



# СОДЕРЖАНИЕ

Участники издания . . . . .	5
Пояснительная записка. . . . .	6
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	9
<b>Раздел 1. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА. . . . .</b>	<b>11</b>
Тема 1.1. История сестринского дела . . . . .	11
Тема 1.2. Философия сестринского дела . . . . .	23
Тема 1.3. Общение в сестринском деле . . . . .	31
Тема 1.3.1. Невербальное общение и его значение . . . . .	38
Тема 1.3.2. Работа в команде . . . . .	45
Тема 1.4. Обучение в сестринском деле . . . . .	50
<b>Раздел 2. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И НА ДОМУ. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОЦЕССА СЕСТРИНСКОГО УХОДА. ВЛАДЕНИЕ ОСНОВАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ . . . . .</b>	<b>56</b>
Тема 2.1. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела . . . . .	56
Тема 2.2. Процесс сестринского ухода . . . . .	64
Тема 2.3. Потребность пациента в нормальном дыхании. . . . .	66
Тема 2.4. Потребность пациента в адекватном питании и питье . . . . .	83
Тема 2.5. Потребность пациента в физиологических отправлениях. . . . .	97
Тема 2.6. Потребность пациента в движении . . . . .	113
Тема 2.7. Потребности пациента в сне, одежде, осуществлении личной гигиены . . . . .	126
Тема 2.8. Потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела, безопасной окружающей среды . . . . .	162
Тема 2.9. Потребность пациента в общении, труде и отдыхе. . . . .	182
Тема 2.10. Сестринский процесс при боли . . . . .	183
<b>Раздел 3. БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА. . . . .</b>	<b>190</b>
Тема 3.1. Организация безопасной среды для пациента и медицинского персонала. . . . .	191
Тема 3.2. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. . . . .	203
Тема 3.3. Дезинфекция . . . . .	229

Тема 3.4. Предстерилизационная очистка . . . . .	234
Тема 3.5. Стерилизация . . . . .	237
Тема 3.6. Воздействие на организм медицинской сестры физической нагрузки . . . . .	253
<b>Раздел 4. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПРЕДЕЛАХ СВОИХ ПОЛНОМОЧИЙ . . . . .</b>	<b>290</b>
Тема 4.1. Прием пациента в стационар. Ведение документации . . . . .	290
Тема 4.2. Оценка функционального состояния пациента . . . . .	309
Тема 4.3. Организация питания в стационаре. Кормление тяжелобольных. Ведение документации . . . . .	336
Тема 4.4. Личная гигиена тяжелобольного . . . . .	368
Тема 4.5. Методы простейшей физиотерапии . . . . .	379
Тема 4.6. Клизмы. Газоотводная трубка . . . . .	393
Тема 4.7. Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером. Введение постоянного мочевого катетера и уход за ним . . . . .	409
Тема 4.8. Промывание желудка . . . . .	425
Тема 4.9. Медикаментозное лечение в сестринской практике . . . . .	432
Тема 4.10. Участие сестры в лабораторных методах исследования . . . . .	483
Тема 4.11. Участие сестры в инструментальных методах исследования . . . . .	514
Тема 4.12. Манипуляции, связанные с уходом за кишечными стомами . . . . .	526
Тема 4.13. Сердечно-легочная реанимация . . . . .	553
Тема 4.14. Потери, смерть, горе . . . . .	566
<b>Раздел 5. ДВИЖЕНИЕ «МОЛОДЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ (ВОРЛДСКИЛЛС РОССИЯ)» . . . . .</b>	<b>582</b>
Источники информации . . . . .	587
Предметный указатель . . . . .	589



# **ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И НА ДОМУ. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОЦЕССА СЕСТРИНСКОГО УХОДА. ВЛАДЕНИЕ ОСНОВАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**

## **ТЕМА 2.1. ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А. МАСЛОУ. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

Потребность человека — это внутреннее состояние психологического или функционального ощущения недостаточности чего-либо, проявляется в зависимости от ситуационных факторов. Существует множество классификаций потребностей человека: по сферам деятельности (в труде, отдыхе, общении), объекту потребностей (материальные, духовные), значимости (первоочередные, второстепенные), временной устойчивости (устойчивые, ситуативные), функциональной роли (естественные) и др.

Американский психолог Абрахам Маслоу, изучая потребности людей, предложил разделить их на пять основных категорий.

— Физиологические: потребность дышать, двигаться, голод, жажда, сон, половое влечение, физиологические отправления и т.д.

- Потребности в безопасности: комфорт, постоянство физических параметров условий жизни, соблюдение личной гигиены.
- Социальные: социальные связи, общение, привязанность, забота о другом и внимание к себе, совместная деятельность.
- Престижные: самоуважение, уважение со стороны других, признание, достижение успеха и высокой оценки, служебный рост.
- Духовные: познание, самоактуализация, самовыражение, самоидентификация.

В 1943 г. А. Маслоу отразил потребности человека в виде пирамиды, состоящей из пяти уровней (рис. 2.1).

Устойчивой закономерностью является ситуация, когда по мере удовлетворения нижележащих потребностей все более актуальным становится удовлетворение потребностей более высокого уровня. Но это



Концепция иерархии потребностей в мотивации человека А. Маслоу

Рис. 2.1. Иерархическая модель потребностей человека – пирамида Маслоу

вовсе не означает, что новые потребности проявляются только после обязательного и полного удовлетворения низших по уровню потребностей. Глухой Людвиг ван Бетховен был гениальным композитором; произведения слепого Гомера пережили века; слепой Луи Брайль был очень талантливым музыкантом, служил органистом в различных храмах Парижа, разработанные им метод чтения и письма для слепых людей (система Брайля) и метод написания нот для слепых до сих пор считаются лучшими в мире.

## МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Модель — это представление некоторого реального процесса, устройства или концепции. Модель сестринского дела — это представление о сути сестринской помощи пациенту. Существует множество моделей сестринского дела. Основной целью сестринского ухода большинство моделей провозглашает сохранение и поддержание здоровья. Содержание понятий «здоровье», «пациент», его взаимодействие с окружающей средой, а также видение роли медицинской сестры в поддержании здоровья пациента (семьи, общества) определяет практическое значение и область применения моделей сестринского дела (табл. 2.1).

**Таблица 2.1.** Модели сестринского дела

Модель	Источник проблем пациента	Цель ухода	Ожидаемый результат
Roy	Затруднения в решении проблем	Адаптация пациента к заболеванию	Адекватное восприятие действительности и адаптация к заболеванию
Johnson	Функциональный или структурный стресс	Обеспечение психической устойчивости и функциональной стабильности	Адекватное поведение
Orem	Отсутствие возможности осуществлять заботу о себе	Создание условий для максимальной самостоятельности пациента	Достижение максимального уровня самообслуживания
Henderson	Дефицит силы, воли, знаний	Обеспечение независимости пациента в удовлетворении основных потребностей	Возрастание самостоятельности и независимости пациента в удовлетворении основных потребностей
Allen	Наличие факторов риска в семье, нездоровый образ жизни семьи	Воспитание навыков здорового образа жизни	Заинтересованность семьи в укреплении здоровья ее членов

Согласно **адаптационной модели К. Рой (Roy)**, термин «здоровье» отражает соотношение двух составляющих единого процесса «здоровье — болезнь» и характеризует уровень здоровья или уровень заболевания. Снижающийся уровень здоровья вызывает возникновение проблем и затруднения в их решении. Поэтому основными *целями сестринского ухода являются адаптация пациента к заболеванию и формирование адекватного восприятия действительности*. При этом *пациент* характеризуется как биопсихосоциальное существо, находящееся в постоянном взаимодействии с изменяющейся окружающей средой и способное к адаптации к изменениям. *Окружающая среда* включает все существующие и оказывающие влияние на организм факторы. *Роль медицинской сестры* заключается в использовании различных стимулов (психологических, физиологических, духовных) для адаптации пациента в сложившихся обстоятельствах.

**Модель поведенческой системы Д. Джонсон (Johnson)** характеризует *здоровье* как нестабильное состояние, уровень которого определяется психологическими, социальными, физиологическими факторами и оценивается медицинскими работниками. *Пациент* представляется в качестве поведенческой системы, распознаваемой по реакциям и действиям, возникающим в ответ на функциональный или структурный стресс. На возникшие поведенческие реакции оказывает влияние сложившаяся ситуация и привычки, сформировавшиеся в течение жизни. *Цель сестринского ухода — обеспечение психической устойчивости и функциональной стабильности пациента, достижение адекватного поведения пациента*.

**Модель дефицита самоухода Д. Орем (D. Orem)**. *Здоровье* — состояние, при котором весь организм человека функционирует как единое целое, учитывая, что *человек* — целостная интегрированная система, функционирующая биологически, духовно и социально, имеющая мотивацию к самоуходу. Потребности в самоуходе Орем делит на универсальные (питание, выделение, сон, отдых, безопасность и т.д.), связанные с возрастом и связанные с заболеванием. *Окружающая среда* является необходимым элементом существования человека: взаимодействие человека и окружающей среды способствует созданию условий для поддержания или ухудшения здоровья. Болезнь, возрастные особенности, напротив, создают условия, в которых снижена или отсутствует возможность осуществления заботы о себе. *Роль медицинской сестры сводится к обеспечению помощи в достижении максимального уровня самообслуживания*.

**Модель В. Хендерсон (V. Henderson)**. *Здоровье* — способность независимо функционировать, оцениваемая по 14 компонентам. При этом *пациент* описывается как биологическое существо, духовная и физическая сущности которого неразделимы, обладающий определенными,

основополагающими потребностями в пище, жилье, одежде, любви, признании окружающих, востребованности, чувстве принадлежности к сообществу людей и одновременно чувстве собственной независимости. Проблемы со здоровьем ведут к нарушению осуществления основных потребностей пациента. *Задача медицинской сестры — создание условий и обеспечение основных потребностей пациента.* Причем участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода обязательно.

**Модель М. Аллен (M. Allen).** *Здоровье* рассматривается как образ жизни и как феномен семьи в контексте общества и представляет собой совокупность навыков семьи по преодолению проблемных ситуаций и ориентированных на здоровьесберегающее поведение. Объектом сестринского вмешательства является *семья*, а не отдельный человек, однако это не может служить препятствием для индивидуальной работы сестры с пациентом. *Семья и каждый из ее членов в отдельности* рассматриваются как открытые системы, постоянно вступающие во взаимодействие между собой и другими системами во внешнем окружении. Модель Аллен не сосредотачивается на существующих проблемах пациента, а отдает приоритет *обучению здоровому образу жизни.* *Окружающая среда* определена как социум, в рамках которого проходит обучение. *Роль медицинской сестры — содействие процессу формирования и развития здоровой семьи на всем протяжении ее существования.*

Наиболее универсальной из представленных моделей сестринского дела видится модель Хендерсон, недаром с середины 1990-х годов программа дисциплины «Основы сестринского дела» рассматривает фундаментальные проблемы сестринского дела с позиций основных положений модели Хендерсон: пациент имеет фундаментальные потребности, одинаковые для всех людей, вне зависимости от того, болен человек или здоров. В. Хендерсон приводит 14 потребностей повседневной жизни.

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



11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при удовлетворении перечисленных потребностей. В период детского или старческого возраста, беременности, болезни возникают проблемы в удовлетворении самых разных потребностей самостоятельно. Медицинская сестра оказывает помощь «человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье или же способствуют его выздоровлению (или же в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания...» (В. Хендерсон). Способность человека удовлетворять свои ежедневные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Испытывая чувство страха и беспокойство, горечь потери, человек может страдать от нарушений сна, отсутствия аппетита, нежелания двигаться.

Модель В. Хендерсон адаптирована к иерархии основных человеческих потребностей по А. Маслоу (табл. 2.2).

Целью сестринского ухода В. Хендерсон считает восстановление независимости пациента при удовлетворении им 14 повседневных потребностей. При планировании ухода В. Хендерсон отдает предпочтение долгосрочным целям. Краткосрочные и промежуточные цели, по ее мнению, имеют место при оказании медицинской сестрой помощи при экстренных и неотложных состояниях пациента.

В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан и с непосредственным уходом за пациентом, и с назначениями врача, в том числе лекарственной терапией. Для осуществления сестринских вмешательств могут быть привлечены члены семьи пациента.

Оценивать результат и качество ухода можно только тогда, когда удовлетворены все повседневные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.

Модель дефицита самоухода Д. Орем оптимальна в условиях хосписа, палатах и отделениях для геронтологических больных, при организации «стационара на дому» для больных хроническими заболеваниями. Развитие общей врачебной практики и семейной медицины потребует внедрения модели сестринского дела М. Аллен. Но поскольку нет единой универсальной модели, описывающей теорию и практику сестринского дела, целесообразным видится ситуативное применение моделей.

**Таблица 2.2.** Взаимосвязь основных потребностей по А. Маслоу с потребностями повседневной жизни по В. Хендерсон

Уровни основных потребностей человека по А. Маслоу	Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон
I уровень – физиологические потребности	Нормально дышать, потреблять достаточное количество пищи и жидкости, выделять из организма продукты жизнедеятельности, двигаться и поддерживать нужное положение, спать и отдыхать
II уровень – потребность в безопасности	Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду соответственно погодным условиям, поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду, соблюдать личную гигиену и заботиться о внешнем виде, обеспечивать собственную безопасность и не быть опасным для других людей
III уровень – социальные потребности	Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение, отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой
IV уровень – потребность в уважении и самоуважении	Заниматься любимой работой, отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях, играх, удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться

Практическое применение моделей сестринского дела можно изучить на примере клинических ситуаций. С целью сравнения моделей следующая таблица составлена на примере случая впервые выявленного сахарного диабета 1-го типа (табл. 2.3).

### Контрольные вопросы

1. Теория сестринского дела. Необходимость создания. Цели и задачи. Структура.
2. основополагающие понятия сестринского дела. Их взаимообусловленность и взаимодействие на примере различных теорий сестринского дела.
3. Сестринское дело как область ответственности медицинской сестры.
4. Здоровье как ценностная категория.
5. Пациент как объект сестринского вмешательства.
6. Окружающая среда, характеристика, влияние на состояние здоровья пациента и общества в целом.
7. Применение модели В. Хендерсон в сестринской практике.

**Таблица 2.3.** Пример практического применения моделей сестринского дела в клинической ситуации

Модели	Проблема	Цель ухода	Роль медицинской сестры
Roy	Нарушение привычного образа жизни пациента	Сформировать видение: сахарный диабет — образ жизни. Сформировать навыки нового образа жизни	Обучение пациента и родственников в «Школе диабета»: организации диетического питания, соблюдению физических нагрузок, проведению инсулинотерапии, контролю гликемии и глюкозурии
Johnson	Различные формы неприятия заболевания (игнорирование, тревога, апатия, депрессия и т.д.)	Обеспечить психическую устойчивость пациента и адекватное восприятие заболевания	Проведение бесед с пациентом и родственниками о характере и прогнозе заболевания. Обеспечение взаимодействия с пациентами с сахарным диабетом легкой и средне-тяжелой формы, стабильно протекающим
Orem	Нарушение универсальных потребностей (питания, приема жидкости, мочевыделения)	Обеспечить помощь в реализации потребностей в пище, жидкости, мочевыделении	Обеспечить соблюдение диеты № 9 в условиях стационара. Ограничить прием жидкости. Запретить прием сладких напитков. Обеспечить контроль водного баланса
Henderson	Нарушения питания	Создать условия для обеспечения диетического питания	Обеспечить соблюдение диеты № 9 в условиях стационара. Обучить пациента и родственников принципам и правилам питания. Контролировать принесенные из дома продукты питания
Allen	Нарушение привычного образа жизни семьи	Сформировать видение: сахарный диабет — образ жизни	Обучение пациента и родственников в «Школе диабета»: организации диетического питания, соблюдению физических нагрузок, проведению инсулинотерапии, контролю гликемии и глюкозурии. Определение роли членов семьи в поддержке пациента

## ТЕМА 2.2. ПРОЦЕСС СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Процесс сестринского ухода — это систематизированный подход к организации и проведению медицинской сестрой лечебно-диагностических, реабилитационных, профилактических мероприятий и манипуляций, входящих в ее должностные обязанности. Систематизированный подход подразумевает целенаправленный спланированный уход с обязательной оценкой его результатов, анализом недостатков и ошибок, возможностью коррекции на всех этапах сестринского ухода. Условно процесс сестринского ухода подразделяют на 5 этапов (рис. 2.2).

- Определение проблем пациента на основании анализа информации о пациенте, полученной при опросе его самого, его родственников, других лиц, владеющих информацией, или в результате изучения медицинских документов.



Рис. 2.2. Процесс сестринского ухода за пациентом

- Формулирование целей сестринского ухода: долгосрочных (перспективных) и краткосрочных (достижение которых возможно в считанные часы, дни, но не более недели).
- Планирование мероприятий и манипуляций, направленных на достижение целей сестринского ухода.
- Выполнение медицинской сестрой мероприятий и манипуляций, направленных на достижение целей сестринского ухода.
- Оценка результатов сестринского ухода, выявление причин частичного результата или отсутствия результатов сестринского ухода, корректировка планирования мероприятий и манипуляций.

Проблема пациента — это невозможность в силу разных причин, связанных с заболеванием, реализовать те или иные потребности пациента. Цель сестринского ухода — помочь в разрешении проблемы. В том случае, когда разрешить проблему невозможно, цель сестринского ухода — снять остроту проблемы всеми имеющимися в арсенале медицинской сестры способами.

Более полно схема процесса сестринского ухода представлена на рис. 2.3.

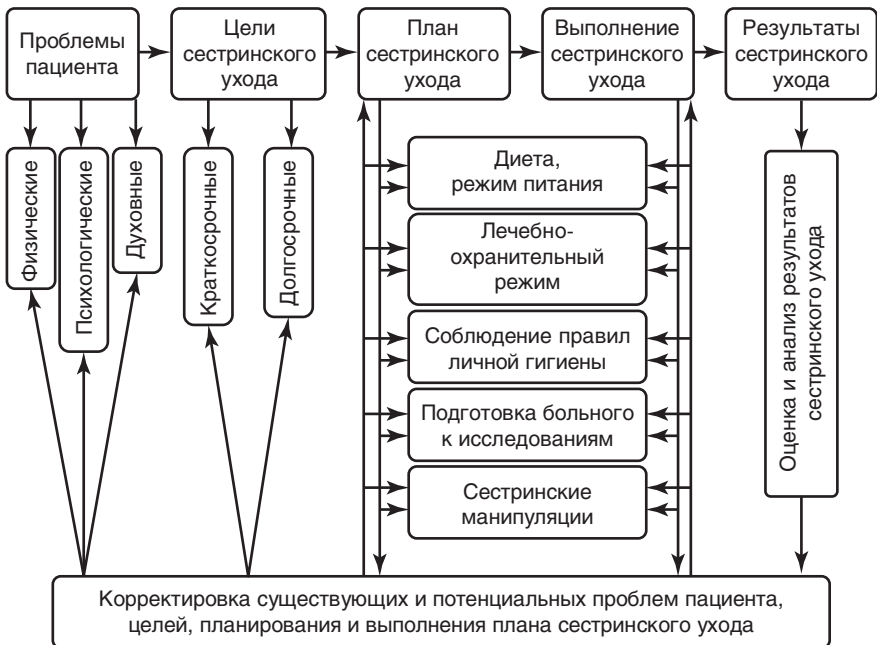


Рис. 2.3. Схема процесса сестринского ухода