

В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко

ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Учебное пособие для студентов

Санкт-Петербург
СпецЛит
2020

УДК 614.25 (07)
С42

Авторы:

Скворцов Всеволод Владимирович — доктор медицинских наук, доцент;
Тумаренко Александр Владимирович — кандидат медицинских наук, ассистент.

Рецензенты:

Иванов К. М. — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Оренбургской государственной медицинской академии.

Немцов Б. Ф. — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии Кировской государственной медицинской академии.

Основы сестринского дела : учебное пособие. — Санкт-С42
Петербург : СпецЛит, 2020. — 103 с.
ISBN 978-5-299-01034-3

В учебном пособии на современном уровне освещены актуальные вопросы дисциплины «Основы сестринского дела». Пособие предназначено для студентов медицинских колледжей по специальности 060501 «Сестринское дело».

УДК 614.25 (07)

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным методическим советом Волгоградского государственного медицинского университета

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Предмет, место и роль общественного здоровья и здравоохранения. Система здравоохранения в России	5
1.1. Медико-демографические показатели состояния общественного здоровья и среды обитания человека	6
1.2. Система здравоохранения в России	8
1.3. Основные типы лечебно-профилактических учреждений	9
1.4. Устройство и основные функции больниц	10
Глава 2. Перспективы развития сестринского дела	13
2.1. Предпосылки, сущность и основные направления реформы сестринского дела в России	14
2.2. Основные проблемы, отмеченные в Концепции развития здравоохранения России до 2020 г	15
2.3. Этапы реализации поставленных в Концепции задач 2009—2010 гг	16
2.4. Этап 2010—2015 гг	17
2.5. Этап 2016—2020 гг	18
2.6. Комментарии к Концепции	18
Глава 3. Философия сестринского дела	21
3.1. Сестринская деонтология	25
3.2. Принципы сестринской деонтологии в США	27
Глава 4. Модели сестринского дела	28
4.1. Модель Н. Роупер	28
4.2. Модель Д. Джонсон, направленная на изменение поведения человека	29
4.3. Адаптационная модель К. Рой	31
4.4. Модель дефицита самоухода Д. Орэм	33
4.5. Модель Вирджинии Хендерсон	35
4.6. Модель М. Аллен, направленная на укрепление здоровья (семейная)	36
Глава 5. Сестринский процесс	39
5.1. Первый этап — сбор информации	39
5.2. Второй этап — постановка сестринского диагноза	40
5.3. Третий этап — планирование ухода	42
5.4. Четвертый этап — реализация плана ухода	43
5.5. Пятый этап — оценка эффективности ухода	43
Глава 6. Инфекционный контроль и профилактика внутрибольничной инфекции	45
6.1. Причины и факторы высокой заболеваемости ВБИ в лечебных учреждениях	47

6.2. Основные меры борьбы с ВБИ и профилактики ВБИ	50
6.3. Гигиена рук медицинских работников	50
6.4. Соблюдение СПЭР в палате больного	53
Глава 7. Учет, хранение и использование наркотических средств в лечебно-профилактических учреждениях	56
7.1. Порядок учета и использования наркотических лекарственных средств в аптеках больниц	56
7.2. Порядок учета и использования наркотических лекарственных средств в отделениях и кабинетах больниц	58
7.3. Учет, хранение и использование наркотических лекарственных средств в поликлиниках	59
7.4. Порядок учета и расходования НС и специальных рецептурных бланков в отделениях и кабинетах поликлиник	60
7.5. Порядок назначения НС больным, получающим симптоматическое лечение на дому	61
7.6. Порядок учета и уничтожения неиспользованных специальных рецептурных бланков на НС, остатков неиспользованных лекарственных препаратов и пустых ампул из-под них	62
7.7. Условия хранения НС и специальных рецептурных бланков в лечебно-профилактических учреждениях	63
Глава 8. Питание и кормление пациента	65
8.1. Лечебные диеты	66
8.2. Искусственное питание	68
8.3. Что разрешается хранить в тумбочках и холодильниках	72
8.4. Примеры приготовления блюд для питания через зонд	73
8.5. Раздача пищи	76
Глава 9. Уход за тяжелобольными. Работа отделений интенсивной терапии	77
9.1. Работа и оснащение ОРИТ	78
Глава 10. Потери, смерть и горе	87
10.1. Организация и оказание медицинской помощи в хосписе	90
10.2. Особенности работы медсестры	92
10.3. Стадии траура	94
Тестовые задания для самоконтроля	96
Приложение. Приказ Минобрнауки России от 12.05.2014 № 502 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело» (извлечение)	98
Литература	103

ГЛАВА 1

ПРЕДМЕТ, МЕСТО И РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней (1946 г.). Конечная цель политики ВОЗ «Здоровье для всех — 21 век» — достижение наиболее полного потенциала здоровья для всех жителей региона, что может быть достигнуто следующими целями: а) укрепление, поддержание и охрана здоровья людей на протяжении всей их жизни; б) снижение частоты основных болезней и травм и уменьшение числа и тяжести страданий, которые они обуславливают. При этом *здоровье* определяется как *право всех людей и необходимое условие для благополучия, высокого качества жизни и устойчивого экономического развития*. Первая Всероссийская научно-практическая конференция по теории сестринского дела, состоявшаяся 27 июля — 14 августа 1993 г. в Голицино, провозгласила: **здоровье** — динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации, средство жизни.

Сегодня общеизвестно, что на здоровье человека влияют как внутренние, так и внешние факторы, способствующие укреплению здоровья или разрушающие его (факторы риска), а также образ жизни человека. Таким образом, охрана здоровья населения — профессиональный долг всех медицинских работников.

Общественное здоровье — состояние, качество общества, обеспечивающее условия для продуктивного здорового образа жизни людей, не стесненных заболеваниями, физическими и психическими дефектами.

Здоровый образ жизни — это такой способ жизнедеятельности человека, который направлен на сохранение и укрепление здоровья. Сохранение и укрепление здоровья — процесс

повышения информированности, изменения привычных установок и поиск реальных путей, улучшающих качество жизни.

Факторы риска — обстоятельства, повышающие вероятность возникновения заболеваний (генетические (20 %), окружающая среда (20 %), образ жизни (50 %), медицинские причины (10 %)).

1.1. Медико-демографические показатели состояния общественного здоровья и среды обитания человека

Своеобразными индикаторами, отражающими полную картину состояния общественного здоровья и среды обитания человека, являются **медико-демографические показатели** по демографической обстановке в стране, заболеваемости, инвалидности и физическому развитию населения. Источниками данной информации являются статистические материалы в виде отчетов Министерства здравоохранения и Госкомстата Российской Федерации, документы учетного характера лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), выборочные исследования в виде карт, анкет, переписей населения.

Демография — наука о населении в его общественно-историческом развитии, изучающая вопросы естественного движения населения, предметом которой являются законы естественного воспроизводства населения в их общественно-исторической обусловленности. Демография состоит из двух разделов — статистики (фиксированных данных) и динамики (естественного движения) населения. К основным демографическим показателям относятся численность, миграция, состав и естественное воспроизводство населения, уровень смертности, рождаемости и др.

Численность населения — количественный состав населения на определенной территории за определенный промежуток времени (календарный год), в Российской Федерации численность населения составляет 142 млн человек. **Миграция** — перемещение населения по территории, которая изменяет его численность в определенный период времени. **Воспроизводство населения** характеризуется показателями рождаемости, смертности и естественного прироста. **Смертность** — частота случаев смерти на определенной территории за определенный промежуток времени (календарный год). На общий показатель смертности влияют три

фактора: детская (младенческая), перинатальная и общая смертность. Младенческая смертность — показатель смертности первого года жизни. Перинатальная смертность — показатель смертности в перинатальный период, который начинается с 28-й недели беременности, включает период родов и заканчивается через 7 полных дней жизни новорожденного.

Смертность населения обычно изучают в различных группах (по возрасту, полу, виду заболевания, деятельности). В России основными причинами общей смертности являются: болезни системы кровообращения, в том числе ишемической болезни сердца, и цереброваскулярные болезни; злокачественные новообразования, травмы, отравления и другие повреждения, вызванные внешними причинами, из которых ведущими являются несчастные случаи, связанные с транспортом, отравления алкоголем, самоубийства и убийства. Из других заболеваний высока смертность от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекционных и паразитарных болезни, в том числе туберкулеза.

Уровень смертности зависит от организации медико-социальной помощи населению, состояния окружающей среды, экономических факторов и образа жизни людей. Снижение детской смертности зависит от мероприятий по охране плода, улучшения качества медицинской помощи детям в возрасте до года, разработки методов вскармливания детей, профилактики и лечения заболеваний у детей первого года жизни.

Рождаемость — число родившихся на 100 жителей в единицу времени (календарный год). *Естественное воспроизводство населения* — соотношение числа родившихся к числу умерших. Для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы рождалось 210 детей на 100 жителей России (2—3 ребенка в семье).

Общая заболеваемость. За последние годы показатель общей заболеваемости населения вырос на 15 %. Быстрыми темпами увеличивается число регистрируемых врожденных аномалий (пороков развития), болезней мочеполовой системы, системы кровообращения, нервной и органов чувств. При анализе общей заболеваемости вычисляются следующие показатели: первичная заболеваемость, показатель распространенности болезней, случаи болезней системы кровообращения и др. недугов по возрастным, половым, профессиональным группам.

Болезнь — это такое изменение в физиологическом, психологическом и духовном состоянии человека, которое приводит к снижению его возможностей и продолжительности жизни (Дж. Твайделл, 1977).

Инвалидность — это нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты личности. Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата человеком способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (Закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», 1995).

Для того чтобы проводить эффективную профилактику и способствовать снижению смертности, необходим доврачебный скрининг с использованием современных эффективных методов выявления, диагностики и коррекции всех основных факторов риска (артериальная гипертония, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе, избыточная масса тела, метаболический синдром, гипокинезия, психозмоциональный стресс, курение, злоупотребление алкоголем).

1.2. Система здравоохранения в России

Современное здравоохранение подразумевает существование различных форм собственности — государственной, муниципальной и частной. Подобная система направлена на оптимизацию запросов населения по охране и укреплению здоровья. На сегодняшний день государственное управление здравоохранением в РФ имеет три уровня:

А. Министерство здравоохранения — высший орган управления, в его состав входят управления организации медицинской помощи; охраны здоровья матери и ребенка; научных и образовательных медицинских учреждений; кадров.

Б. Министерство (комитет) здравоохранения области, края, автономной республики. Субъекты РФ обязаны обеспечивать выполнение федеральных целевых программ и освобождены от отчета перед Министерством здравоохранения.

В. Управление (департамент, комитет) здравоохранения при администрации города. Местные власти крупных городов активно участвуют в реформах здравоохранения, обеспечивают местное население медицинским обслуживанием в объеме, указанном в законе.

Задача здравоохранения — достижение уровня здоровья, который позволит жить человеку продуктивно при максимально возможной продолжительности жизни.

К основным направлениям политики в области здравоохранения относятся:

- разработка и принятие законов для осуществления реформ, отвечающих потребностям отрасли;
- обеспечение равенства граждан на получение качественной медицинской помощи;
- охрана материнства и детства;
- реформа финансирования (медицинское страхование, привлечение других средств для лечения социально незащищенных слоев населения);
- обязательное медицинское страхование;
- реорганизация первичной медицинской помощи;
- лекарственное обеспечение;
- подготовка медицинских и административных кадров;
- компьютеризация здравоохранения;
- социальная направленность здравоохранения.

1.3. Основные типы лечебно-профилактических учреждений

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) разделяют на амбулаторные и стационарные. К первым относятся: амбулатории, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), медико-санитарные части (МСЧ), диспансеры, здравпункты, травмпункты, женские консультации, станции скорой медицинской помощи (СМП).

Стационарные учреждения — это больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории, хосписы.

В целях повышения качества медицинской помощи в России с 1947 года проводится объединение поликлиник с амбулаториями

и больницами. Это способствует повышению квалификации врачей и улучшению качества лечения больных.

1.4. Устройство и основные функции больниц

Больницы предназначены для круглосуточного лечения и ухода за пациентами с заболеваниями, соответствующими профилю больницы. Различают общие, республиканские, областные, краевые, городские, районные, участковые больницы, которые располагаются чаще в центре обслуживаемой территории. Специализированные больницы (онкологические, туберкулезные) располагаются чаще на окраине или за городом, в озелененном районе.

Существуют три основных типа строительства больниц: павильонный (корпусной), централизованный и смешанный.

При *павильонной системе* на территории больницы размещаются специализированные корпуса. *Централизованный тип* — все службы находятся в одном здании, чаще высотном, или ряд зданий соединены крытыми надземными или подземными переходами. Чаще всего в России строились больницы *смешанного типа*, где основные неинфекционные отделения размещаются в одном здании, а инфекционные, кожно-венерические, родильные дома — в отдельных корпусах.

Земельный участок больницы делится на три зоны: здания, зона хозяйственного двора и защитная зеленая зона. Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды.

Больница включает в себя следующие подразделения:

- стационар со специализированными отделениями и палатами;
- вспомогательные отделения (рентгеновское, лабораторное, патологоанатомическое);
- аптеку;
- поликлинику;
- пищеблок;
- прачечную;
- административные здания/помещения.

Устройство стационара любого профиля включает палаты для размещения пациентов, хозяйственные помещения и санузел, специализированные кабинеты (процедурный, лечебно-диагностические), ординаторскую, сестринскую, кабинет зав. отделением, старшей сестры, сестры-хозяйки.

Научное издание

**Всеволод Владимирович Скворцов,
Александр Владимирович Тумаренко**

ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Учебное пособие для студентов

Редактор *Киреева Л. Ю.*

Корректор *Минин С. П.*

Дизайн и компьютерная верстка *Илюхиной И. Ю.*

Подписано в печать 02.12.2019. Формат 60 × 88 $\frac{1}{16}$.
Печ. л. 6.5. Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в ООО «Литография Принт»,
191119, Санкт-Петербург, Днепропетровская ул., д. 8