

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом
дополнительного профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

Наименование дисциплины	Теория сестринского дела
Специальность	34.03.01 – сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 7 Теория и методология сестринского процесса.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Теория сестринского дела»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских болезней
с курсом дополнительного
профессионального образования, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования, зав.
кафедрой, д.м.н., профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Шিশалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Теория сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Цель | Ознакомить обучающихся с теорией и методологией сестринского процесса |
| 2. Учебные вопросы | 1. Сестринский процесс как научная методология профессиональной деятельности медсестры.
2. Этапы сестринского процесса |

3. Теоретическая часть

Первый этап - сестринское обследование

Обследование пациента – текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

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

Оценка состояния пациента— это непрерывный систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Насколько умело сестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная информация.

Сестра должна ясно представлять своеобразие каждого своего пациента для того, чтобы реализовать такое требование к профессиональному уходу, как индивидуальность предоставляемой сестринской помощи.

При сборе данных следует учитывать модель сестринского дела, принятую в данной больнице (регионе, стране). Учитывая рекомендации Европейского регионального бюро ВОЗ, лучше ориентироваться на модель В. Хендерсон, в которой она утверждает, что цель сестринского дела - помочь человеку в удовлетворении его личных (фундаментальных) потребностей, а всё их многообразие можно свести к 14-ти наиболее важным.

Учитывая реалии российского практического здравоохранения, отечественные исследователи С.А. Мухина и И.И. Тарновская предлагают осуществлять сестринскую помощь **в рамках 10 фундаментальных потребностей человека:**

1. Нормальное дыхание.
2. Адекватное питание и питьё.
3. Физиологические отправления.
4. Движение.
1. Сон.
5. Личная гигиена и смена одежды.
6. Поддержание нормальной температуры тела.
7. Поддержание безопасности окружающей среды.
8. Общение.
9. Труд и отдых.

Почему именно учение о потребностях лучше использовать в качестве основы сестринского обследования? Поскольку конечная цель работы сестры - комфорт её пациента, она обязана выяснить, пользуясь **специальной методикой сестринского обследования**, нарушение удовлетворения каких потребностей в связи с заболеванием или травмой имеет место и служит причиной дискомфорта.

Кроме того, использование 10 последовательных ступеней иерархии потребностей позволяет добиться **системности сестринского обследования**, делает его всесторонним и полным, составляя как бы организационную рамку сестринского обследования.

Для организации и осуществления качественного индивидуального ухода медсестра собирает информацию о пациенте.

Суть этой информации заключается в том, как пациент удовлетворяет 10 основных жизненно важных потребностей, так как основная цель ухода - создание условий для удовлетворения этих потребностей. Собирая информацию о пациенте необходимо

сопоставить обычный, ежедневный стереотип удовлетворения каждой из 10-ти потребностей с тем, как эта потребность удовлетворяется пациентом в настоящий момент. Этим сестринское обследование отличается от врачебного. Врач собирает информацию о болезни, ее причинах, механизме развития и т.д. Медсестра обеспечивает пациенту качество жизни при болезни, поэтому ей необходима информация об основных жизненно важных потребностях пациента, способе их удовлетворения (удовлетворение каких потребностей нарушено, какова адаптация пациента к условиям жизни с факторами риска).

Проводя обследование пациента, надо выяснить:

- состояние его здоровья с учетом каждого из 10 фундаментальных потребностей;
- что этот человек считает нормальным для себя в связи с каждой указанной потребностью;
- что этот человек делает или какая помощь ему нужна для удовлетворения каждой потребности;
- как и в какой степени нынешнее состояние здоровья человека или его социальные потребности мешают ему осуществлять самоуход или помощь на дому;
- какие потенциальные трудности или проблемы можно предвидеть в связи с изменением его здоровья;
- способность человека к самоуходу, какую помощь человеку могут оказать его друзья или родственники;
- врачебный диагноз, принципы лечения и прогноз;
- предыдущие заболевания и социальные проблемы.

Существует **пять источников информации** о пациенте.

1. Сам пациент.
1. Немедицинское окружение пациента: родственники, знакомые, соседи по палате и т.д.
2. Медицинское окружение: врачи, медсестры, члены бригады скорой помощи, санитарки и т.д.
3. Медицинская документация: амбулаторная карта, выписка из истории болезни, выписки об обследовании, документы с места работы, учебы об оказанной медико-санитарной помощи, анализы и т.д.
4. Специальная медицинская литература: справочники по уходу, стандарты сестринской деятельности, атлас манипуляционной техники, перечень сестринских диагнозов, журнал «Сестринское дело» и т.д.

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

Типы информации, собираемые медсестрой:

- *Физиологические данные* (из истории болезни и при физическом обследовании).
- *Данные о развитии* (если это ребенок).
- *Психологические данные* (индивидуальные особенности характера, поведение, настроение, самооценка и способность принимать решения).
- *Социологические данные* (функции, взаимоотношения, финансовый статус, источники, окружающая среда, в которой пациент живет и работает).
- *Культурные данные* (этнические и культурные ценности).
- *Данные о духовном развитии* (духовные ценности, вера и т.д.).
- *Данные об окружающей среде* (загрязнения, стихийные бедствия и т.п.)

Всю информацию о пациенте можно разделить на две большие группы:

I. Субъективная информация включает в себя оценку своего состояния самим пациентом и его немедицинским окружением.

II. Объективная информация о пациенте, полученная в результате:

1. осмотра пациента,
2. от медицинского окружения пациента,
3. изучения медицинской документации,

4. изучения специальной медицинской литературы.

Сам пациент является источником как субъективной, так и объективной информации. Исходя из этого, медсестра собирает информацию двумя методами: субъективным и объективным .

Субъективные данные включают предположения пациента о состоянии здоровья. Субъективные данные – это чувства и эмоции, выраженные словами, мимикой, жестами. Только сам пациент может дать такого рода информацию. **Субъективный метод** обследования - это беседа, во время которой сестра узнает биографические данные, необходимые ей для оценки пациента, а также сведения о его самочувствии и о тех или иных потребностях, реакциях, ощущениях, особенностях адаптации, которые человек описывает своими словами, т. е. дает субъективную информацию, ощущения самого пациента относительно проблем, связанных с его здоровьем. Но пациент обычно жалуется лишь на то, что, по его мнению, наиболее важно или на то, что больше всего его беспокоит. Медсестра расспрашивает пациента более подробно об удовлетворении каждой из основных жизненно важных потребностей.

Этапы

1. **Сестринское обследование** — сбор информации о состоянии здоровья пациента.
2. **Сестринский диагноз** — выявление проблем пациента. Проблемы могут быть существующими (беспокоят пациента в настоящее время) и потенциальными (ещё не существуют, но могут возникнуть с течением времени)
3. **Планирование** — определение целей и ожидаемых результатов. Цели могут быть краткосрочными (достижение возможно за 1–2 недели) и долгосрочными (достижение возможно за более длительное время — более двух недель).
4. **Реализация плана** — выполнение сестринских вмешательств согласно плану. Например, обучение пациента приёмам ухода за собой, наблюдение за адаптацией пациента к болезни, оказание помощи в самообслуживании.
5. **Оценка эффективности** — исследование реакций пациента на вмешательства сестры, определение степени достижения целей и качества медицинской помощи с их коррекцией в случае необходимости. Сестринский процесс динамичен: любой его этап может быть пересмотрен и изменён после проведения текущей оценки.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

6.Тестовые задания:

1. Компоненты первого этапа сестринского процесса:

- а) ознакомление с медицинской историей болезни
- б) интерпретация сестринских проблем
- в) расспрос пациента
- г) физическое обследование пациента

2. Компоненты третьего этапа сестринского процесса:

- а) определение целей ухода
- б) выделение приоритета
- в) документация ухода в истории болезни

3. Выбрать независимые сестринские вмешательства:

- а) советы по питанию
- б) обучение по вопросам личной гигиены
- в) инъекции наркотических веществ

4. К основным требованиям постановки целей относятся:

- а) достижимость целей

- б) реальность
- в) сроки
- г) определенных требований к постановке целей не имеется

5. Типы сестринских вмешательств:

- а) взаимозависимые
- б) независимые
- в) зависимые
- г) комплексные

6. Этапы сестринского процесса документируются м/с в:

- а) медицинскую историю болезни
- б) сестринскую историю болезни

7. Сестринский диагноз за время пребывания пациента в стационаре:

- а) может меняться неоднократно
- б) не меняется

8. Основная цель медицинского диагноза:

- а) оценка уровня здоровья пациента
- б) контроль уровня здоровья пациента в динамике
 - в) суждение врача о физическом или психическом состоянии пациента
- г) выявление заболевания или сущности патологического процесса

9. Основные модели взаимоотношения медиков и пациентов

- а) патерналистическая
- б) инженерная
- в) коллегиальная
- г) профессиональная