

**Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Главное управление здравоохранения Администрации Иркутской области  
Иркутский государственный медицинский университет**

**А.Н. Калягин**

**ЛЕКЦИОННЫЕ ТАБЛИЦЫ  
ПО ТЕОРИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

**Учебное пособие для студентов  
очно-заочной формы обучения  
по специальности «сестринское дело».**

**Под редакцией профессора  
Ю.А. Горяева**

**Иркутск  
2004**

ББК 51.2  
К 17  
УДК 614.25 (075.8)

*Утверждено Центральным координационно-методическим советом ГОУ ВПО Иркутского государственного медицинского университета МЗ и СР РФ  
Протокол № 1 от 14 октября 2004 г.*

**Составитель: Калягин Алексей Николаевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета.**

**Под редакцией заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета, профессора, доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Юрия Аркадьевича Горяева.**

**Рецензенты:**

**Блохина Нина Никодимовна – кандидат философских наук, доцент, заведующая кафедрой философии Иркутского государственного медицинского университета.**

**Погорелова Ирина Геннадьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры коммунальной гигиены с курсом гигиены детей и подростков, декан медико-профилактического факультета Иркутского государственного медицинского университета.**

**К 17 Калягин А.Н. Лекционные таблицы по теории сестринского дела: Учебное пособие для студентов очно-заочной формы обучения по специальности сестринское дело. / Под ред. Ю.А. Горяева. – Иркутск, 2004. – 46 с.**

В пособии, подготовленном в соответствии с требованиями учебной программы по теории сестринского дела, на современном уровне излагается представление о роли и месте медицинской сестры в современном обществе и системе здравоохранения. Материал представляет собой отдельные таблицы и схемы, которые будут полезны слушателям при посещении лекций по данной дисциплине и подготовке к зачёту. Отдельно выделены глоссарий терминов и список рекомендуемой литературы.

Пособие предназначено для студентов медицинских ВУЗов, но будет полезным при подготовке медицинских сестёр в колледжах и для повышения квалификации практических работников системы здравоохранения.

ББК 51.2

© А.Н. Калягин, 2004.  
© А.Н. Калягин – дизайн, оформление, 2004.

*Жалейте каждого больного  
Всем сердцем, всей своей душой,  
И не считайте за чужого,  
Какой бы ни был он чужой.  
Пусть к вам потянется калека,  
Как к доброй матери – дитя;  
Пусть в человеке человека,  
Увидит, сердцем к вам летя.  
И, обнадёжив безнадёжность,  
Всё возлюбя и всё простив,  
Такою проявите нежность,  
Чтоб умирающий стал жив!  
И будет радостна вам снова  
Вся эта грустная земля...  
Жалейте каждого больного,  
Ему сочувственно внемля.*

*И. Северянин*

**«Университет – это учреждение, предназначенное для того, чтобы дети поднялись на более высокую ступень в обществе, чем их родители»**

*Генри Луис Менкен*

## **ВВЕДЕНИЕ**

Глубокоуважаемые коллеги!

Вы взяли в руки не обычное учебное пособие, цель которого логической нитью повествования ознакомить Вас с материалами учебного курса. Данное издание представляет собой лишь собрание наиболее важных методических материалов – терминов, схем, таблиц, важнейших перечней, необходимых для освоения нового предмета – теории сестринского дела. Его основная задача – помочь Вам в подготовке к лекции и зачёту. Эти материалы не заменят Вам учебник или саму лекцию, но позволят легче воспроизвести в памяти прочитанное и услышанное.

Теория сестринского дела введена в учебную программу медицинских ВУЗов России относительно недавно, однако она чрезвычайно важна для подготовки академической медицинской сестры – менеджера здравоохранения, т.к. она дисциплинирует ум, формирует чёткие научные представления о значимости и важности сестринского дела для здравоохранения в целом. В данном курсе каждый должен сформулировать для себя представление об отношении к медицинской сестре в мире, её роли в обществе, практической и научной деятельности.

Мы полагаем, что в Российской Федерации имеется хорошая школа сестричества, основы которой были заложены Н.И. Пироговым и его сподвижниками в ходе Крымской войны (1854 г.) и получили дальнейшее развитие в трудные для Отечества годы. Наряду с этим в мире накопился серьёзный научный и методический потенциал организации сестринского дела, который может быть перенят нами.

## **Лекция 1. Введение в теорию сестринского дела.**

**Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями:** сестринское дело, уход, медицинская сестра, миссия, миссия сестринского дела, функции, менеджер, сестра-менеджер, здравоохранение, здоровье, окружающая среда, метапарадигма сестринского дела, система здравоохранения, этический кодекс медсестёр.

### **Основные функции сестринского дела (ЛЕМОН, 1996):**

1. Предоставление сестринского ухода и управление им, будь то меры профилактики, лечения, реабилитации или психологической поддержки пациента, семьи. Эта деятельность наиболее эффективна, если основана на сестринском процессе (5 этапов).
2. Обучение пациентов, их семей и представителей здравоохранения, что включает:
  - оценку знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;
  - подготовку и предоставление необходимой информации на соответствующем уровне;
  - оценку результатов подобных просветительных программ;
  - применение принятых и соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов.
3. Исполнение роли эффективного члена медико-санитарной бригады, что предусматривает:
  - сотрудничество с пациентами, семьями, другими работниками здравоохранения в целях планирования, организации, управления и оценки сестринского ухода;
  - выполнение роли лидера сестринской бригады, в которую входят другие медицинские сестры и вспомогательный персонал;
  - делегирование работы и функций медицинской сестры другому сестринскому персоналу и координация их деятельности; сотрудничество с другими профессионалами в целях создания нормальных условий труда, способствующих эффективной сестринской деятельности;
  - участие в подготовке и предоставлении необходимой информации населению, руководству, политикам в виде докладов, семинаров, конференций, средств массовой информации и т.п.
4. Развитие сестринской практики через критическое мышление и исследование. Эта функция сестринского дела включает:
  - внедрение новаторских методов работы для достижения лучших результатов в сестринской практике;
  - определение областей сестринских исследований;
  - использование культурных, этических и профессиональных стандартов для осуществления руководства сестринскими исследованиями.

**Основные цели сестринского дела  
(С.И. Двойников и соавт., 2002):**

1. объяснение населению и администрации лечебно-профилактических учреждений важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;
2. привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения;
3. обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;
4. выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

**Основные задачи сестринского дела  
(С.И. Двойников и соавт., 2002):**

- развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;
- консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;
- ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;
- разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;
- осуществление консультативной сестринской помощи;
- обеспечение высокого уровня медицинской информации;
- ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;
- проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;
- создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

**Метапарадигма сестринского дела (J. Fawcett, 1989):**

Метапарадигма сестринского дела (философия сестринского дела) – это суперструктура, позволяющая описать любой элемент сестринского дела, она состоит из 4-х компонентов:

- уход,
- клиент (клиенты, личность, пациент),
- здоровье (или континуум здоровье-заболевание),
- окружающая среда.

### **Функции медицинской сестры:**

- **Первая:** обеспечение и руководство сестринской помощью, будь то содействие, профилактика, лечение, реабилитация или поддержка отдельных лиц, семей или группы. Эти функции наиболее эффективны, если они осуществляются, как серия логических шагов, известных в качестве сестринского процесса.
- **Вторая:** обучение больных, клиентов и персонала медико-санитарной помощи.
- **Третья:** сотрудничество - работа в качестве эффективного члена бригады медико-санитарной помощи.
- **Четвертая:** развитие практики сестринского дела, что предполагает:
  - научные исследования,
  - использование новых методов работы,
  - расширение знаний, развитие практики сестринского дела и образования, определение наиболее актуальных направлений научных исследований,
  - использование при проведении научных исследований принятых культурных, этических и профессиональных стандартов.

### **Периодизация и хронология основных этапов развития теории сестринского дела (Г.М. Перфильева, 2002):**

I период (до 1955 г.). Истоки развития теоретического подхода к сестринскому делу. От принципов ухода Ф. Найтингейл до фундаментальных исследований в сестринском деле.

II период (1955 - 1970 гг.). Бурное развитие гуманистических теорий. Влияние психологии и других наук на развитие теории сестринского дела. Теории потребностей. Теории стресса и адаптации.

III период (1971 - 1975 гг.). Формирование структур теории, терминологии. Развитие теорий - цель научных исследований.

IV период (1976 - 1980 гг.). Период осмысления, возрастание роли практики. Формирование процессного подхода к сестринской практике. Метaparадигма сестринского дела и ее основные обобщающие понятия: личность, окружающая среда, здоровье и сестринское дело (Фосетт Д. /Fawcett J., 1978).

V период (1981 -1990 гг.). Стремление к систематизации, обновление теорий, развитие профессиональной терминологии. Формализация профессионального языка. Классификация сестринских диагнозов NANDA (Северо-Американская ассоциация сестринских диагнозов, 1982).

VI период (с 1991 г.). Совершенствование подходов. Дальнейшая систематизация и унификация профессионального языка и практики. Развитие ICNP (Международной классификации сестринской практики). Доказательная сестринская практика.

## Лекция 2. Понятие о теориях и моделях сестринского дела.

**Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями:** теория, модель, контрактная модель, патерналистская модель, самоуход, потребность.

### **Основные требования к модели сестринского дела (С.И. Двойников и соавт., 2002):**

1. Понимание специфики страны:
  - принципы и задачи системы здравоохранения, её состояние;
  - демографические показатели;
  - социально-экономическое состояние общества;
  - доминирующие морально-этические принципы, культуру.
2. Понимание общих ориентиров:
  - на человека, а не на болезнь;
  - на сохранение жизни человека;
  - на сохранение здоровья человека, улучшение качества жизни и независимости от болезни;
  - на определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь;
  - на нарушенные потребности и возникающие проблемы;
  - на решение проблем, связанных со здоровьем человека, семьи, групп людей и общества.

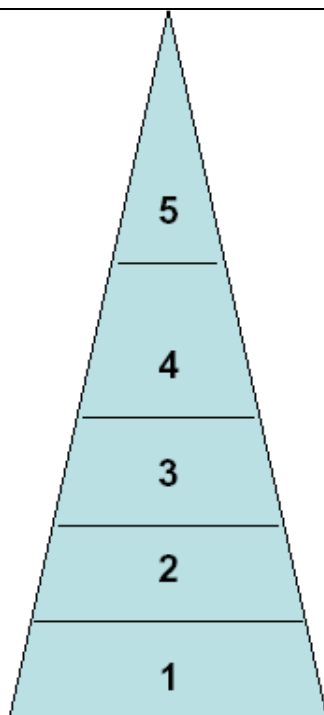
### **Классификация теорий и моделей сестринского дела:**

1. Узконаправленная:
  - Врачебная (медицинская),
2. Холистические:
  - Теории потребностей – отталкиваются от потребностей человека и им соответствуют: добавочно-дополняющая (В. Хендерсон, рекомендована ВОЗ); модель Ропера-Терни-Логана; модель Юра-Валш.
  - Адаптационные теории – отталкиваются от способности человека приспосабливаться к меняющимся условиям жизни: эволюционно-адаптационная (Канадской ассоциации медицинских сестер); адаптационная модель К. Рой.
  - Теории самоухода – отталкиваются от способности человека к самоуходу: модель дефицита самоухода Д. Орэм.
  - Теории общения (влияния) – отталкиваются от способности людей влиять друг на друга: модель поведенческой системы Д. Джонсон; модель межличностных отношений Д. Травелби; теория планирования сестринского ухода Д. Карневали; теория заботы К. Мартинсен; теория ухода как заботы К. Эрикссон; модели Кинга; Орландо; Мансфелда и др.



| <b>Различия врачебной и холистических моделей</b> |  |  |
|---|--|--|
| <b>Признаки</b>                                   | <b>Врачебная модель</b>  | <b>Холистические модели</b>  |
| Определение пациента                              | Набор органов и систем   | Неповторимый индивид, личность, со своими интересами, убеждениями, заботами, проблемами  |
| Источник проблем пациента                         | Нарушения функционирования органов и систем  | Нарушения удовлетворения потребностей, связанные с болезнью, незнанием или неумением. Расстройства поведения вследствие стрессов и трудностей адаптации                    |
| Приоритетная задача сестры                        | Строгое выполнение врачебных назначений  | Помощь в адаптации, удовлетворении потребностей и коррекции поведения  |
| Роль сестры                                       | Помощник, а часто дополнительный инструмент в руках врача  | Самостоятельный специалист, может выступать как в роли помощника врача, так и в роли равноправного члена медицинской бригады.  |
| Фокус вмешательства                               | «Приведение того, что остро нуждается, в хорошее состояние»  | Механизмы удовлетворения потребностей, контроля и регуляции поведения пациента, способы адаптации.   |
| Способы вмешательства                             | Только зависимые: приёмы ухода и манипуляции.  | Независимые, взаимозависимые и зависимые действия. Не только уход и манипуляции, но и консультирование, и обучение пациентов и их близких.                                 |
| Сестринская документация                          | Разрабатывается врачами и чиновниками, часто без учета реальных потребностей. Достаточно проста и утилитарна | Разрабатывается сестрами и для сестер, охватывает каждый этап сестринского процесса. Весьма подробна и объемна, но хорошо формализована и приспособлена для автоматизации. |
| Ожидаемый результат                               | Коррекция работы определенных органов и систем, устранение симптомов заболевания                             | Достижение пациентом оптимального уровня самочувствия и самообслуживания.  |
| Обратная связь                                    | Отсутствует  | Обязательный элемент любой модели  |
| Сестринское образование                           | Достаточно одного уровня   | Необходимо многоуровневое образование  |

## Иерархия потребностей по А. Маслоу



-5- потребность в самовыражении, самореализации, личной власти.

-4- потребность в уважении.

-3- потребность в принадлежности к определенной социальной группе.

-2- потребность в безопасности.

-1- физиологические потребности.

## Иерархия потребностей по В. Хендерсон.

1. Физиологические потребности:
  - a. нормально дышать,
  - b. достаточно есть и пить,
  - c. нормально жить,
  - d. передвигаться,
  - e. спать и отдыхать,
  - f. сохранения тепла тела,
  - g. сексуальность.
2. Потребность в защищенности:
  - a. находиться в безопасном окружении,
  - b. чувствовать безопасное обращение.
3. Социальные потребности:
  - a. поддерживать отношения,
  - b. высказывать чувства, потребности,
  - c. чувствовать уважительное индивидуальное отношение.
4. Интеллектуальные потребности:
  - a. узнавать новое,
  - b. использовать интеллектуальные потенциал.
5. Потребности в самореализации:
  - a. делать что-то для получения удовлетворения,
  - b. заниматься самоусовершенствованием.

### **14 существенных обязанностей медицинских сестёр (В. Хендерсон).**

1. помогать дышать;
2. помогать есть и пить;
3. помогать удалять продукты выделения организма;
4. помогать поддерживать правильное положение тела во время лежания, сидения, хождения, а также менять его;
5. обеспечивать отдых и сон;
6. подбирать необходимую одежду и помогать надевать ее;
7. помогать сохранять нормальную температуру тела;
8. помогать содержать тело в чистоте и порядке, обеспечивать защиту его кожи;
9. предотвращать всевозможные опасности извне и следить тем, чтобы пациент не смог нанести вред другим;
10. помогать поддерживать контакт с другими, выражать свои желания и чувства;
11. содействовать пациенту в соблюдении религиозных обрядов и следовании принципам;
12. помогать заниматься каким-либо делом;
13. содействовать отдыху и развлечениям;
14. содействовать обучению.

### **Направления деятельности медицинских сестёр (В. Хендерсон).**

1. неустанно прикладывать усилия для восприятия и постижения того, в чем именно состоят основополагающие потребности пациента, как телесные, так и духовные, чутко прислушиваясь, сопереживая и осознавая ограниченную возможность проникнуться потребностями другого;
2. создавать "конструктивные взаимоотношения" с пациентом, то есть содействовать их естественному и позитивному развитию. составлять последовательный и поэтапный план по уходу;
3. выполнять некоторые действия за пациента в целях удовлетворения его потребностей;
4. действовать в соответствии с состоянием здоровья пациента, не исключая других возможных факторов воздействия;
5. организовывать уход за больным с учетом его привычек (режима питания, сна, опорожнения кишечника);
6. по возможности уменьшать страдания и утешать пациента (оказывать эмоциональную поддержку);
7. терпеливо объяснять пациенту и его близким, какие меры необходимы для удовлетворения его потребностей.

# Модель жизненных функций (Ропер-Терни-Логан)

## ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ



Определение → Планирование → Реализация → Оценка потребностей

### **Лекция 3. Теория и методология сестринского процесса.**

**Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями:** сестринский процесс, сестринский диагноз, стандарт, система, сестринское вмешательство (зависимое и независимое), лечебный процесс, навык, проблема.

#### **Задачи сестринского процесса**

**(С.И. Двойников и соавт., 2002).**

1. Определяет конкретные потребности пациента в уходе.
2. Выделяет из ряда существующих потребностей приоритеты по уходу и ожидаемые результаты ухода, кроме этого, прогнозирует его последствия.
3. Определяет план действий, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента.
4. Оценивает эффективность проведенной работы, эффективность сестринского вмешательства.
5. Гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать.

#### **Преимущества сестринского процесса**

**(С.И. Двойников и соавт., 2002 с изменениями).**

1. Системный и индивидуальный подход к обеспечению сестринского ухода.
2. Активное участие пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода.
3. Возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности.
4. Эффективное использование времени и ресурсов, которые направлены на решение основных потребностей и проблем пациента.
5. Универсальность метода.
6. Пациент получает всестороннюю и качественную медицинскую помощь.
7. Качество предоставляемой помощи и профессионализм медицинской сестры документируются.
8. Возможность оценить по документации уровень профессиональной компетенции, ответственность и надежность медсестринской службы, медицинской помощи.
9. Гарантирует относительную безопасность проведения медицинской помощи.

### **Преимущества сестринского процесса («ЛЕМОН», 1996).**

- сестринский уход планируется индивидуально для каждого пациента;
- совершенствуется непрерывность ухода;
- план сестринского ухода содержит информацию, необходимую для всего медперсонала, задействованного в уходе;
- пациенты предпочитают, чтобы к ним относились как к личностям, а не как к медицинскому диагнозу или больному;
- сестринский процесс способствует непосредственному участию пациента и его семьи в осуществлении ухода;
- медицинские сестры находятся в процессе постоянного обучения, что помогает им повысить качество оказываемой помощи;
- он помогает сестрам понять причины эффективности или неэффективности различных видов сестринского вмешательства;
- сестринский персонал получает большее удовлетворение от своей деятельности

### **Рекомендации по ведению сестринского процесса**

**(Т.П. Обуховец, 2003 с изменениями).**

1. Получите чёткое представление о пациенте до начала планирования ухода.
2. Попытайтесь определить, что является нормальным для пациента, как он видит своё нормальное состояние и какую помощь может оказать себе сам.
3. Определите неудовлетворённые потребности пациента в уходе.
4. Установите эффективное общение с пациентом и привлечите его к сотрудничеству.
5. Обсудить с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты ухода.
6. Определите степень независимости пациента в уходе (независим, частично зависим, полностью зависим, с помощью кого).
7. Проявите заботу и внимание к пациенту.
8. Выявите проблемы пациента и поставьте сестринский диагноз.
9. Планируйте сестринскую помощь на основании сестринского диагноза, а не врачебного.
10. Заполняйте медицинскую документацию для оценки динамики состояния пациента.
11. Не допускайте возникновения новых проблем у пациента.

## **Этапы сестринского процесса.**

1. Сестринское обследование.
  - Расспрос: 1) социологические данные (взаимоотношения, финансовый статус, источники, окружающая среда, в которой пациент живет и работает); 2) данные о развитии (если это ребенок); 3) интеллектуальные данные (речь, память, уровень общения, интеллект и т.п.); 4) данные о культуре (этнические и культурные ценности); 5) данные о духовном развитии (духовные ценности, вера, привычки и т.д.); 6) психологические данные (индивидуальные особенности характера, поведение, настроение, самооценка и способность принимать решения); 7) медсестра определяет ожидания пациента и его родственников от лечебного учреждения (от врачей, медицинских сестер - чего ждут, на что надеются, в чем помогут?); осторожно знакомит пациента со стадиями лечения; начинает вырабатывать у пациента адекватную самооценку своего состояния; получает информацию, которая требует дополнительной проверки (информация об инфекционном контакте, туберкулезе, льготах, проведенной операции и т.п.); устанавливает и выясняет отношение пациента и его семьи к болезни, отношения «пациент-семья»;
  - Физикальное: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение АД;
  - Дополнительное: лабораторное и/или инструментальное.
2. Сестринское диагностирование:
  - Выявление существующих и потенциальных проблем.
  - Уточнение факторов риска, сильных и слабых сторон больного.
3. Планирование сестринского ухода:
  - определение типов сестринского вмешательства;
  - обсуждение плана ухода с пациентом;
  - определение желаемых результатов ухода;
  - ознакомление с планом других членов бригады медицинской помощи для обеспечения непрерывности обслуживания.
4. Реализация плана ухода:
  - координации и осуществления сестринского ухода в соответствии с согласованным планом оказания помощи;
  - регистрации планируемого и непланируемого ухода и оказываемой и неоказываемой помощи.
5. Оценка эффективности ухода:
  - успешное продвижение пациента к запланированным целям или наоборот;
  - достижение желаемых результатов или наоборот;
  - необходимость в дополнительной помощи.

| <b>Классификация проблем пациента (С.Е. Хвощева, 2001).</b>   |  |
|---|--|
| <b>Проблема пациента</b>  | <b>Пример</b>  |
| 1. <b>Настоящие</b> - это те, которые выходят на первый план, наиболее значимые и требуют вмешательства в ближайшее время.                  | Удушье, затруднение глотания, боль, одышка, высокое АД и т.д.                                  |
| 2. <b>Сопутствующие</b> - это те, которые сопутствуют основному заболеванию, создают фон.   | Нарушение сна, снижение трудоспособности, страх смерти, боязнь медицинских вмешательств и т.д. |
| 3. <b>Потенциальные</b> - это те, которые могут развиваться и которые необходимо предвидеть и не допустить профилактическими мероприятиями. | Отек легких, асцит, риск совершения суицидной попытки, социальная самоизоляция и т.д.          |

| <b>Причины важности ведения медицинской документации в сестринском процессе (С.И. Двойников и соавт., 2002).</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ помогает создать ценные базовые данные о пациенте и использовать их вместе с пациентом в процессе ухода;</li> <li>○ помогает сформировать динамичный и всеобъемлющий блок информации о потребностях пациента, целях и задачах ухода, планируемом уходе, достигнутых результатах и их эффективности;</li> <li>○ это средство, обеспечивающее последовательность сестринского ухода;</li> <li>○ это хронологическое изложение сестринских действий и их результатов, что играет важную роль в определенных ситуациях;</li> <li>○ это материал для оценки эффективности или неэффективности различных видов сестринского вмешательства;</li> <li>○ это средство обучения медперсонала;</li> <li>○ это предоставление надежной информации для медико-правового обследования;</li> <li>○ это банк объективных данных для использования в сестринских исследованиях;</li> <li>○ это предоставление необходимой информации другим коллегам, помогающим данному пациенту.</li> </ul> |



**Рекомендации по ведению медицинской документации  
(Т.П. Обуховец, 2003 с изменениями).**

1. Описывайте проблемы пациента его собственными словами. Это поможет вам обсуждать с ним вопросы ухода, а ему лучше понять план ухода.
2. Называйте целями то, чего хотите добиться вместе с пациентом, определяя степень решения проблемы и срок, в который это должно быть достигнуто.
3. Составляйте индивидуальные планы ухода за пациентом, опираясь на стандартные планы ухода.
4. Храните планы ухода в месте, удобном для вас, пациента и всех, кто участвует в сестринском процессе, и тогда любой член бригады (смены) сможет им воспользоваться.
5. Отмечайте срок реализации плана (иногда с точностью до минут). Указывайте внеплановые и мероприятия и коррективы плана.
6. Привлекайте пациента к ведению записей, связанных с самопомощью или, например, учётом водного баланса, термометрии, контроля АД и т.д. Проверьте предварительно способность пациента выполнять эти процедуры и вести записи.
7. Обучите всех участников ухода (пациента, родственников, вспомогательный персонал) выполнять определённые элементы ухода и регистрировать их.

**Образец оформления плана сестринского ухода  
(С.А. Мухина и соавт., 1998 в модификации).**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ № палаты \_\_\_\_\_

| Дата       | Проблема пациента  | Цели (ожидаемый результат)   | Вмешательства (действия сестры)   | Периодичность, кратность, частота оценки | Конечная дата достижения цели | Итоговая оценка эффективности ухода   |
|------------|--|--|---|--|-------------------------------|---|
| 12.09.2004 | У больного уменьшилось количество мочи, отсутствие стула, сухость во рту из-за обезвоживания | 1. Получение необходимого количества жидкости – 3000 мл в сутки.<br>2. Оптимальная влажность слизистой рта.<br>3. Суточный диурез 2000 мл.<br>4. Ежедневное опорожнение кишечника. | 1. Ежечасно предлагать пить (чай, чай с лимоном, воду, соки):<br>а) 1500 мл с 8 до 16 ч.,<br>б) 1000 мл с 16 до 22 ч.,<br>в) 500 мл с 22 до 8 ч.<br>2. Полоскать рот настоем ромашки каждые 30 мин.<br>3. Смазывать губы вазелином.<br>4. Записывать количество выделенной мочи.<br>5. Наблюдать за стулом, при необходимости сделать клизму. | Ежедневно                                | 18.09.2004                    | Удалось ликвидировать обезвоживание (нет сухости слизистой рта, жажда, диурез достаточен) но стул 1 раз в 5 дней. |

Медицинская сестра \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

**Изменения в связи с применением принципов сестринского процесса (А. Миллер, 1985).**

**Основополагающие убеждения и принципы сестринского**

**Как перемены отражаются на практике**

|  |   |
|--|---|
| <b>го процесса</b>   |   |
| Медсестра – независимый профессионал   | Изменения в организации работы; изменения в направлении коммуникации между медсестрой и другими медработниками  |
| Всеобъемлющий сестринский уход в соответствии с потребностями каждого пациента                   | Уход менее фрагментарный; на лицо распределение пациентов в течение длительного периода; в целом непрерывная ответственность конкретных пациентов конкретными медсестрами; меньше медсестер ухаживают за каждым пациентом |
| Сестринский уход, который рассматривает психосоциальные, а также физические потребности пациента | Увеличение структурированного образования; предоставление информации пациентам; увеличение взаимодействия с пациентами конкретной медсестрой  |
| Сестринский уход, который целенаправлен и сориентирован на проблемы                              | Четкое положение проблемы и задач в плане ухода   |
| Пациенты и члены их семей - активные участники ухода   | Проявление участия пациента и /или его родственников в планировании и оценке сестринского ухода   |

## Сестринский процесс

(Пиркко Мартикайнен, 1999)



## **Лекция 4. Международная терминология и классификация сестринской практики.**

**Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями:** сестринский диагноз, врачебный диагноз, Международная классификация сестринской практики, сестринский феномен, фокус сестринской практики, суждение о сестринском феномене, сестринское вмешательство, результат сестринских действий.

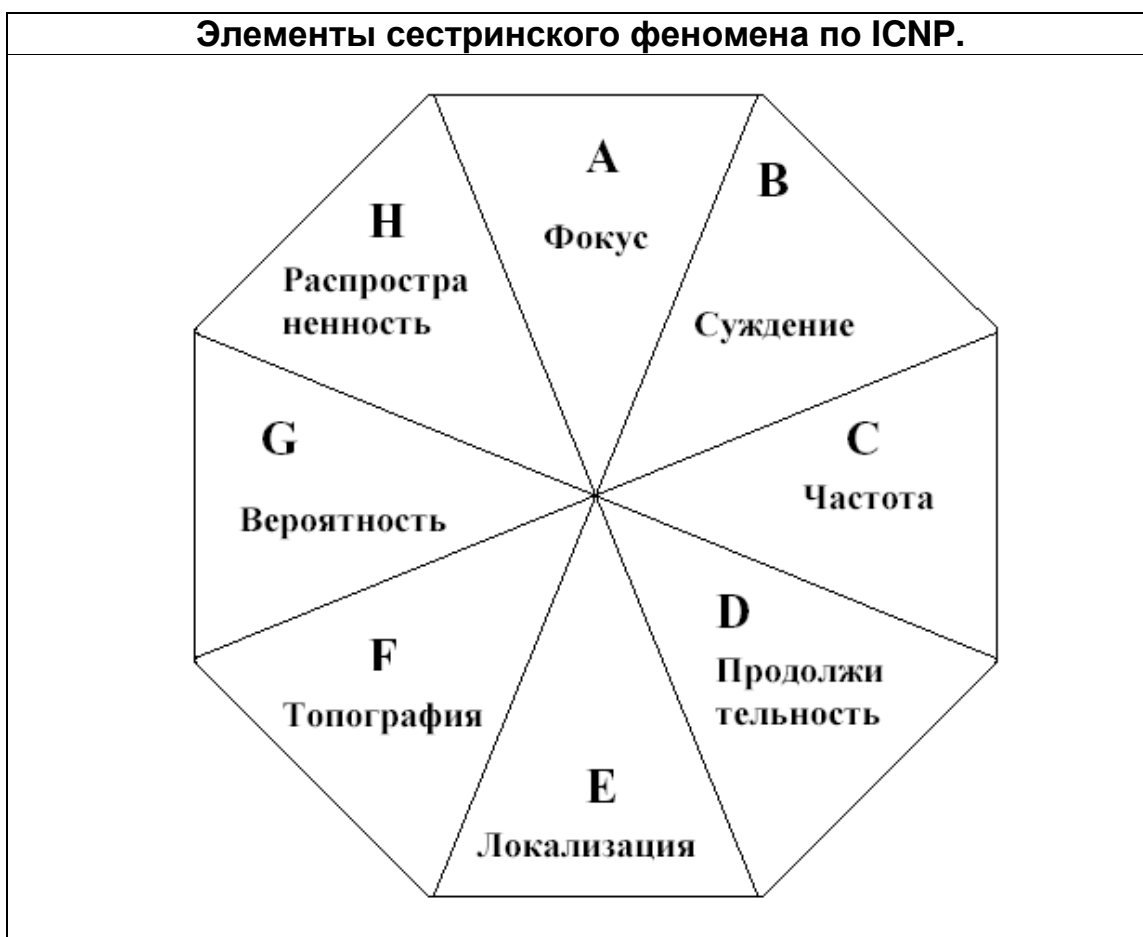
### **История развития сестринского диагноза:**

- 1973 г. – впервые предложена классификация из 86 сестринских диагнозов, расположенных в алфавитном порядке (США),
- 1982 г. - была утверждена Североамериканская диагностическая ассоциация медсестер (NANDA), которая должна была проводить клинические испытания имеющихся сестринских диагнозов и поиски новых.
- 1986 г. – Маклейн предложила классификацию NANDA.
- 1991 и 2002 гг. – обновление номенклатуры NANDA. На сегодняшний день классификация NANDA включает 155 сестринских диагнозов с таксономией, дефинициями, симптомами, факторами риска,
- 1989 г. - Международный совет медсестер (ICN) принял решение о проведении исследований по подготовке международной классификации сестринской практики с привлечением ведущих ученых, научных центров университетов и сестринских ассоциаций различных стран,
- 1996 г. - коллектив исследователей представил на широкое обсуждение первую версию Международного классификатора сестринской практики (ICNP),
- 1999 г. - на юбилейной конференции, посвященной столетию MCM, была представлена вторая редакция документа (International classification for Nursing Practice (ICNP) или Таксономия-2.

### **Цель сестринского диагноза.**

- Выявить существующие или потенциальные проблемы, являющиеся результатов ответной реакции организма на болезнь.
- Установить факторы, которые прямо или косвенно приводят к развитию проблем больного.
- Определить важнейшие механизмы саногенеза (выздоровления), имеющиеся у больного и нуждающиеся в активизации.

| <b>Основные отличия врачебного и сестринского диагнозов<br/>(В.В. Павлов и др., 1999 с изменениями).</b> |   |
|--|---|
| <b>Врачебный диагноз</b>   | <b>Сестринский диагноз</b>  |
| Определяет болезнь   | Определяет ответные реакции организма, возникающие в связи с болезнью                 |
| Может оставаться неизменным в течение всего времени болезни  | Меняется постоянно в связи с переменной реакцией организма на болезнь                 |
| Предполагает проведение лечения в рамках врачебной практики  | Предполагает проведение сестринских вмешательств в пределах её компетенции и практики |
| Обусловлен реальными патологическими изменениями в организме больного                                    | Связан с представлениями самого пациента о состоянии его здоровья                     |

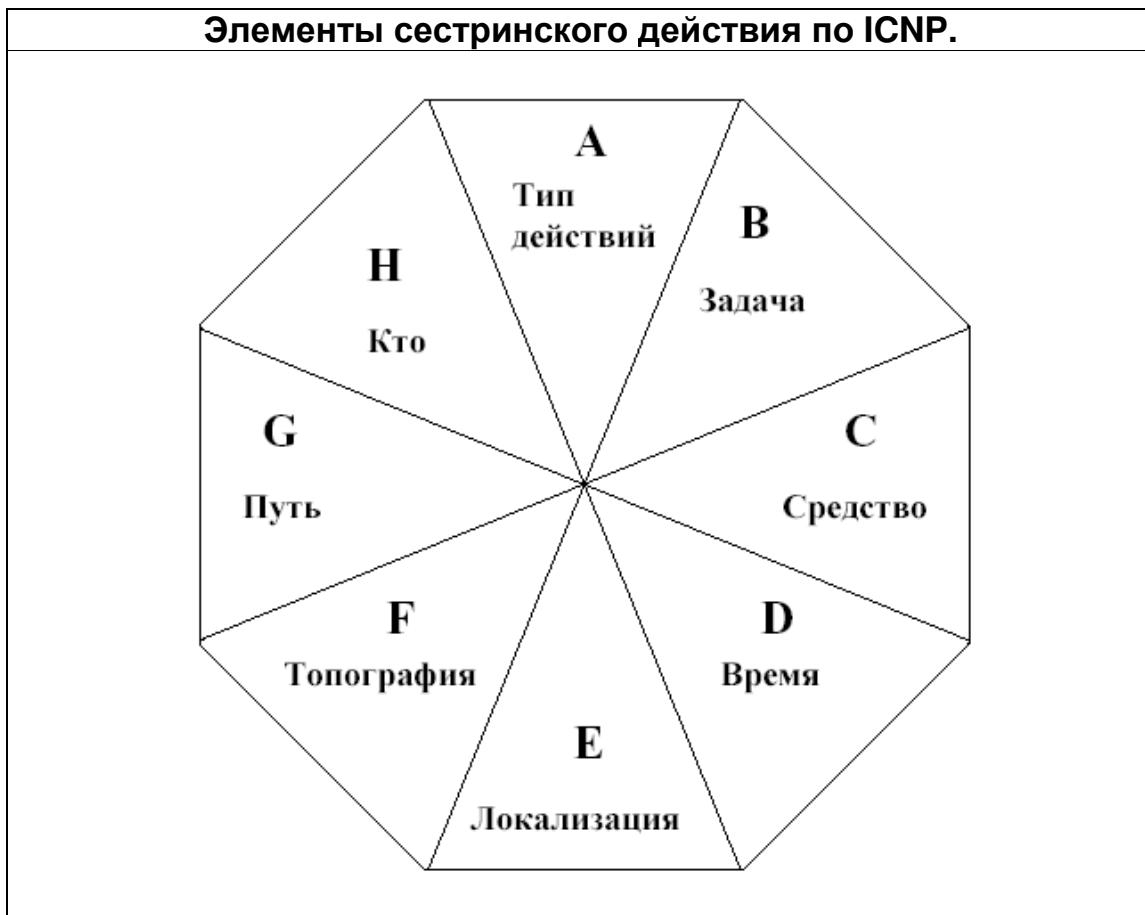


| <b>Пример комбинации терминов, составляющих сестринский диагноз по ICNP</b> |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>ЭЛЕМЕНТЫ ФЕНОМЕНА</b>  | <b>ВЫБРАННЫЕ ТЕРМИНЫ</b>              |
| А. ФОКУС  | Боль                                  |
| В. СУЖДЕНИЕ   | Да (присутствует),<br>Высокий уровень |
| С. ЧАСТОТА  | Периодически возникающая              |
| Е. ЛОКАЛИЗАЦИЯ  | Нога                                  |
| Ф. ТОПОГРАФИЯ   | Правая                                |

В итоге сестринский диагноз будет выглядеть следующим образом: Сильная (до высокого уровня), периодически возникающая боль в правой ноге.

Другие примеры сестринских диагнозов:

- очень высокий риск возникновения острой, периодически возникающей, значительной боли в грудной клетке слева;
- хроническая постоянная недостаточная сформированность знаний о заболевании ребенка у родителей;
- некоторый шанс значительного усовершенствования системы водоснабжения в микрорайоне.



| <b>Пример комбинации терминов, описывающих сестринское вмешательство по ICNP</b> |                          |
|--|--------------------------|
| <b>ЭЛЕМЕНТЫ ДЕЙСТВИЯ</b>   | <b>ВЫБРАННЫЕ ТЕРМИНЫ</b> |
| A. ТИП ДЕЙСТВИЯ  | Снижение                 |
| B. ЗАДАЧА  | Боль                     |
| C. СРЕДСТВО  | Холод (пузырь со льдом)  |
| E. ЛОКАЛИЗАЦИЯ   | Правая нога              |
| H. КТО/по отношению к кому действие должно быть выполнено                        | Индивид                  |
| G. ПУТЬ воздействия  | Трансдермальный          |

Итоговая формулировка сестринского вмешательства: Для снижения боли к правой ноге индивида необходимо трансдермально приложить холод (пузырь со льдом).



**Разделение сестринских диагнозов по приоритетности  
(Гордон, 1987).**

- Диагноз первичного приоритета – это проблемы, которые, если они своевременно и правильно не устраняются, то могут оказать пагубное влияние на пациента (привести к появлению новых проблем или летальному исходу).
- Диагноз промежуточного приоритета - это неэкстремальные и неопасные для жизни потребности пациента.
- Диагноз вторичного приоритета - потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу.

В медицинской документации рекомендуется выделять проблемы по приоритетам, например:

- Диагноз первичного приоритета – неспособность больного опорожнить мочевой пузырь на протяжении 12 часов.
- Диагноз промежуточного приоритета – периодически возникающие умеренные боли в правой голени.
- Диагноз вторичного приоритета – отсутствие централизованного водоснабжения в доме у пациента.

*Примечание:* необходимо помнить, что при ликвидации проблем первого приоритета их место занимают менее важные проблемы.



## Лекция 5. Научные исследования в сестринском деле.

**Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями:** инновация, инновационная деятельность, инновационный потенциал, функции медицинской сестры, стандарт.

### Развитие научных исследований в сестринском деле

#### («Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации», 2001).

- Предусматривается обеспечение реализации программы научных исследований по приоритетным направлениям в области сестринского дела и прикладным дисциплинам на 2001-2005 годы.
- Предполагается разработка новых и усовершенствование существующих технологий подготовки специалистов со средним и высшим медицинским образованием по специальности "сестринское дело".
- Планируется обеспечение регулярного проведения научно - практических конференций по актуальным проблемам в области сестринского дела.
- Научное сопровождение реализации Программы будет способствовать ускорению процесса реформирования сестринского дела.

### Классификация инноваций (С.И. Двойников и соавт., 2002).

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>По сфере применения:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ по услугам;</li> <li>○ технологические;</li> <li>○ организационные;</li> <li>○ экономические;</li> <li>○ общественные;</li> <li>○ технические;</li> <li>○ социальные;</li> <li>○ правовые;</li> <li>○ политические.</li> </ul> | <b>По уровню новизны:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ новые;</li> <li>○ усовершенствованные;</li> <li>○ требующие капитальных вложений;</li> <li>○ базисные;</li> <li>○ улучшающие;</li> <li>○ псевдоинновации;</li> <li>○ радикальные;</li> <li>○ ординарные.</li> </ul> | <b>По масштабности:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ глобальные;</li> <li>○ локальные.</li> </ul>  |
|   |  | <b>По прогрессивности:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ прогрессивные;</li> <li>○ регрессивные.</li> </ul>   |
| <b>Область приложения:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ медицинские;</li> <li>○ технологические;</li> <li>○ организационно-управленческие и др.</li> </ul>  | <b>По степени новизны:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ радикальные;</li> <li>○ имитирующие (имитентные).</li> </ul>   | <b>По импульсу возникновения:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ потребности производства (законы прибыли);</li> <li>○ потребности человека;</li> <li>○ развитие науки.</li> </ul> |
|   |  | <b>По конечной ориентации:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ потребительские;</li> <li>○ производственные.</li> </ul>   |

### **Основные направления инновационного процесса в сестринском деле (С.И. Двойников и соавт., 2002).**

- разработка и внедрение системы управления качеством сестринской помощи;
- внедрение новых сестринских технологий;
- разработка и внедрение стандартов качества оказания сестринской помощи;
- повышение культуры обслуживания пациентов;
- укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений;
- повышение оплаты труда медицинских сестер;
- совершенствование тарифно-квалификационной сетки специалиста с высшим сестринским образованием;
- обеспечение безопасности на рабочем месте;
- подготовка кадрового состава;
- проведение научно-исследовательской работы в сфере сестринской деятельности;
- повышение профессионального уровня медицинских сестер (теоретическая и практическая подготовка) и т. п.

### **Примерные направления научных исследований в сестринском деле.**

- проблемы физические, психические и социальные, связанные со здоровьем человека, его семьи и группы лиц;
- вопросы организации, планирования и работы служб сестринской помощи, рационального использования ресурсов здравоохранения, положения медицинских сестер в обществе;
- научное обоснование необходимости внедрения в практику новых методов и технологий сестринской помощи, программ и учебных планов многоуровневой системы подготовки специалистов сестринского дела;
- разработка стандартов и нормативов сестринской практики и образования, что поможет научно обосновать критерии точности диагностики проблем пациента, сестринских диагнозов, качества и эффективности работы медицинской сестры и сестринской службы.

## **Лекция 6. Роль ВОЗ и Международный профессиональных организаций в развитии сестринского дела.**

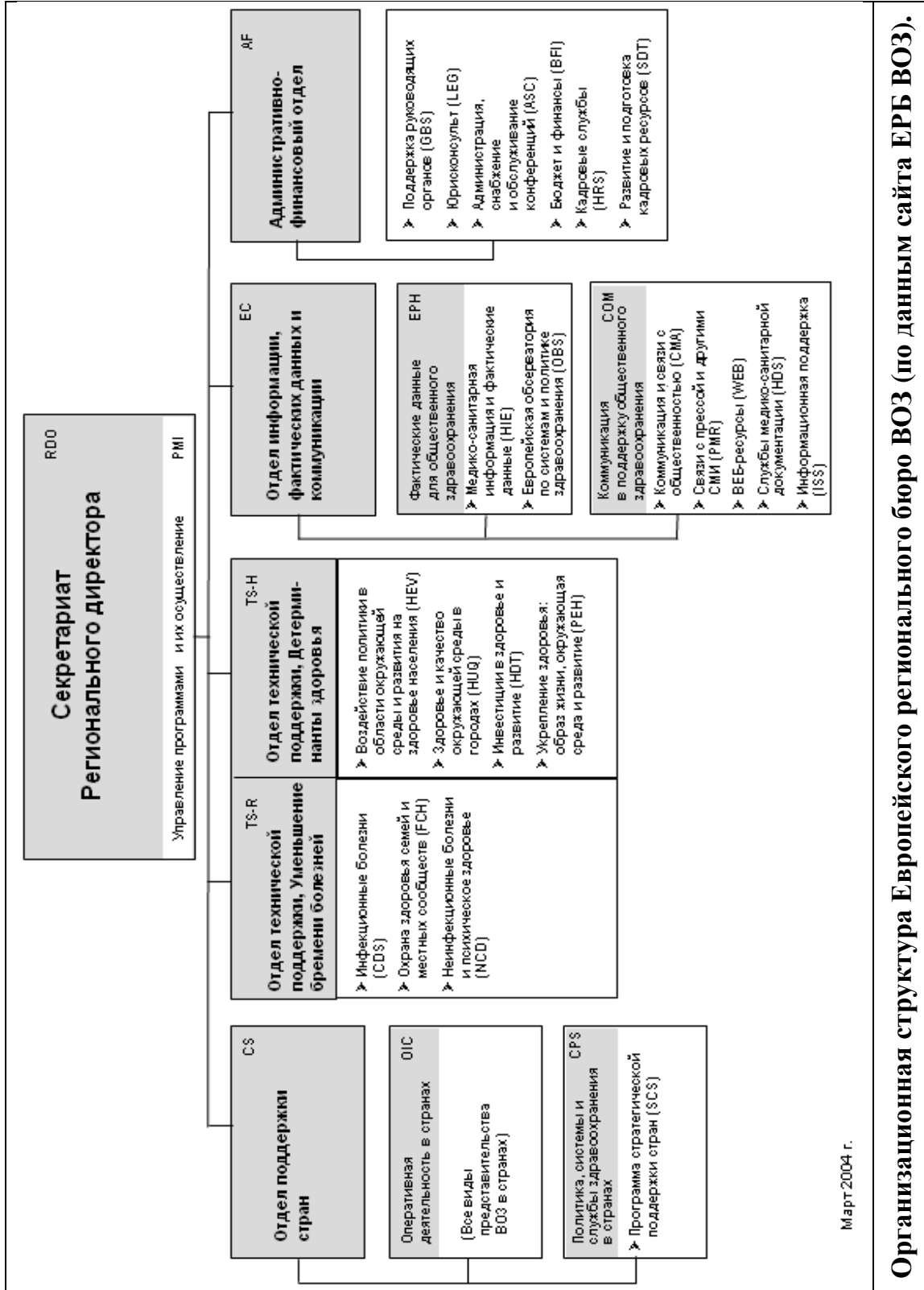
**Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями:** ВОЗ, здравоохранение, здоровье, права человека, права пациента, сестринское дело.

### **Основные цели ВОЗ (ВОЗ, 2003).**

- уменьшение крайне высокой смертности, заболеваемости и инвалидности, особенно среди бедного и маргинального населения;
- содействие здоровому образу жизни и уменьшение факторов риска для здоровья, возникающих в окружающей среде, из-за экономических и социальных причин, а также в результате неправильного поведения;
- развитие таких систем медико-санитарной помощи, которые беспристрастно способствуют улучшению здоровья, отвечают потребностям пользователей и разумны с финансовой точки зрения;
- выработка действенной политики, направленной на создание необходимых институтов в секторе здравоохранения, и содействие развитию эффективного здравоохранения, имеющего большое значение для общества, экономики, окружающей среды и развития.

### **Обязанности медицинских сестёр и акушерок по определению ВОЗ:**

- оценка физического и психического состояния здоровья и оказание необходимой помощи в случае соответствующих болезней;
- планирование, мониторинг и координирование разнообразных ресурсов и услуг систем медико-санитарной помощи;
- выявление, пропаганда и координация ресурсов и помощи, необходимых для быстрого и эффективного удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения;
- налаживание сотрудничества с другими специалистами медико-санитарной помощи в обстоятельствах, благоприятствующих излечению;
- обучение, консультирование отдельных лиц, семей, сообществ и других специалистов и наблюдение за ними;
- исполнение обязанностей специалистов и принятие более ответственных мер там, где отсутствуют специалисты;
- проведение исследований и участие в научно-исследовательских проектах, предназначенных для сбора данных в целях улучшения практики и политики.



**Документы ВОЗ по сестринскому делу,  
использующиеся в России и странах СНГ.**

1. Учебные материалы по сестринскому делу (проект ЛИМОН). - Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993.
2. Учебный семинар по разработке национального плана действий в области сестринского дела и акушерства для Кыргызстана (Бишкек, Кыргызстан, 24-25 августа 1993). – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1994. – 18 с.
3. Второе совещание главных медицинских сестёр Минздравов из новых независимых государств, проводимое под эгидой ВОЗ. (Бишкек, Кыргызстан, 24-26 августа 1994). Задача 27: Ресурсы служб здравоохранения и управление ими. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1995. – 19 с.
4. Консультативное совещание ВОЗ европейских лидеров сестринского дела «Реформы здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь и сестринское дело». 5-е совещание ВОЗ главных специалистов сестринского дела Европейского региона (Рейкьявик, Исландия, 11-13 апреля 1996). Задача 30: Коммунальные нужды людей с особыми нуждами и потребностями. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1996. – 28 с.
5. Четвёртое совещание главных медсестёр Министерств здравоохранения новых независимых государств. (Ташкент, Узбекистан, 1-3 октября 1997). Задача 30: Коммунальные службы для лиц с особыми нуждами и потребностями. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1998.
6. Первичная медико-санитарная помощь в 21-м столетии – это дело каждого. Международное совещание в честь 20-летнего Юбилея Алма-Атинской конференции (Алматы, Казахстан, 27-28 ноября 1998). Принятое консенсусом заявление совещания. Здоровье-21, Задача 15: интегрированный сектор здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 7 с.
7. Стандарты Европейского союза для сестринского дела и акушерства: информация для стран-кандидатов для вступления. Здоровье 21, Задача 21: Политика и стратегия по достижению здоровья для всех. – ВОЗ, 2000. - 19 с.
8. Медсёстры и акушерки в защиту здоровья. Стратегия ВОЗ в области сестринского и акушерского образования для Европейского региона. Методические рекомендации по реализации стратегии для государств-членов ВОЗ. Разделы 1-8. – ВОЗ, 2002. – 188 с.
9. Укрепление сестринских и акушерских служб. Стратегические направления. 2002-2008. – ВОЗ, 2003. – 49 с.

**Наиболее значимые международные организации, способствующие развитию сестринского дела.**

1. Международное общество Красного Креста и Красного Полумесяца.
2. Глобальная консультативная группа ВОЗ по сестринскому и акушерскому делу.
3. Международный совет медицинских сестёр.
4. Международная организация труда (МОТ).
5. Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ.
6. Северо-Американская Ассоциация Сестринского Диагноза (North American Nursing Diagnostic Association – NANDA).
7. Международная конференция акушерок.
8. Международное общество медицинских сестёр Сигма, Тета, Тау (Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing).
9. Международное общество медицинских сестёр по лечению рака.
10. Международная федерация медицинских сестёр в области анестезии.

**Принципы, определяющие деятельность международных организаций по достижению глобальных целей укрепления здоровья населения и развития сестринского дела (ВОЗ, 2003).**

- *Партнёрство*: совместная работа над общими задачами, сотрудничество и взаимная поддержка;
- *Уместность*: развитие служб и систем здравоохранения в зависимости от потребностей в этой области, научных данных и стратегических приоритетов;
- *Соблюдение права собственности*: использование гибкого подхода в местных условиях для успешного проведения действий, как на глобальном, так и на национальном уровнях;
- *Действия в соответствии с этическими нормами*: планирование и обеспечение услуг в области медико-санитарной помощи на основе беспристрастности, честности, справедливости, уважения к полу и соблюдения прав человека.

**Приоритетные направления работы систем здравоохранения мира (ВОЗ, 2003).**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ВИЧ/СПИД;</li> <li>○ Содействие безопасной беременности – Здоровье матери и ребёнка;</li> <li>○ Туберкулёз;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Малярия;</li> <li>○ Здоровье подростков;</li> <li>○ Психическое здоровье;</li> <li>○ Хронические заболевания.</li> </ul> |
|---|---|

## Лекция 7. Основные задачи и направления развития сестринского дела в Российской Федерации.

Ознакомьтесь в глоссарии с понятиями: здравоохранение, концепция, система здравоохранения, национальный план действий, инновации, инновационный потенциал, сестра-менеджер, стандарт.

| <b>Уровни профессионально-образовательных программ по специальности «сестринское дело» в России (Г.М. Перфильева, 2003).</b> |                       |   |
|--|-----------------------|---|
|  | 3-й уровень (ВУЗ)     | <b>Высшее профессиональное образование</b>  |
|  | 2-й уровень (колледж) | <b>Среднее профессиональное образование</b> |
| 1-й уровень (училище)  |                       |   |

| <b>Система образования медсестры (И.С. Бахтина, 2001)</b>        |   |
|--|---|
| <b>Додипломное образование</b>                                   | <b>Последипломное образование</b>   |
| Базисный (основной) уровень (медицинское училище)                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Курсы повышения квалификации и переподготовки в Училище повышения квалификации (УПК), на факультете повышения квалификации (ФПК).</li> <li>○ Внутрибольничные программы развития персонала силами отдела кадров ЛПУ.</li> <li>○ Семинары и конференции, посвященные непрерывному образованию.</li> <li>○ Самообразование.</li> </ul> |
| Повышенный уровень (медицинский колледж)                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Долгосрочные программы первичной специализации и курсы повышения квалификации и переподготовки в УПК, ФПК.</li> <li>○ Внутрибольничные программы развития персонала силами ЛПУ.</li> <li>○ Семинары и конференции, посвященные непрерывному образованию.</li> <li>○ Самообразование.</li> </ul>                                      |
| Высшее сестринское образование (университет, академия, институт) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Интернатура, ординатура, аспирантура, докторантура.</li> <li>○ Курсы повышения квалификации на ФПК вузов.</li> <li>○ Семинары и конференции, посвященные непрерывному образованию.</li> <li>○ Самообразование.</li> </ul>  |

### **Основные установки «Отраслевой программы развития сестринского дела в Российской Федерации» (2001).**

Программа ставит **целью** формирование условий для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медико-санитарной и медико-социальной помощи населению, конкретизируя и реализуя ее направления и положения, связанные со всеми аспектами сестринского дела.

Достижение цели Отраслевой программы предполагает решение ряда **задач**:

- совершенствование нормативной правовой, организационно-методической и материально-технической базы для реформирования сестринского дела;
- совершенствование системы подготовки, повышения квалификации и использования сестринских кадров;
- содействие созданию условий для развития и совершенствования сестринского дела;
- совершенствование системы управления сестринской деятельностью;
- развитие новых организационных форм и технологий сестринской деятельности;
- повышение эффективности использования кадровых и финансовых ресурсов в здравоохранении;
- обеспечение качества сестринской деятельности;
- обеспечение развития научных исследований в сестринском деле;
- повышение профессионального и социального статуса сестринского персонала;
- обеспечение социальной защищенности сестринского персонала;
- содействие развитию профессиональных сестринских ассоциаций и привлечение их к реформированию сестринского дела.



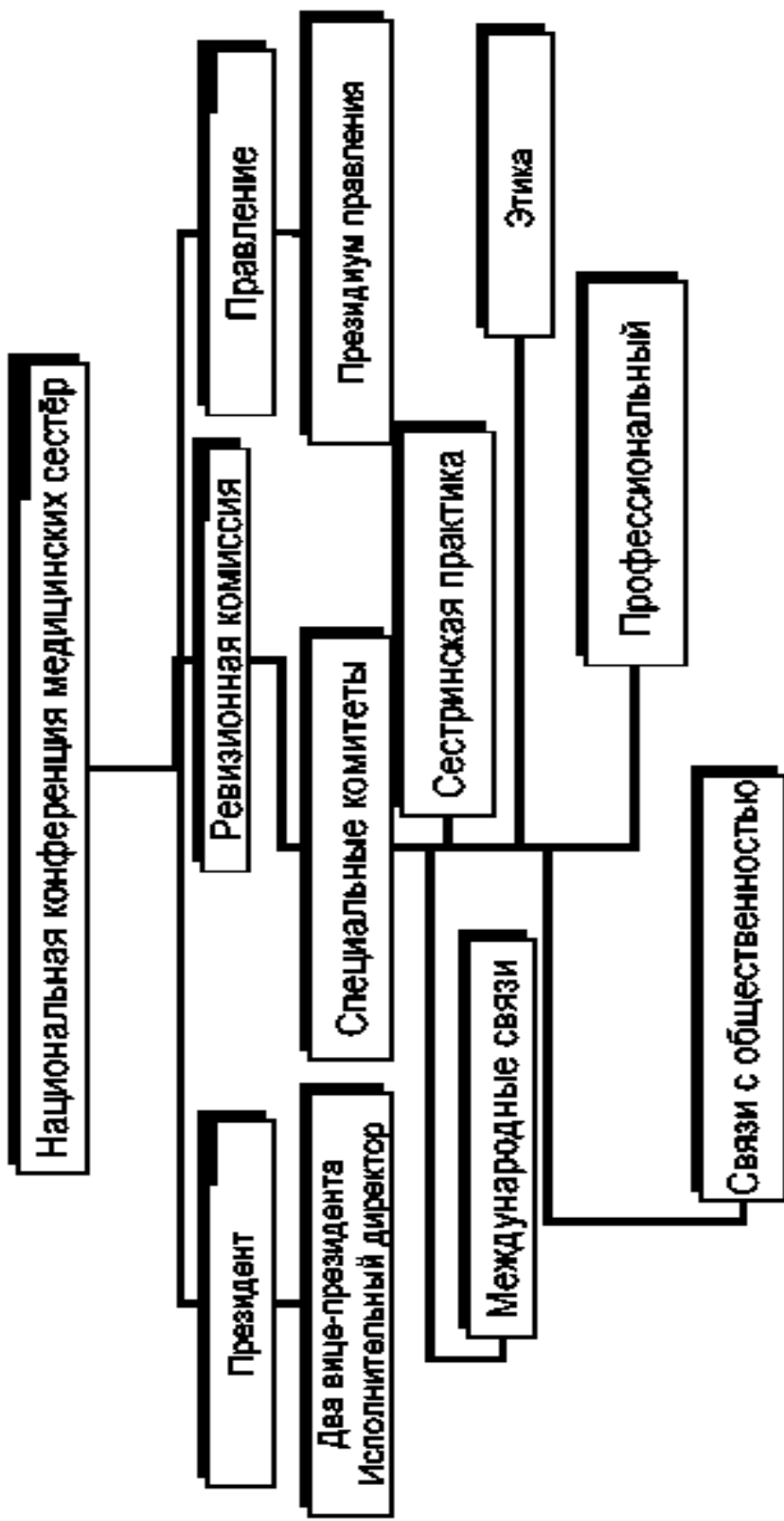
**Российские основополагающие  
документы по сестринскому делу**

1. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.97 N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации";
2. Приказ № 249 от 19.08.1997. "О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала";
3. Приказ №295 от 06.10.1997. «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации»;
4. Приказ №390 от 31.12.1997. «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации»;
5. Приказ №186 от 05.06.1998. «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием»;
6. Приказ №18 от 19.01.1999. «Перечень соответствия специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала должностям специалистов»;
7. Решение Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 1999 года "О состоянии и перспективах развития сестринского дела в Российской Федерации";
8. Приказ №4 от 09.01.2001. «Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации»;
9. Приказ № 288 от 13.09.2002. «О специалисте по управлению сестринским делом»;
10. Приказ №350 от 20.11.2002. Приложение №2. «Положение об организации деятельности медицинской сестры врача общей практики»;

**Цели Ассоциации медицинских сестёр России  
(выписка из Устава).**

- Повышение роли медсестры в системе здравоохранения, повышение престижа профессии, влияние на формирование национальной концепции здравоохранения.
- Повышение уровня оказания и качества сестринских услуг.
- Распространение передового опыта и научных достижений в области сестринского дела.
- Возрождение традиций сестринского милосердия.
- Защита социально-экономических и профессиональных интересов медсестер, преподавателей сестринского дела и студентов медицинских училищ.
- Организация сбора, анализа и распространения информации по сестринскому делу.
- Представление Российских медсестер при контактах с родственными по виду деятельности национальными и международными организациями, правительственными учреждениями и общественностью.

## Структура Ассоциации медицинских сестёр России



## Приложение 1.

### ГЛОССАРИЙ ПО КУРСУ ТЕОРИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

**Автономия** (греч. autos –сам + nomos - закон) – это независимость или свобода действий, в том числе и решений (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Ассистирование** (лат. assistens – присутствующий, помогающий) – это соучастие в действии, помощь (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Биомедицинская этика** - это изучение этических аспектов проблемных ситуаций в современной медицине и биологии (эвтаназии, трансплантации органов, стерилизации и т.п.); это проблема прав человека в современной медицине (С.Е. Хвощёва, 2001).

**Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** – это международная специализированная организация, входящая в состав Организации Объединенных Наций, обеспечивающая сотрудничество разных стран в области охраны здоровья народов мира (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Деятельность** - под этим всеобъемлющим понятием подразумевается совокупность действий, направленных на достижение общей цели (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Здоровье** – 1) это состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Устав ВОЗ, 1947), 2) это динамическое состояние человека, при котором происходит максимальная реализация потенциала развития и поведения (Американская Ассоциация Медсестер, 1980), 3) это больше чем просто отсутствие заболевания, оно также включает желание активно функционирования и достижений (А.В. Grant, 1994).

**Здравоохранение** – 1) это совокупность мер социально-экономического и медицинского характера, проводимых с целью организации медицинской помощи, сохранения и повышения уровня здоровья каждого отдельного человека и населения в целом (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982), 2) охрана здоровья населения и поддержание общественной гигиены и санитарии (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Инженерная модель** – это модель взаимоотношений пациента с медицинским работником характеризующаяся тем, что выявляются и восстанавливаются какие-то функции и устраняются поломки в организме пациента, при этом межличностный аспект почти целиком игнорируется (Р. Вич, 1992).

**Инноватика** – учение о нововведениях.

**Инновация** – это процесс внедрения нового в различные сферы деятельности, производства и промышленности (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Инновационная деятельность** - это сознательная целенаправленная работа людей или, точнее, совокупность особого рода работ по созданию новшества и распространению его в хозяйственной системе (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Инновационный потенциал** - это совокупность кадровых, материально-технических и информационных ресурсов (в виде накопленных знаний), и финансовых ресурсов, предназначенных для решений стоящих перед лечебным учреждением проблем (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Коллега** – это товарищ по работе, по совместной учебе, по профессии (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Коллегиальная модель** – это модель взаимодействия пациента и медицинских работников, которая характеризуется полным взаимным доверием медперсонала и пациентов, стремясь к общей цели, врач или медсестра становятся “друзьями” больного (Р. Вич, 1992).

**Компетентность** – это способность выполнить поставленную задачу и вообще наиболее эффективно (компетентно) справиться с предписанными руководством функциями.

**Консенсус, согласованность** - единодушное согласие, договоренность, достигаемые в группе путем открытого выражения взглядов и мнений, после чего следует обсуждение с целью достижения приемлемого для всех компромисса.

**Контрактная модель** – это модель взаимоотношений пациента и медицинских работников, которая выглядит как юридически оформляемый договор с пациентом, предусматривающий последовательное уважение прав пациента при осуществлении его лечения (Р. Вич, 1992).

**Концепция** (лат. conceptio) – 1) это ведущий замысел, определённый способ понимания, трактовки какого-либо явления (Краткая философская энциклопедия, 1994); это система взглядов, определённый способ понимания каких-либо явлений, процессов, основная точка зрения, конструктивный принцип различных видов деятельности (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Критические периоды жизни** – это периоды, когда в жизнедеятельности пациента возникают проблемы со здоровьем (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Лечебный процесс** – это совокупность мероприятий, направленных на устранение страданий пациента и восстановление его здоровья (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Лидер, руководитель** – это член группы, за которым группа признает право принимать ответственные решения в значимых для нее ситуациях, т.е. наиболее авторитетная личность, реально играющая центральную роль в организации совместной деятельности и регулировании взаимоотношений в группе. Лидер может быть наделен тремя видами полномочий: 1) полномочия, даваемые положением, 2) авторитет, даваемый личностью, и 3) авторитет знаний.

**Личность** (персона, лат. persona – маска, роль актёра) – это человек, как индивидуальность, характеризующаяся комплексом мировоззренческих, психологических и поведенческих устойчивых признаков, которые формируются под воздействием конкретных общественных условий на основе со-

вокупности врождённых и приобретённых биологических предпосылок (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982).

**Медицинская сестра** – это лицо, завершившее программу базового медсестринского образования общего характера и получившее у соответствующего регламентирующего органа правомочия на занятия сестринским делом в своей стране (Глоссарий МАНГО, 1994).

**Международная классификация сестринской практики** (МКСП, International Classification for Nursing Practice, ICNP) – профессиональный информационный инструмент, необходимый для стандартизации профессионального языка медсестер, для документирования сестринской практики, для подготовки кадров (Г.М. Перфильева).

**Менеджер, руководитель** - лицо, отвечающее за проведение мероприятия, программы, проекта и т.д. систематически и в соответствии с рядом правил и с учетом организационных условий и обстоятельств.

**Метапарадигма сестринского дела** – это суперструктура, позволяющая описать любой элемент сестринского дела, она состоит из четырёх компонентов: клиент (личность), уход, здоровье, окружающая среда (J. Fawcett, 1978, 1989).

**Миссия** – это основная общая цель организации или четко выраженная причина ее существования (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Миссия сестринского дела** – 1) это удовлетворение потребностей пациентов в высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи (проект “LEMON”, 1996), 2) это оказание помощи индивидуумам и группам населения в определении и реализации их физического, психического и социального потенциала в соответствии со средой, в которой они живут и работают (ВОЗ).

**Навык** – это методический приём профессиональной деятельности, доведённый в процессе многократного повторения до автоматизма.

**Национальный план действий** – это процесс по улучшению здоровья населения и развитию системы здравоохранения, включающий описание перспективы, указание направлений и действий, необходимых для достижения этой перспективы, процесс реализации намеченных (по развитию сестринского дела) действий и оценку достигнутых результатов (С.И. Двойников и соавт., 2002 с доп.).

**Окружающая среда** – это условия, в которых человек функционирует (А.В. Grant, 1994); 2) окружение, совокупность природных условий, в которой протекает деятельность человеческого общества, также это окружающие социально-бытовые условия, обстановка, а также совокупность людей, связанных общностью этих условий (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Парадигма** (греч. *paradigma* – пример, образец) – это совокупность предпосылок, определяющих конкретное научное исследование (знание) и признанных на данном этапе (Краткая философская энциклопедия, 1994).

**Патерналистская модель** (лат. *pater* - отец) – модель характеризуется тем, что медперсонал относится к пациентам как родители относятся к

своим детям, при этом медработники берут большую часть ответственности на себя (Р. Вич, 1992).

**Пациент** (лат. *patiens* – страдающий) – 1) это лицо, которому оказывают медицинскую помощь (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982), 2) это активный участник собственного излечения при условии, что медицинская сестра уважает его как личность с правом принимать решения.

**Потребности основные человеческие** – это потребности в нормальном дыхании, пище, воде, движении, прикосновении, сексе, необходимые для поддержания жизнедеятельности человека как индивидуума и вида.

**Потребность** – это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека.

**Потребность в уходе** – это состояние или проблема, при которых в повседневной жизни пациент не в состоянии удовлетворить свои физиологические, социо-культурные, духовные или связанные с развитием потребности (С.А. Мухина с соавт., 1998).

**Права пациента** – это совокупность норм и правил поведения, установленных или утвержденных государством и международными нормативными документами, направленных на обеспечение для каждого пациента возможности получения интересующей его информации о состоянии собственного здоровья, о методах лечения, а также сохранение конфиденциальности информации, переданной медперсоналу и т.д.

**Права человека** - в общих чертах права человека можно определить как права, присущие природе человека, без которых он не может существовать как человеческое существо. Права человека и основные свободы дают нам возможность полного развития и использования наших человеческих качеств, нашего интеллекта, наших талантов и совести и удовлетворять наши духовные и иные запросы. Они основаны на растущей потребности человечества в такой жизни, при которой неотъемлемое достоинство и ценность каждой человеческой личности пользовались бы уважением и защитой (ООН, 1987).

**Приоритет** – это порядок важности, значимости.

**Постановка приоритетов** – это процесс решения того, какие задачи в данных производственных условиях должны выполняться сейчас, а какие на более поздней стадии (если и вообще необходимо или целесообразно выполнять).

**Проблема** (греч. *problema* – задача) – 1) это сложная ситуация, препятствующая прогнозируемому ходу событий. В открытой системе организации: организационные проблемы, тесно переплетенные с индивидуальными проблемами сотрудников, 2) это осознание субъектом невозможности разрешения трудностей и противоречий, возникающих в данной ситуации, средствами личного знания и опыта (С.А. Мухина и соавт., 1998).

**Профессионализм** – это хорошее владение своей профессией (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Процесс** – это совокупность последовательных действий для достижения какого-либо результата, последовательная смена явлений, состояний в развитии чего-нибудь. Примером может служить сестринский процесс.

**Результат сестринских действий (вмешательств)** – измерение или состояние сестринского диагноза после проведения сестринского вмешательства (Международная классификация сестринской практики, 1999).

**Роль** – это социальная функция личности; соответствующий принятым нормам способ поведения людей в зависимости от их статуса и позиции в обществе (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Самоуход (самопомощь)** – это деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно (Д. Орэм).

**Сестра-менеджер (главная медсестра)** – это медсестра, обладающая полномочиями на выполнение руководящей, лидирующей роли. К ее обязанностям относятся: подбор кадров и повышение их квалификации и, когда это нужно, их перегруппировки. Ее функции часто связаны и с руководством медсестрами и сестринской деятельностью вообще, включая поддержание профессиональных стандартов и нормативов на должном уровне.

**Сестринская практика** - целенаправленная деятельность медицинских сестер по оказанию сестринской помощи пациентам. Структура сестринской практики включает потребность, цель, мотив, целесообразную деятельность, предмет, средства и результат (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Сестринские действия** – поведение медсестры в процессе профессиональной практики (Международная классификация сестринской практики, 1999).

**Сестринский диагноз** — 1) состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры (Карлсон, Крафт и Макгюре, 1982). 2) профессиональное суждение медсестры о феномене, представляющем объект сестринских вмешательств (Международная классификация сестринской практики, 1999), 3) это сжатый, эмоционально не окрашенный вывод медицинской сестры, который характеризует проблемы, связанные со здоровьем пациента.

**Сестринский процесс** – 1) это структура для решения проблемы, которая помогает организовывать ежедневную сестринскую практику (А.В. Grant, 1994), 2) научно обоснованная методология профессиональной деятельности (Международный совет медсестёр), 3) это манера, посредством которой организовано и систематически определяются проблемы клиента, разрабатывается и выполняется план для их решения или поручается выполнение другим и оценивается эффективность плана в отношении установленных проблем (Yura и Walsh), 4) это способ организации сестринской деятельности, основанный на научных принципах и состоящий из последовательно сменяющихся друг друга взаимосвязанных этапов, кото-

рые позволяют медицинской сестре, используя свои профессиональные знания и умения, обеспечивать качественный уход за пациентом (И.Г. Грачёва), 5) это термин, применяемый в системе характерных видов сестринского вмешательства в сфере охраны здоровья отдельных людей, их семей или групп населения. Конкретно он подразумевает использование научных методов определения медико-социальных потребностей пациента/семьи или общества и на этой основе отбор тех из них, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода. Сюда также входят планирование мер по удовлетворению должных потребностей, организация ухода и оценка результатов. Сестра, в сотрудничестве с другими членами бригады медицинских работников определяет задачи, их первоочерёдность, вид необходимого ухода и мобилизует необходимые ресурсы. Затем она прямо или косвенно оказывает сестринскую помощь. После этого она проводит оценку полученных результатов. Информация, полученная при оценке результатов, должна лечь в основу необходимых изменений последующих вмешательств в аналогичных ситуациях сестринского ухода. Таким образом, сестринское дело превращается в динамический процесс собственной адаптации и совершенствования (ВОЗ, Программа по сестринскому делу и акушерству в Европе).

**Сестринский феномен** (гр. *phainomenon* - являющееся) - это явление, связанное со здоровьем или социальным процессом, по отношению к которому направлены профессиональные действия медсестры. Характеристика сестринского феномена включает: суждение о сестринском феномене, его фокус, частоту, вероятность, продолжительность, локализацию, топографию, распространённость (Международная классификация сестринской практики, 1999).

**Сестринское вмешательство** – действие, предпринимаемое медсестрой в соответствии с установленным сестринским диагнозом, для достижения определенного результата (Международная классификация сестринской практики, 1999).

**Сестринское вмешательство зависимое** – это действие согласно врачебному назначению или записанное по предложению специалистов несестринского профиля, которое может обеспечить решение проблемы пациента (С.А. Мухина и соавт., 1998).

**Сестринское вмешательство независимое** – это действие сестры, способное разрешить проблемы пациента без консультации или сотрудничества с врачом или другими специалистами несестринского профиля (С.А. Мухина и соавт., 1998).

**Сестринское дело** – 1) это наука ухода (Arnold и Carson, 1990), 2) это часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды (Всероссийская научно-практическая конференции по теории сестринского дела, Галицино,



1993), 3) действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению (Ф. Найтингейл, 1859), 4) это искусство и наука, которое целиком охватывает тело, разум и духовную сферу пациента, поддерживает духовное, умственное и физическое здоровье посредством обучения и примера, акцентирует внимание на сохранении здоровья, а также на оказании помощи больным, включает в себя заботу о социальной и духовной сфере пациента, также как и о физической, и осуществляет медицинское обслуживание семьи и общества и индивида (из резолюции конгресса специалистов сестринского дела, Гановен, 1944), 5) это забота о другом ради его блага (Д. Орэм), 6) представляется как процесс, а не конечный результат, как взаимодействие, а не как содержание, как взаимоотношения между двумя конкретными индивидами, а не связи между абстрактными медицинской сестрой и пациентом (Сестринская школа Йельского университета), 7) это практика человеческих взаимоотношений (ВОЗ), 8) это важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи (Г.М. Перфильева, 1996), 9) является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где в ней есть потребность (совещание национальных представителей Международного Совета сестер, Новая Зеландия, 1987), 10) это межличностный процесс, в котором профессиональная практикующая медсестра оказывает помощь индивиду, семье или сообществу в предотвращении болезни и страдания или борьбе с ними и, если это необходимо, поддерживает пациента морально, помогая ему не утратить смысла существования (Травелби).

**Система** – это набор частей или компонентов и отношения между частями и свойствами частей (Hall и Fagan, 1968).

**Система здравоохранения** - это совокупность взаимосвязанных мероприятий, которые содействуют укреплению здоровья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах, в общинах, в физическом и психосоциальном окружении, а также в секторе здравоохранения и связанных с ним секторах (журнал "Первичная медико-санитарная помощь", Москва, 1989).

**Состояние здоровья** - способ описания или измерения состояния здоровья индивидуума или группы населения в соответствии с установленными стандартами, часто при помощи показателей здоровья (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Стандарт** – это установление определенного уровня качества либо компетентности, которые ожидаются в определенных условиях. В сестринском деле так определяются и выявляются критерии, влияющие на качество или компетентность сестринской службы. Стандарты могут рассматриваться в трех основных категориях, а именно тех, которые связаны: 1) со структурой, 2) с процессом, 3) с конечными результатами.

**Суждение о сестринском феномене** - клиническая оценка, мнение, заключение относительно состояния сестринского феномена, степени и уровня интенсивности его проявления (Международная классификация сестринской практики, 1999).

**Теория** – это логически взаимосвязанный набор предложений, используемых для описания, объяснения и предсказания части эмпирического мира (Riehl, 1980).

**Уход** – это помогающие, поддерживающие или содействующие действия по отношению или для другого индивидуума или группы с очевидными или предполагаемыми потребностями, направленные на улучшение самочувствия или образа жизни (Leininger, 1991).

**Фокус сестринской практики** (лат. focus - очаг) – это область (объект), привлекающая внимание медсестры и предполагающая определенные сестринские действия (Международная классификация сестринской практики, 1999).

**Функции медицинской сестры** – администрирование (обеспечение и руководство), обучение, сотрудничество, научные исследования.

**Функция** (лат. functio – исполнение) – это обязанность, круг деятельности (Краткая философская энциклопедия, 1994).

**Целостный (холистический) уход** – это сестринский и/или акушерский уход, при котором пациент рассматривается как индивидуум в конкретном контексте его жизни и который не сосредотачивается исключительно на каком-то одном элементе, например, на проявившейся болезни или ухудшении здоровья (или, в случае беременной женщины – беременности). При целостном уходе болезнь или ухудшение здоровья рассматриваются как эпизод на жизненном пути пациента, и принимаются во внимание возможные причины этой болезни и её воздействия на выздоровление после болезни, реабилитацию или естественную смерть, включая воздействие на членов семьи и близких. Аналогичным образом, при целостном уходе за матерью принимается во внимание вся совокупность обстоятельств её жизни и вероятное воздействие беременности и её исхода на неё, членов её семьи и близких ей людей (ВОЗ, 1998).

**Эволюция** – это процесс изменения, развития, одна из форм движения, развития в природе и обществе - непрерывное, постепенное количественное изменение (С.И. Двойников и соавт., 2002).

**Этический кодекс медицинских сестер** - это свод этических принципов, сформулированных представителями сестринской профессии для своих коллег в каждой из стран, излагающий основные правила поведения и оценки действий сестры, отражающий основные цели, обязанности и ценности в профессии медсестры.

**Приложение 2. Список тем контрольных работ:**

- 1) История и значение развития высшего сестринского образования в России
- 2) Модель дефицита самоухода Д. Орэм. Перспективы применения в отечественной медицинской практике.
- 3) Добавочно-дополнительная модель сестринского дела (В. Хендерсон). Перспективы применения в отечественной практике.
- 4) Сестринский процесс при боли. Принципы обслуживания пациентов в хосписе.
- 5) Коллегиальность между медсестрой и врачом. Проблемы, их значение и возможное решение.
- 6) Подходы к классификации и стандартизации сестринских диагнозов. Классификация NANDA. Проблемы адаптации в отечественном здравоохранении.
- 7) Новое видение сестринского дела как часть реформы здравоохранения РФ.
- 8) Критерии эффективности работы сестринского персонала, принятые в отечественном здравоохранении. Существующие системы контроля качества.
- 9) Проблемы пациента, основные подходы к их классификации.
- 10) Особенности сестринского процесса при организации патронажа пожилых и престарелых больных на дому.
- 11) Особенности сестринского процесса в анестезиологии и реаниматологии.
- 12) Адаптационная модель сестринского дела К. Рой. Перспективы применения в отечественной медицинской практике.
- 13) Развитие и становление сестринского дела как науки.
- 14) Особенности сестринского подхода в хирургии и реаниматологии.
- 15) Сестринский процесс в амбулаторно-поликлинической службе.
- 16) Особенности сестринского процесса в медико-социальной службе.
- 17) Критика медицинской (врачебной) модели сестринского дела в сравнении с современными холистическими моделями.
- 18) Создание стандартов сестринской деятельности. Перспективы применения в отечественной медицинской практике.

**Приложение 3. Вопросы к зачёту по теории сестринского дела:**

1. Теоретические основы сестринского дела, как предмет, его цели и задачи.
2. Исторические этапы сестринского дела в мире.
3. Н. И. Пирогов и оформление сестринской профессии.
4. Общество попечения о раненых и больных (Общество Красного Креста), история создания, основные конвенции и принципы.
5. Флоренс Найтингейл, ее вклад в развитие сестринского дела.
6. История подготовки сестринских кадров в мире.
7. Высшее сестринское образование в России. Тенденции развития.
8. Международный совет медсестёр: цели, задачи и основные направления деятельности.
9. Ассоциация медицинских сестер, принципы организации, цели, задачи.
10. Сестринское дело как наука, цели, задачи, методы и направления научных исследований.
11. Роль ВОЗ в развитии программ по сестринскому делу.
12. Научные теории сестринского дела.
13. Модель сестринского дела Ф. Найтингейл, ее основные положения.
14. Модель сестринского дела В. Хендерсон, ее основные положения.
15. Модель сестринского дела Джонсон, ее основные положения.
16. Модель сестринского дела Д. Орем, ее основные положения.
17. Модель сестринского дела К. Рой, ее основные положения.
18. Эволюционная модель здоровья М. Аллен.
19. Теория систем Б. Ньюмен.
20. Модели сестринского дела Роупер, Логан, Тайэрни, их основные положения.
21. Врачебная (медицинская) модель сестринского дела, ее достоинства и недостатки.
22. Теория А. Маслоу.
23. Теория холизма в сестринском деле.
24. Сестринское дело как практика, основные направления.
25. Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь.
26. Стандарты сестринской практики. Понятие. Значение.
27. Сестринский процесс, его определение и содержание.
28. Сестринская история болезни, принципы оформления.
29. Первый этап сестринского процесса (обследование), его содержание.
30. Второй этап сестринского процесса (диагностирование), его содержание.
31. Сестринское обследование пациента, его теоретические основы.
32. Классификация сестринских вмешательств NIC.
33. Классификация сестринских результатов NOC.
34. Третий этап сестринского процесса (планирование), его содержание.

35. Сестринский диагноз, его классификация (Международная классификация сестринской практики, NANDA).
36. Четвертый этап сестринского процесса (реализация), его содержание.
37. Сестринская помощь, ее теоретическое обоснование и планирование.
38. Сестринские вмешательства, категории, обоснование, осуществление.
39. Определение потребности пациента в сестринской и медицинской помощи.
40. Сестринский уход, его теоретическое обоснование и планирование.
41. Методы сестринских вмешательств.
42. Пятый этап сестринского процесса (оценка), корректировка целей и плана ухода.
43. Оценка эффективности сестринского процесса.
44. Документация сестринского процесса.
45. Сестринское дело как философия, его основные парадигмы и добродетели.

#### Приложение 4. Список рекомендуемой литературы по теории сестринского дела.

##### *Основная:*

1. Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела. / Учебное пособие. Самара: ГП «Перспектива», 2002. — 160 с.
2. Мухина С.Л., Тарновская И.М. Теоретические основы сестринского дела. / Учебное пособие в 2 частях. Ч. II. - М.: Родник, 1998. - 208 с.
3. Теория и концептуальная модель сестринского дела: Учебное пособие: перевод с английского. / Под общей редакцией Г.М. Перфильевой. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2001. - 56 с.
4. Типовые тестовые задания для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 040600 – «Сестринское дело». – М.: ВУНМЦ, 2001. – С. 84-85.

##### *Дополнительная:*

1. Бильрот Т. Домашний уход за больными. – М., 1995. – 220 с.
2. Киркеволд М. Сестринское дело. Анализ и оценка теорий. Перевод с норвежского. - М.: ПЕР СЭ, 2001. - 191 с.
3. Менеджмент и лидерство в сестринском деле: Глоссарий для русскоязычных лидеров сестринского дела (Глоссарий МАНГО). – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1994. – 53 с.
4. Найтингейл Ф. Записки об уходе (Notes on Nursing). - М.: Издательский дом «Русский врач», 2002. - 96 с.
5. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Практикум. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – С. 5-82.
6. Перфильева Г.М. В. Хендерсен и ее теория сестринского дела. // Медицинская помощь. - 1997. - №6. - С. 13-17.
7. Перфильева Г.М. К 100-летию Международного совета медсестер. // Медицинская сестра. - 1999. - №2. - С.2-5.
8. Перфильева Г.М. Сестринский процесс. // Медицинская сестра. -1999.- №3.-С.32-37.
9. Перфильева Г.М. Международная классификация сестринской практики. // Медицинская сестра. - 1999. - №6. - С.34-38.
10. Перфильева Г.М. Сотрудничество России с ВОЗ в области сестринского дела: "Новая Европейская политика "Здоровье -21". // Медицинская сестра. - 2000. - № 3. - С. 43-46.
11. Перфильева Г.М. По страницам истории: памяти Флоренс Найтингейл (1820-1910). // Медицинская сестра, 2002. - №2. - С. 2-11.
12. Рябчикова Т.В., Назарова О.А. Сестринский процесс. / Учебное пособие. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2000. - 44 С.
13. Сестринское дело. Том I. / Под редакцией Краснова А.Ф. - Самара: ГП «Перспектива», 1998. - 368 с.

**СОДЕРЖАНИЕ:**

|  |    |
|--|----|
| Введение   | 4  |
| Лекция 1. Введение в теорию сестринского дела  | 5  |
| Лекция 2. Понятие о теориях и моделях сестринского дела                                      | 8  |
| Лекция 3. Теория и методология сестринского процесса   | 13 |
| Лекция 4. Международная терминология и классификация сестринской практики                    | 19 |
| Лекция 5. Научные исследования в сестринском деле  | 24 |
| Лекция 6. Роль ВОЗ и Международных профессиональных организаций в развитии сестринского дела | 26 |
| Лекция 7. Основные задачи и направления развития сестринского дела в Российской Федерации    | 30 |
| Приложение 1. Глоссарий по курсу теории сестринского дела                                    | 34 |
| Приложение 2. Список тем контрольных работ   | 42 |
| Приложение 3. Вопросы к зачёту по теории сестринского дела                                   | 43 |
| Приложение 4. Список рекомендуемой литературы по теории сестринского дела                    | 45 |

Калягин Алексей Николаевич  
**Лекционные таблицы по теории сестринского дела.**

Учебное пособие.

---

Подписано в печать 10.10.2004 г. Формат 60х90/16.

Уч.-изд. л. 1,9. Тираж 100.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет МЗ и СР РФ  
 664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 1