

Галина Ивановна Дядя

Шпаргалка по основам сестринского дела



Галина Дядя

**Шпаргалка по основам
сестринского дела**

«Научная книга»

2009

Дядя Г. И.

Шпаргалка по основам сестринского дела / Г. И. Дядя —
«Научная книга», 2009

Шпаргалка содержит систематическое изложение основных разделов сестринского дела. Поможет быстро и качественно подготовиться к экзамену. Предназначена для студентов медицинских вузов, училищ и колледжей.

Содержание

Раздел 1. Введение в дисциплину «Основы сестринского дела»	5
1. Государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела	5
2. Основные типы лечебно-профилактических учреждений	6
3. Устройство и основные функции больниц	7
4. Содержание деятельности среднего медицинского работника	9
6. Сестринская деонтология	12
7. Сестринское дело, его цели и задачи	14
8. Общение в сестринском деле	15
9. Средства общения	16
Конец ознакомительного фрагмента.	17

Галина Ивановна Дядя

Шпаргалка по основам сестринского дела

Раздел 1. Введение в дисциплину «Основы сестринского дела»

1. Государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела

В России предусмотрена система здравоохранения с различными формами собственности: **государственная, муниципальная и частная**. Она решает вопросы социальной политики и имеет три уровня организации управления.

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации, в котором существуют управления:

- 1) организации медицинской помощи;
- 2) охраны здоровья матери и ребенка;
- 3) научных и образовательных медицинских учреждений;
- 4) кадров и др.;
2. министерство здравоохранения области (края);
3. управление здравоохранения при администрации города.

Задачей социальной политики является достижение такого уровня здоровья, который позволит жить человеку продуктивно при максимально возможной продолжительности жизни.

Основные приоритетные направления социальной политики в области здравоохранения:

- 1) разработка законов для осуществления реформ;
- 2) охрана материнства и детства;
- 3) реформа финансирования (медицинское страхование, использование средств различных фондов для поддержки и лечения соответствующих категорий населения – пенсионеров, безработных и т. д.);
- 4) обязательное медицинское страхование;
- 5) реорганизация первичной медико-санитарной помощи;
- 6) лекарственное обеспечение;
- 7) подготовка кадров;
- 8) информатизация здравоохранения.

Базовой основой системы здравоохранения должно быть принятие законов Российской Федерации «О Государственной системе здравоохранения», «О правах пациента» и др.

Уже сегодня формируются рынки медицинских услуг, создаются лечебно-профилактические учреждения с различными формами собственности, стационары одного дня, хосписы, учреждения паллиативной медицины, т. е. такие учреждения, где помощь оказывается безнадежно больным и умирающим. В 1995 г. в России уже было 26 хосписов, в 2000 г. их уже более 100.

2. Основные типы лечебно-профилактических учреждений

Различают два основных типа лечебно-профилактических учреждений: **амбулаторные** и **стационарные**.

К учреждениям амбулаторного типа относятся:

- 1) амбулатории;
- 2) поликлиники;
- 3) медико-санитарные части;
- 4) диспансеры;
- 5) консультации;
- 6) станции «скорой помощи».

К учреждениям стационарного типа относятся:

- 1) больницы;
- 2) клиники;
- 3) госпитали;
- 4) родильные дома;
- 5) санатории;
- 6) хосписы.

В целях повышения качества лечебной и профилактической работы с 1947 г. в России проводится объединение поликлиник с амбулаториями и больницами. Такая организация работы способствует повышению квалификации врачей, а тем самым и улучшению качества обслуживания населения.

3. Устройство и основные функции больниц

Различают общие, республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские больницы, которые располагаются чаще в центре обслуживаемой территории. Специализированные больницы (онкологические, туберкулезные и т. д.) располагаются в зависимости от своего профиля, чаще на окраине или за городом, в озелененном районе. Существуют три основных типа строительства больниц:

- 2) централизованный; 1) павильонный;
- 3) смешанный.

При павильонной системе на территории больницы размещаются небольшие отдельные здания. Централизованный тип строительства характеризуется тем, что здания соединены крытыми надземными или подземными коридорами. Чаще всего в России строились смешанного типа больницы, где основные неинфекционные отделения размещаются в одном крупном здании, а инфекционные отделения, хозяйственные постройки и тому подобное располагаются в нескольких небольших зданиях. Участок больницы делится на три зоны:

- 1) здания;
- 2) зона хозяйственного двора;
- 3) защитная зеленая зона.

Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды.

Больница состоит из следующих объектов:

- 1) стационара со специализированными отделениями и палатами;
- 2) вспомогательных отделений (рентгеновского кабинета, патологоанатомического отделения) и лаборатории;
- 3) аптеки;
- 4) поликлиники;
- 5) пищеблока;
- 6) прачечной;
- 7) административных и других помещений.

Больницы предназначены для постоянного лечения и ухода за пациентами с определенными заболеваниями, например хирургическими, терапевтическими, инфекционными, психотерапевтическими и т. д.

Стационар больницы является наиболее важным структурным подразделением, куда принимают пациентов, требующих современных, сложных методов диагностики лечения, и оказывают лечение, уход и другие культурно-бытовые услуги.

Устройство стационара любого профиля включает палаты для размещения пациентов, хозяйственные помещения и санитарный узел, специализированные кабинеты (процедурный, лечебно-диагностический), а также ординаторскую, сестринскую комнаты, кабинет заведующего отделением. Оборудование и оснащение палат соответствует профилю отделения и санитарным нормам. Различают одноместные и многоместные палаты. В палате имеются:

- 1) кровать (обычные и функциональные);
- 2) прикроватные тумбочки;
- 3) столики или стол;
- 4) стулья;
- 5) шкаф для одежды пациента;
- 6) холодильник;
- 7) умывальник.

Кровати ставят головным концом к стене на расстоянии 1 м между кроватями для удобства перекладывания пациента с каталки или носилок на кровать и ухода за ним. Связь паци-

ента с постом медицинской сестры осуществляется с помощью переговорного устройства или световой сигнализации. В специализированных отделениях стационара каждая койка обеспечена устройством для централизованной подачи кислорода и другой медицинской аппаратурой.

Освещение палат соответствует санитарным нормам (см. СанПиН 5.). Оно определяется в дневное время световым коэффициентом, который равен отношению площади окон к площади пола, соответственно 1: 5–1: 6. В вечернее время палаты освещаются люминесцентными лампами или лампами накаливания. Кроме общего освещения, имеется и индивидуальное. В ночное время палаты освещаются ночным светильником, установленном в нише около двери на высоте 0,3 м от пола (кроме детских стационаров, где светильники устанавливаются над дверными проемами).

Вентиляция палат проводится с помощью приточно-вытяжной системы каналов, а также фрамуг и форточек из расчета 25 м³ воздуха на одного человека в час. Концентрация углекислого газа в воздушной среде палаты не должна превышать 0, 1 %, относительная влажность 30–45 %.

Температура воздуха в палатах взрослых не превышает 20 °С, для детей – 22 °С.

В отделении имеются раздаточная и столовая, обеспечивающие одновременный прием пищи 50 % пациентов.

Коридор отделения должен обеспечить свободное передвижение каталок, носилок. Он служит дополнительным резервуаром воздуха в стационаре и имеет естественное и искусственное освещение.

Санитарный узел состоит из нескольких отдельных помещений, специально оборудованных и предназначенных для осуществления:

- 1) личной гигиены пациента (ванной комнаты, комнаты для умывания);
- 2) сортировки грязного белья;
- 3) хранения чистого белья;
- 4) дезинфекции и хранения суден и мочеприемников;
- 5) хранения уборочного инвентаря и спецодежды обслуживающего персонала.

Инфекционные отделения больниц имеют боксы, полубоксы, обычные палаты и состоят из нескольких отдельных секций, обеспечивающих функционирование отделения при установлении карантина в одной из них.

Каждое отделение имеет в установленном порядке обязательный для персонала и пациентов внутренний распорядок отделения, который обеспечивает пациентам соблюдение лечебно-охранительного режима: сон и отдых, диетическое питание, систематическое наблюдение и уход, выполнение лечебных процедур и т. д.

4. Содержание деятельности среднего медицинского работника

Содержание деятельности медицинских сестер составляется администрацией лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) на основании тарифно-квалификационной характеристики среднего медицинского работника с учетом конкретных особенностей работы того или иного лечебного учреждения.

К функциональным обязанностям медсестры стационара относятся:

- 1) соблюдение лечебно-охранительного режима отделения;
- 2) своевременное выполнение врачебных назначений;
- 3) уход за пациентами;
- 4) помощь пациенту во время осмотра врачом;
- 5) наблюдение за общим состоянием пациентов;
- 6) оказание первой доврачебной помощи;
- 7) соблюдение санитарно-противоэпидемического режима;
- 8) своевременная передача экстренного извещения в ЦГСЭН (центр Госсанэпиднадзора) об инфекционном больном;
- 9) получение лекарственных средств и обеспечение их хранения и учета;
- 10) а также руководство младшим медицинским персоналом отделения.

Медицинские сестры обязаны систематически повышать квалификацию, посещать занятия и конференции, организуемые в отделении и лечебном учреждении.

Участковая (семейная) медицинская сестра поликлиники, работающая на приеме с врачом, помогает ему, оформляет различную документацию, обучает пациентов подготовке к различным процедурам, лабораторным и инструментальным исследованиям. Медицинская сестра поликлиники осуществляет работу на дому: выполняет врачебные назначения, обучает родственников необходимым элементам ухода, дает рекомендации по созданию комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его жизненно важных физиологических потребностей, оказывает психологическую поддержку пациенту и его семье, осуществляет мероприятия по профилактике осложнений и укреплению здоровья своих пациентов.

Круг обязанностей фельдшера достаточно широк, в особенности в отсутствие врача. На фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе) фельдшер самостоятельно выполняет стационарную, консультативную, амбулаторную помощь, помощь на дому, санитарно-профилактическую работу, выписывает лекарственные средства из аптеки и т. д. В лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) – работает под руководством врача.

Содержание деятельности акушерки роддома и женской консультации зависит от конкретных особенностей работы. Она самостоятельно или вместе с врачом принимает роды, проводит лечебно-профилактическое обслуживание беременных, матерей и новорожденных. Она активно выявляет гинекологических больных, проводит психо-профилактическую подготовку женщин к родам, наблюдение за беременной, обеспечивает беременным прохождение всех необходимых исследований. Акушерка, как и медицинская сестра поликлиники, проводит большую патронажную работу, выполняет непосредственно обязанности медицинской сестры.

Для выполнения своих обязанностей фельдшер, медицинская сестра и акушерка должны обладать определенным объемом знаний и практических навыков, нести ответственность за процесс ухода и проявлять милосердие. Они совершенствуют свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход, удовлетворить физиологические потребности пациента и защитить здоровье населения.

Они участвуют в работе по ликвидации инфекционных очагов, проводят профилактические прививки, осуществляют вместе с врачом санитарный надзор детских учреждений.

Средние медицинские работники, имеющие специальную подготовку, могут работать в рентгенологических; физиотерапевтических и других специализированных отделениях и кабинетах.

За присвоение себе функций, на которые они не имеют права, средние медицинские работники несут дисциплинарную или уголовную ответственность. **5. Философия сестринского дела**

Философия (от фил и греч. sophia «люблю и мудрость», «любовь к мудрости») – это форма духовной деятельности человека, в которой находят свое отражение вопросы целостной картины мира, положения человека в мире, отношений между человеком и миром в результате этого взаимодействия. Необходимость философского осмысления сестринского дела возникла потому, что в профессиональном сестринском общении все чаще появлялись новые термины, которые уточнялись, развивались, обсуждались. Они обсуждаются и сейчас. Возникла необходимость нового качества знаний медсестры.

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

- 1) пациент;
- 2) сестра, сестринское дело;
- 3) окружающая среда;
- 4) здоровье.

Пациент – человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его.

Сестра – специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела

и имеющий право на сестринскую работу.

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

Окружающая среда – совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека.

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

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству, правам человека.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества.

Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинской сестрой. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издания законодательных актов.

Сущностью современной модели сестринского дела как научной теории является обоснование различных подходов к содержанию и оказанию сестринской помощи.

В профессиональный лексикон вошло понятие «**сестринский процесс**», под которым понимают системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента.

В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования в России.

Создается теоретическая научная база сестринской помощи. Через сестринский процесс медсестра должна обрести профессиональную независимость и самостоятельность, быть не просто исполнителем воли врача, а превратиться в творческого человека, умеющего понимать и видеть в каждом пациенте личность, его внутренний духовный мир. Российское здравоохранение остро нуждается в медсестрах, владеющих современной философией сестринского дела, знающих психологию человека, способных к педагогической деятельности.

Сущность философии сестринского дела в том, что она является фундаментом профессиональной жизни медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее работы, общения с пациентом.

Сестра, разделяющая принятую философию, принимает на себя следующие **этические обязанности** (правильно или неправильно мы поступаем):

- 1) говорить правду;
- 2) делать добро;
- 3) не причинять вреда;
- 4) уважать обязательства других;
- 5) держать слово;
- 6) быть преданной;
- 7) уважать право пациента на самостоятельность.

Согласно теории сестринской философии цели, к которым стремится сестра, т. е. результаты ее деятельности, называются этическими ценностями (идеалами): профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход).

Философия сестринского дела отражает и личные качества медсестры, которыми должна обладать хорошая медсестра, – добродетели, определяющие, что является добром, а что злом в людях: знание, умение, сострадание, терпение, целеустремленность, милосердие.

Этические принципы определяют Этический кодекс медсестры в каждой из стран, в том числе и в

России, и являются стандартами поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медсестры.

6. Сестринская деонтология

Сестринская деонтология – наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики.

Наш соотечественник А. П. Чехов писал: «Профессия медика – подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это».

Медицинскому работнику доверяется самое дорогое – жизнь, здоровье, благополучие людей. Он несет ответственность не только перед пациентом, его родственниками, но и перед государством в целом. К сожалению, и сейчас встречаются случаи безответственного отношения к пациенту, стремление снять с себя ответственность за него, найти предлог, чтобы переложить ответственность на другого, и т. д. Все эти явления недопустимы. Надо помнить: интересы пациента превыше всего.

Медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и по-сестрински оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента.

Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную устойчивость.

Культуру поведения медицинского работника можно разделить на два вида:

1) **внутренняя культура**. Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбие, чувство коллегиальности;

2) **внешняя культура**: приличие, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид и т. п. Основными качествами медицинского работника, причем качествами именно его внутренней культуры, являются:

1) **скромность** – простота, безыскусственность, которые свидетельствуют о красоте человека, его силе;

2) **справедливость** – самая высокая добродетель медицинского работника. Справедливость является основой его внутренних побуждений. Цицерон говорил, что имеются два начала справедливости: «Никому не вредить и приносить пользу обществу»;

3) **честность** – должна соответствовать всем делам медицинского работника. Она должна стать основой его повседневных помыслов и стремлений;

4) **доброта** – неотъемлемое качество внутренней культуры хорошего человека.

Хороший человек – это прежде всего такой человек, который относится благожелательно к окружающим его людям, понимает и горести, и радости, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, не жалея себя, помогает словом и делом.

Понятие «внешняя культура медицинского работника» включает в себя:

1) **внешний вид**. Основное требование к одежде медика – чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, шапочка и наличие сменной обуви. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности медицинского работника, степень его заботы, внимания к пациенту. «Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных» (Гиппократ).

Помните! Медицинская форма не нуждается в украшениях. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов, строгость в выполнении профессиональных обязанностей. Не будет доверия у пациента к медицинскому работнику, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит так, словно делает одолжение. Медицинский работник должен держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно;

2) **культуру речи**. Она является второй составной частью внешней культуры. Речь медицинского работника должна быть четкой, негромкой, эмоциональной, отличаться вежливо-

стью. Нельзя использовать уменьшительные эпитеты при обращении к пациенту: «бабулька», «голубушка» и т. д. Нередко приходится слышать, как о пациенте говорят: «диабетик», «язвенник», «астматик» и т. д. Иногда речь медицинских работников пересыпана модными, жаргонными словами, примитивна, пациент не проникается доверием к ним. Такие издержки речевой культуры медицинских работников как бы отгораживают его от пациента, отодвигают на задний план личность пациента, его индивидуальность, а у пациента вызывают негативную реакцию.

Основными принципами сестринской этики и деонтологии, изложенными в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе Международного совета медицинских сестер и Этическом кодексе медицинских сестер России, являются:

- 1) гуманность и милосердие, любовь и забота;
- 2) сострадание;
- 3) доброжелательность;
- 4) бескорыстие;
- 5) трудолюбие;
- 6) учтивость и др.

7. Сестринское дело, его цели и задачи

Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и общественного населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сегодня **сестринское дело** – это наука и искусство ухода за пациентом, направленное на решение проблем пациента. Сестринское дело как наука имеет свои теории и методы, которые являются концептуальными и используются с целью удовлетворения потребностей пациента. Как наука сестринское дело опирается на знания, проверенные на практике. Раньше сестринское дело заимствовало знания у медицины, психологии, социологии, культурологии. Сейчас к ним прибавляются новые разделы (теория и философия сестринского дела, менеджмент, лидерство в сестринском деле, маркетинг сестринских услуг, сестринская педагогика, общение в сестринском деле), создается уникальная, особенная структура знаний в сестринской области.

Искусство и научный подход проявляются в общении с пациентом и персоналом, в умении эффективно строить сестринский процесс. Являясь искусством и наукой, сестринское дело в настоящее время ставит перед собой следующие **задачи**:

- 1) разъяснять населению назначение и важность сестринского дела;
- 2) привлекать, развивать и эффективно использовать сестринский потенциал для расширения профессиональных обязанностей и удовлетворения потребностей населения в сестринских услугах;
- 3) вырабатывать у медсестер определенный стиль мышления по отношению к людям, здоровью и окружающей среде;
- 4) обучать медсестер культуре общения с пациентами, членами их семей, коллегами, учитывая этические, эстетические и деонтологические аспекты поведения;
- 5) разрабатывать и внедрять новые технологии сестринской помощи;
- 6) обеспечивать высокий уровень медицинской информации;
- 7) создавать эффективные стандарты качества сестринской помощи;
- 8) проводить научно-исследовательскую работу в области сестринского дела.

Известно, что роль и задачи медсестры определяются историческими, социальными и культурными факторами, а также общим уровнем состояния здоровья того или иного общества.

Для выполнения поставленных задач, утверждения сестринского дела как профессии необходимо иметь:

- 1) научно обоснованную стратегию развития сестринской практики;
- 2) единую терминологию как инструмент для стандартизации профессионального языка медсестер.

8. Общение в сестринском деле

Общение – это сложный социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми, происходящий с помощью словесной (вербальной) и бессловесной (невербальной) информации.

В последние годы в науке используется вместо слова «общение» термин «коммуникация».

Вербальная информация отражается в высказываниях или написанных (письмо) чувствах, мыслях, наблюдениях. **Невербальная информация** отражает поступки или поведение того, кто передает информацию без использования речи или написания (письма).

Основой для коммуникации служат такие факторы, как сопереживание, уважение и искренность, облегчающие взаимное общение. Целью процесса понимания для медсестер гуманистического склада является изучение тайны, которой остается пациент. В результате такого изучения, а не «разгадки» можно больше узнать одновременно обо всех, кто окружает пациента, и о самом себе.

Общение в сестринском деле – это процесс, порождаемый потребностями совместной деятельности пациента и медицинской сестры, искусство воздействия на личность пациента с целью адаптации(приспособления) к изменениям в жизни в связи с изменениями состояния здоровья.

Навыки общения в сестринском деле требуют специальных знаний и умений, потому что медицинской сестре необходимо учитывать состояние здоровья пациента, его физическое и психическое состояние.

Для оказания максимальной помощи и поддержки пациента медсестре необходимы коммуникативные и профессиональные знания, умение слушать, задавать вопросы, сопереживать, проявлять внимание и заботу.

Общение с пациентом и всеми, кто участвует в уходе, требует понимания, уважения и веры в выздоровление. Уникальность сестринского общения в том, что пациент должен верить в доброту и силу, способность медсестры руководить процессом адаптации.

9. Средства общения

К **вербальным средствам общения** относится речь, которая одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника. Не следует забывать слова древнего поэта Саади: «Умен ты или глуп, велик ты или мал, не знаем мы, пока ты слова не сказал». Медицинская сестра должна уметь разбираться в манере говорить и оценивать ее. Манера говорить может отражать индивидуальные особенности пациента, его темперамент. Речь громкая должна нацелить медсестру на мысли о нарушенном слухе пациента. Медицинская сестра должна знать, что манера говорить может зависеть от патологии сознания, мышления, речесоматических и психоневрологических заболеваний. Например, при одышке пациент говорит обрывками, тяжело, при патологии сознания (галлюцинациях, сопоре, коме), некоторых соматических заболеваниях пациент не отвечает на поставленные вопросы (неадекватная реакция пациента).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.