право исключить любой пункт стандарта из своего плана ухода, либо, наоборот, добавить план действием не предусмотренным стандартом.

После формулировки цели и составления плана ухода медсестра обязательно согласовывает свой действия с пациентом, заручается его поддержкой.

План ухода обязательно записывается в СИБ, что обеспечивает:

Продуманность, последовательность, систему в оказаний сестринской помощи.

Преемственность и координацию ухода между сестрами – манипуляторами.

Контроль за качеством сестринской помощи.

**Четвертый этап сестринского процесса - реализация плана ухода.**

Выполнение плана ухода в теории следует после планирования сестринских действий. Однако на практике выполнение может начаться сразу после обследования. Прибегать к немедленному выполнению необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента. Это может быть нестерпимая острая боль, эмоциональный срыв, вызванный п неожиданной смертью близкого человека, неукротимая рвота, внезапная остановка сердца и т.д.  
 Выполнение - это такое поведение сестринского персонала, которое направлено на достижение ожидаемого результата ухода вплоть до его завершения.

**Выполнение включает**:

- оказание помощи, физической и психологической;

- управление деятельностью по самоуходу;

- обучение и консультирование пациента и его семьи;

- оценку работы всей бригады;

- фиксирование и обмен важной для лечения информацией.

Уход начинается, как правило, после того, как план уже выработан в соответствии с целями и ожидаемыми результатами ухода процесса этап.   
 ***Сестринское вмешательство*** - это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение и пр. Медсестринский персонал выполняет вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми. Кроме этого, есть вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.

**Сестринские вмешательства могут включать**:  
- оказание помощи в выполнении действий, связанных с жизненными потребностями;  
- советы и инструкции больному и членам его семьи;

- уход за больным для достижения лечебных целей;

- создание условий для скорейшего достижения лечебных целей;  
- наблюдение и оценку работы всех участников ухода.

*Виды сестринской деятельности.*

Сестринский персонал для осуществления плана ухода использует разнообразные виды сестринской деятельности, выбор которых зависит от состояния пациента. Если пациенту недостаёт знаний, или он владеет недостоверной информацией, необходимо подключить действия, направленные на обучение. Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение. **В числе этих воздействий можно назвать следующие:**  
1. ***Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями.*** Такая помощь заключается в обеспечении кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д.

2. ***Советы.*** Совет - это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка..  
3. ***Обучение.***

4. ***Уход для достижения целей пациента.*** Медсестра определяет проблемы и планирует уход при активном участии пациента. Основная цель пациента - обретение независимости от других лиц.

5. ***Создание условий для скорейшего достижения целей лечения.*** Доброжелательная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания.

6. ***Профилактические мероприятия.*** Профилактика - комплекс мероприятий, которые направлены на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения человека к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений.

7. ***Выполнение процедур и манипуляций по уходу.*** Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций.   
8. ***Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи.***

Существует три категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое, взаимозависимое. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

*Независимое вмешательство* – 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*  *вмешательство* – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.).

*Взаимозависимое вмешательство*  – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

*Временная* помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т.д.

*Постоянная* помощь требуется больному на протяжении всей жизни – при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.

*Реабилитирующая помощь* — это длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

**Заключительный пятый этап сестринского процесса** - **оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости.**

**Цели этапа:**

- оценить реакции пациента на сестринский уход;

- оценить полученные результаты и подвести итоги;

- оформить выписной эпикриз;

- проанализировать качество оказанной помощи.

Оценку ухода проводят не только в день выписки пациента из стационара, а при каждой встрече: на обходе с врачом, на процедурах, в коридоре, столовой и т.п. Состояние пациента меняется ежедневно и даже несколько раз в день, что не всегда вызвано характером заболевания и лечением. Это может быть обусловлено взаимоотношениями с соседями по палате, медицинским персоналом, отношением к процедурам, известиями из дома или от родственников. Наблюдение за пациентом - тоже действие сестринского персонала.

**Этап оценки** - это мыслительная деятельность. Среднему медицинскому персоналу предстоит на основе использования определенных критериев оценки сравнить имеющиеся результаты ухода с желаемыми: оценить реакцию пациента и сделать вывод о полученных результатах и качестве оказания помощи.

***Для объективной оценки степени успешности ухода необходимо:***

- уточнить поставленную цель и ожидаемый результат в поведении или реакции пациента на заболевание или свое состояние:  
- оценить наличие у пациента желаемой реакции или поведения;  
- сравнить критерии оценки с имеющейся реакцией или поведением;  
- определить степень согласованности между целями и реакцией пациента.

*Критерии оценки*

Оценочными критериями будут слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Например, при отёках оценочными критериями могут выступать показатели веса и водного баланса, при выявлении уровня боли - пульс, положение в постели, поведение, вербальная и невербальная информация и цифровые шкалы оценки боли (если их используют).  
 Если поставленные цели выполнены, проблема пациента решена, сестринский персонал должен сделать соответствующую запись в истории болезни, поставить дату решения проблемы и свою подпись.  
Источником оценки выступает не только пациент. Сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении и уходе за пациентом.  
Оценку эффективности всего ухода проводят при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ либо в патологоанатомическое отделение в случае летального исхода.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривают или прерывают.

**Когда цель частично или полностью не достигнута, следует проанализировать причины неудачи, среди которых могут быть:**- отсутствие психологического контакта между персоналом и пациентом;  
- неполная информация, собранная на момент поступления пациента в стационар или позже;

- ошибочная трактовка проблем;

- нереальные цели;

- отсутствие достаточного опыта и профессионализма в выполнении конкретных действий по уходу;  
- недостаточное или чрезмерное участие самого пациента и родственников в процессе ухода;

- нежелание при необходимости просить о помощи коллег.

В случае отсутствия эффекта сестринский процесс начинают в первого этапа всё в той же последовательности.

Оценка позволит персоналу не только выяснить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

**Оформление выписного эпикриза.**

При выписке пациента из стационара, краткосрочные цели ухода часто уже достигнуты. Ко времени выписки оформляют выписной эпикриз, пациента передают под наблюдение участковой медсестре, она продолжит уход по решению долгосрочных целей, связанных с реабилитацией и профилактикой рецидивов. В нём фиксируют:

- проблемы, присутствующие у пациента на день поступления;

- проблемы, появившиеся во время пребывания в отделении;

- реакции пациента на предоставленный уход;

- проблемы, оставшиеся при выписке;

- мнение пациента о качестве оказанной помощи.

**КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **ВНЕШН.**  **ВИД** | **ТЕСТ** | **СИТУАЦ. ЗАДАЧА** | **ФРОНТ.**  **ОПРОС** | **ТЕРМ.**  **ДИКТАНТ** | **САМОСТ.**  **РАБОТА** | **ДЕЛОВАЯ ИГРА** | **ИТОГ** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

дата проведения занятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Преподаватель: \_\_\_\_\_

Вариант №1. Выберите один правильный ответ.

1 Краткосрочные цели решают в течение:

а) 1 месяца.

б) 3 недель.

в) 2 недель.

2 Независимые вмешательства – это

а) Внутримышечная инъекция, назначенная врачом.

б) Беседа медсестры с пациентом по поводу предстоящей операции.

в) Внутривенная инъекция, назначенная врачом.

3 Цели должны быть:

а) Реальными и достижимыми.

б) Интересными и объемными.

в) Понятными для медсестры.

4 Сестринский процесс состоит из:

а) 3 этапов.

б) 4 этапов.

в) 5 этапов.

5 В первую очередь решают:

а) Потенциальные проблемы.

б) Настоящие проблемы.

в) Приоритетные.

6 К социальным проблемам относится:

а) Рвота.

б) Лихорадка.

в) Страх смерти.

г) Беспокойство по поводу увольнения с работы.

7 Первый этап сестринского процесса называется:

а) Постановка сестринского диагноза.

б) Реализация плана ухода.

в) Обследование пациента.

8 Информация о пациенте бывает:

а) Субъективная и объективная.

б) Хорошая и плохая.

в) Настоящая и прошлая.

9 К физиологическим проблемам пациента относиться:

а) Тошнота.

б) Дефицит общения.

в) Социальная изоляция.

10 К психологическим проблемам относиться:

а) Запор.

б) Социальная изоляция.

в) Чувство ложной вины.

Вариант №2. Выберите один правильный ответ.

1 Долгосрочные цели решаются в течение:

а) 10-14 дней.

б) в течение 2 недель.

в) более 2-х недель.

2 Зависимое вмешательство – это:

а) Заполнение СИБ.

б) Помощь пациенту в придании удобного положения во время приступа боли.

в) Закапывание капель в глаза, назначенное врачом.

3 Второй этап сестринского процесса называется:

а) Сбор информации.

б) Оценка результатов ухода.

в) Постановка сестринского диагноза.

4 К физиологической проблеме относиться:

а) Бессонница.

б) Отказ от приема лекарств.

в) Недоверие к мед. персоналу.

5 К психологическим проблемам относится:

а) Жажда.

б) Дефицит досуга.

в) Головная боль.

6 К социальным проблемам относиться:

а) Слабость.

б) Понос.

в) Плохое материальное положение.

7 Выберите сестринский диагноз:

а) Острый живот.

б) Гипертоническая болезнь.

в) Избыточное питание.

8 В первую очередь решают:

а) Существующие проблемы.

б) Потенциальные.

в) приоритетные.

9 Сестринский процесс состоит из:

а) 2 этапов.

б) 6 этапов.

в) 5 этапов.

10 На 3 этапе сестринского процесса медсестра:

а) Реализует план ухода за пациентом.

б) Составляет цели и план ухода за пациентом.

в) Оценивает результат ухода за пациентом.

Эталон ответов.

Тест №1.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-в | 2-б | 3-а | 4-в | 5-в |
| 6-г | 7-в | 8-а | 9-а | 10-в |

Тест №2.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1в | 2-в | 3-в | 4-а | 5-б |
| 6-в | 7-в | 8-в | 9-в | 10-б |

**Тема: «Сестринский процесс»**

1. **Дайте определение:**

**Сестринский процесс – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



Сестринский процесс

Цели

Задачи

Хар-ки СП

1. **Перечислите этапы сестринского процесса**

1.

2.

3.

4.

5.

1. **Перечислите источники информации:**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Перечислите реакции пациента на болезнь, приведите примеры:**

1.

-------------------------------

2.

------------------------------

3

--------------------------------

4

-------------------------------

**6.**

**Варианты сестринских проблем (диагнозов)**

**7.**

требования

компоненты

по срокам

Цели

1. **IV этап – реализация. Перечислите методы сестринских вмешательств:**
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Виды сестринских вмешательств**
8. **Аспекты V этапа СП**
9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. **Дайте определение:**

Потребность - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образ жизни - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Виды потребностей**

Потребность

13

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Образ жизни

Зависит от

Факторы

**Тема: « Субъективное обследование пациента»**

**1. Противопоказания к субъективному обследованию:**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.Цель сбора анамнеза:**

Жизни- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Болезни - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Духовного - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3**.Какие данные выясняем в:**

Анамнез болезни:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез жизни:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез акушерский:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез наследственности:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Что дополнительно выясняем у пациента, если он не отрицает вредные привычки:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Варианты записи данных об аллергической реакци**и:

Нет

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Да, есть

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. **Перечислите уровни ВКБ**

1.

4.

5.

2.

3.

6.

7. **Тема: «Объективное обследование пациента».**

**Методы обследования**

1.

2.

3.

4.

5.

1.

2.

3.

4.

5.

1.

2.

3.

4.

5.

1. **Условия и правила сбора объективных данных.**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Дайте определение:**

Антропометрия – это \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Термометрия – это \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лихорадка – это \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цвет кожных покровов

зависит от

в норме

Слизистые в норме

1. **Перечислите места измерения температуры тела:**
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. **Найдите соответствия.**

|  |  |
| --- | --- |
| Лихорадка | **Показатели** |
| 1. чрезмерная 2. фибрильная 3. пиретическая 4. высокая 5. субфибрильная 6. гиперпиретическая | а) 37-38  б) 38-39  в) 39-41  г) выше 41 |

1. **Классификация состояния пациента.**

|  |  |
| --- | --- |
| Старая | **Новая** |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6. | 1.  2.  3.  4.  5.  6. |

1. **Дайте характеристику:**

Сознание пациента

Положение

1. **Перечислите методы определения отеков.**

1.

2.

3.

4.

1. **Что оценивают при осмотре зева**

1.

2.

3.

4.

5.

1. **Перечислите данные, которые собирают при объективном обследовании:**

**Список литературы:**

1. С.А. Мухина И.И. Тарновская Теоретические основы сестринского дела: Учебник для медицинских училищ и колледжей. - М.:ГЭОТАР-Меди,2014.Гриф.
2. С.А. Мухина, И.И. Тарновская Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. - М.:ГЭОТАР-Меди,2014.Гриф.
3. В.Л. Осипова «Дезинфекция» Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей Москва Издательская группа ГЭОТАР - Медиа, 2012 г. Гриф.
4. Н.В.Широкова, И.В.Островская. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций. Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. М.:ГЭОТАР-Меди,2013.Гриф.
5. В.Л Осипова. «Внутрибольничная инфекция». Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей Москва Издательская группа «Гэотар - Медиа» 2012 г.
6. С.А Мухина, И. И Тарновская. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014 г. Гриф.
7. Н.В.Широкова, И.В.Островская. Основы сестринского дела алгоритмы манипуляций. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013 г. Гриф
8. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р52623.3-2015,ГОСТ 5223.4-2016г. «Технология выполнения простых медицинских услуг». Манипуляции сестринского ухода. Москва. Стандартинформ.2016г.

9. Л.И.Кулешова, Е.В.Пустоветова Основы сестринского дела. Курс лекций, сестринские технологии. Учебник 2015г.

10. Т.П.Обуховец Основы сестринского дела: Практикум. Учебник 2015г.

**Дополнительные источники:**

1. Хетагурова А.К. «Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры» Приложение к журналу «Сестринское дело» № 1 2008 г.
2. Нормативные документы:

- законы, СанПиНы. ОСТы

- приказы Минздрава

- постановления главного государственного санитарного врача

- письма Минздрава РФ

- письма Роспотребнадзора

- методические указания инструкции и рекомендации, утвержденные Минздравом РФ (СССР)

3. Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы**,** интернет ресурсы, отвечающие тематике профессионального модуля, в том числе

<http://www.consultant.ru/-> нормативные документы;

[http://www.recipe.ru/ -](http://www.recipe.ru/-) нормативные документы;