

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: "Обучение пациентов"

Специальность: 0302000 - "Сестринское дело"

Квалификация: 0302043 - "Медицинская сестра общей практики"

Курс: 4

Семестр: 8

Форма итогового контроля: экзамен

Общая трудоемкость часов / кредитов: КЗ: 48/2

Аудиторные занятия: 20

Симмуляционные занятия: 28

Шымкент, 2024 г.

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине
"Обучение пациентов"

Преподаватель: Кудманова Ж.М.

Специальность: 0302000- "Сестринское дело"

Квалификация: 0302043 - "Медицинская сестра общей практики"

Лекционный комплекс утвержден на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

«24» 08 2024 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2» Айбекова Г.Н.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		3 стр из 24

Лекция №1

4.1. Тема лекции: Введение. Концепция и принципы обучения пациентов. Обучение пациентов самообслуживанию.

4.2. Цель:

- Знание принципов обучения пациентов
- Изучите базовые навыки консультирования, ориентированного на пациента, в симуляционных условиях и на рабочем месте.
- Изучите навыки эффективного взаимодействия с пациентами/членами медицинской бригады в симуляционных и потенциально конфликтных ситуациях на рабочем месте.

4.3. Тезисы лекций:

Целевая структура обучения пациентов должна быть сосредоточена на 3:

- Образовательный;
- Эмоциональный;
- Психологический.

Целевая структура может появиться в следующей ситуации:

- В когнитивной сфере пациент знает и понимает водный баланс.
- В психологической сфере пациент психологически готов к определению водного баланса.
- Эмоциональный – пациент понимает важность контроля водного баланса. Цель должна быть конкретной и эффективной. После постановки цели медсестра планирует содержание и подход обучения.

После постановки цели медсестра планирует содержание и подход обучения. Содержание обучения может быть разным:

- Здоровоохранение;
- Поддержание уровня здоровья;
- Поддержание уровня качества жизни. Медсестра должна привлечь пациента и его семью к разработке плана обучения.

В этом случае медсестра должна обратить внимание на индивидуальные особенности, социальный и физический уровень пациента.

Для достижения эффективных результатов в обучении пациентов можно использовать следующие методы:

- демонстрация – медсестра показывает пациенту упражнения по уходу за собой (чистка зубов, проверка артериального давления и т. д.) и повторяет цель обучения для достижения эффективности.
- консультирование – медсестра контролирует действия пациента и консультирует его на сложных этапах.
- Ролевая игра – эффективный способ обучения пациента. Здесь медсестра может увидеть те виды деятельности, которые трудны для пациента.

График обучения состоит из 5 этапов:

1. Предоставление необходимой информации;
2. Повторяйте, пока пациент не вспомнит;
3. Показ деятельности, которую должен освоить больной;
4. Повторение больного;
5. Повторение события пациентом.

Во время обучения необходимо вызвать интерес пациента, а в беседе лучше иметь вопросы и ответы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		4 стр из 24

Каждый этап можно повторять до полного освоения пациентом. Медсестра должна убедиться, что пациент понимает информацию, которую она сообщает.

Область обучения пациентов

Выполнить некоторые действия в связи с ухудшением здоровья пациента не может, для развития этих способностей Опекун должен обладать знаниями в области обучения людей (пациентов), чтобы иметь возможность профессионально влиять на них.

1. Познание – область, ориентированная на способность больных анализировать и аккумулировать знания и влияние, полученные из окружающей среды.

2. Эмоциональность - эмоциональность, сострадание, милосердие, жестокость и т.п. личности. поле, описывающее состояние ума, зависящее от эмоциональных свойств.

3. Психомоторная область описывает изменения в развитии характера, чувств, движений, зависит от общего психомоторного развития личности, нервно-психических заболеваний.

4. Социально-психологическое поле – отражает гражданскую сторону больного, его личность и интересные особенности, т. е. способности, склад ума, самооценку, направленность, трудоспособность, отношение к учебе. Формируется благодаря деятельности, осуществляемой в педагогической ситуации: - пассивное принятие и понимание информации, полученной извне. При этом в основу обучения входят следующие способы сообщения, объяснения, показа и требования некоторых действий пациента.

Применение информации и активное самоисследование, в этом случае пациент рассматривает свои цели и внимание как предмет, которые формируются в результате воздействия. Внешнеорганизованная деятельность путем поиска направления и использования информации. Основу обучения в третьем случае составляют управление осуществляемыми процессами методами постановки задач ухода, совместного обсуждения поставленных целей с больным и членами его семьи, совместного планирования. , оценивая результаты и обсуждая ошибки. Формирование умений и ловкости в восстановлении здоровья больного должно быть направлено на практическую деятельность Смотрителя.

Оценка образовательных потребностей пациента и его семьи. Когда удовлетворение пациента от обнаружения какой-либо потребности нарушается, у него развивается болезненное состояние. Выяснив потребности пациента и его семьи в определенный момент его жизни, можно активно влиять на улучшение его здоровья, и в этом процессе большое внимание уделяется сестринскому делу.

Для него медсестра:

- оценивает образ жизни пациента;
- определяет потребности пациента в обучении самообслуживанию;
- оценивает социальное и культурное окружение пациента;
- оценивает психологические особенности и развитие ученика.

Оценка исходного уровня знаний и навыков пациента. Это признается результатом процесса бизнес-обучения. Бизнес-аналитика подразумевает способность предотвращать определенные действия на основе полученных знаний в изменяющихся ситуациях.

Корректурa – это первая часть процесса обучения. Доказательство «закона подготовки» является первым обязательным этапом формирования мыслительной деятельности.

Доказательства – они определяют, обязан ли человек что-то делать и мотивирован ли он.

Обучение пациентов может иметь как внутренние, так и внешние доказательства.

Внешние доказательства включают восстановление здоровья, материальные блага, выговоры, награды и т. д. принадлежит. Внутренние свидетельства включают их

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		5 стр из 24

настойчивое стремление повысить свой образовательный уровень, повысить ранее приобретенные знания и навыки.

Аргумент имеет 4 структурных компонента:

1. Удовлетворенность самим сервисом.
2. Значимость личности для его собственных результатов.
3. Сила «доказательства» вознаграждения за действия.
4. Оказание давления на человека с применением силы.

Оценка способностей пациента и членов его семьи. Способности человека напрямую связаны с его индивидуальными психическими особенностями. Способности человека варьируются с раннего возраста в зависимости от его здоровья и характера и определяют уровень его познавательной активности. Мейргер оценивает индивидуальное психическое состояние больных и членов их семей, характер службы, учебно-воспитательные аспекты, личностные качества, общение, способность развивать уровень ловкости. Мейргер учитывает трудности, возникающие у студентов, и строит свою работу по дальнейшему плану. Содержание обучения отражено в индивидуальном плане обучения. Основной направленностью содержания образования пациентов является сохранение здоровья и повышение уровня жизни. Прежде чем определять содержание образования, преподавателю следует ознакомиться с новыми образовательными технологиями, выявить новые термины и понятия, используемые в образовательном процессе. Глубина, последовательность, системность получаемых знаний в образовании определяются возрастом, состоянием здоровья и познавательной активностью личности. В содержание сестринской педагогики входят навыки работы с некоторыми лицами, осуществляющими уход, оказания помощи, предпринимательства и т.д. формы. Больные активно участвуют в различной практической деятельности, формируют свои потребности, желания и склонности.

Планирование учебы, оценка ее качеств, эффективность учебы. Мейргер организует процесс обучения, который состоит из создания плана, контроля и оценки выполнения процесса обучения, проверки его качества и эффективности, формирования доказательной базы. План тренировок обсуждается вместе с пациентом с учетом индивидуальных особенностей пациента, времени, отведенного на обучение. Процесс обучения считается эффективным, если и лицо, осуществляющее уход, и пациент или учащийся достигают поставленных целей в плане понимания определенных вопросов. В этом случае Мейргер должен знать коммуникативные навыки, педагогическую тактику, основы педагогики и психологии.

4. 4. Иллюстративные материалы: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Использование информации и активное самоисследование.
2. Оценка способностей больного и членов его семьи.

Лекция № 2

4.1. Тема лекции: Этапы обучения пациентов и их семей. Вовлечение и информирование членов семьи в процесс лечения. Общие принципы общения с пациентами и членами их семей.

4. 2. Цель:

- Знание принципов обучения пациентов
- Изучите базовые навыки консультирования, ориентированного на пациента, в симуляционных условиях и на рабочем месте.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		6 стр из 24

- Изучите навыки эффективного взаимодействия с пациентами/членами медицинской бригады в симуляционных и потенциально конфликтных ситуациях на рабочем месте.

4. 3. Тезисы лекций:

Самым спорным вопросом, касающимся практикующих врачей, является их способность эффективно общаться с пациентами. Удовлетворенность клиента лечением зачастую зависит от позитивного отношения к врачу, которое прямо пропорционально качеству взаимодействия. Наиболее частыми жалобами, поступающими от пациентов, являются неумение практикующих врачей внимательно выслушать и дать четкие и понятные ответы, прежде всего, неумение точно определить проблемы пациента, пришедшего к врачу. Неэффективное общение является препятствием на пути к здоровью.

Отношения между врачом и пациентом являются одной из важнейших проблем медицины. Трудности во взаимоотношениях пациента и врача влияют на качество медицинской помощи и влияют на ход лечебного процесса. Речь идет не только о крайних проявлениях нарушенных взаимоотношений в виде жалоб больного на неясность взаимоотношений и т. д. даже невербальные, удаленные сцены конфликтных отношений существенно влияют на настроение. Две стороны, участвующие в общении

1) - коммуникативная сторона профессиональных отношений врача с пациентом

Традиционное общение рассматривает взаимосвязь трех его сторон: коммуникативные, интерактивные и восприимчивые, они, конечно, не исключают друг друга. Коммуникация - коммуникативная функция отношений состоит в обмене информацией, в данном случае интерактивное общение врача и пациента состоит из взаимодействия между коммуникаторами, перцептивная (лат. perceptio - восприятие) - как процесс взаимного общения. восприятие партнеров в отношениях и установление определенного уровня взаимопонимания.

Цель врача – сформировать определенный взгляд на острые и возможные проблемы пациента. Коммуникативная сторона общения характеризуется: обратной связью; коммуникативные барьеры; коммуникативный эффект; вербальный и невербальный уровни передачи информации.

В ходе диалога врач и пациент постоянно меняются коммуникативными ролями «говорящего» и «слушающего». Поэтому врач прямо или косвенно выражает свою реакцию. В первом случае информация, полученная от врача («говорящего»), открыто реагирует на поведение пациента («слушателя»): «Я не могу ответить на ваш вопрос», «Я не одобряю ваше нарушение режим», «Я с трудом понимаю, что сейчас происходит» и другие; реакция также может выражаться посредством жестов и других элементов невербального общения. Такая обратная связь обеспечивает правильное понимание пациента и создает условия для эффективного общения.

Косвенная обратная связь – это закрытая форма предоставления информации партнеру. Для этого используются риторические вопросы: «Вы действительно так думаете?», «И помогает ли это?», ироничные комментарии: «ДА... теперь мы все знаем, как лечить», вербальные и невербальные реакции и т.д. в этом случае «слушатель» должен знать, что «говорящий» пытается ему сказать, какова его реакция и отношение. Конечно, прогнозы не всегда верны, что усложняет процесс общения. Выступая в роли «слушателя», врач должен максимально точно реагировать на слова и поведение пациента. В сложных ситуациях лучше сказать: «Это не в моей компетенции, мне нужно посоветоваться с коллегами».

Если пациент сообщает врачу информацию, которую невозможно внятно объяснить, он должен задать уточняющие вопросы.

Общеизвестно, что самовосприятие сигналов обратной связи является неполным и интерпретируется собственной системой координат. Мы считаем, что система координат

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		80-11-2024 () 7 стр из 24

врача определяется его профессиональной ролью и зачастую основана на бесценном положительном отношении к пациенту. Говоря о многих случаях, иногда врач может посчитать поведение больного неправильным, с его точки зрения, например, несколько фамильярным.

С другой стороны, если акцентировать внимание на феномене обратной связи, такое поведение пациента может быть реакцией на поведение врача, позволившее ему вести себя прилично.

В процессе общения проблемой является не обмен информацией, а проблема ее правильного понимания. От чего это зависит?

Во-первых, форма и содержание сообщения зависят от личных особенностей «говорящего»,

связано с его представлениями о «слушании», его отношением к нему и ситуацией, в которой происходит общение.

Во-вторых, любое сообщение меняется под влиянием личных качеств «слушателя», его отношения к автору сообщения, тексту и ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные из уст врача, соседа или родственника больного, могут вызвать у него разную реакцию. К предупреждению врача в первую очередь прислушиваются внимательно, а к предупреждению соседа относятся с раздражением. Разные люди могут воспринимать одну и ту же информацию совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политической принадлежности. Один пациент воспринимает одно и то же заявление врача как справедливое предупреждение, а другой как «вечный обман».

Адекватное восприятие информации зависит от наличия или отсутствия коммуникативных барьеров в процессе общения. В этом случае можно говорить о наличии психологической защиты от информации о состоянии здоровья пациентов и связанных с ней предположений, а также о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации врачом. М. Р. Битянова (1994) выделяет фонетические, семантические, стилистические, логические, социокультурные и коммуникативные барьеры.

Фонетическая интерференция может возникнуть, когда врач и пациент говорят быстро и невнятно или на разных языках и диалектах, когда возникают проблемы с речью и дикцией.

Семантический барьер связан с проблемой жаргонизма, специфичного для людей определенного возраста, профессии или социального статуса (например, подростки, моряки, хакеры, жители отдаленных районов и т. д.). Устранение такого барьера является актуальной проблемой для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успех терапевтических отношений. Поэтому овладение необходимыми навыками врача – это чужие смысловые системы.

Это особенно важно для врача скорой помощи. Особенность работы в службе скорой помощи требует от врача полного владения всеми методами психологии общения и общения с пациентами, а также родственниками, свидетелями происшествия, сотрудниками полиции и т. д. б. обязывает быстро сориентироваться и наладить общение.

В экстренных ситуациях хорошо собранный анамнез и быстрый контакт с больным зачастую стоят жизни человека.

С другой стороны, сам медицинский работник, излишне употребляя профессиональные термины, вызывает возникновение смыслового барьера у пациента. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие негативного воздействия на психику больного.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		8 стр из 24

Стилистический барьер может возникнуть, если речь врача не соответствует ситуации общения, например, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет «бабушка» и «дедушка», он не учитывает психологические особенности людей и их психологическое состояние

Перед любым вмешательством, когда врач проводит с пациентами психопрофилактические беседы, обучает их навыкам приема лекарств, использования оборудования, знакомит с различными методами здорового образа жизни, можно предотвратить логические недоразумения, т.е. логика мышления врача может быть слишком сложны для пациента или неверны для него или могут оказаться недостоверными. Логика аргументации пациента может быть ошибочной и с точки зрения врача. Конечно, есть разные пути выхода из этих неравных ситуаций, о которых речь пойдет ниже.

Причиной социокультурных препятствий может быть восприятие больного как человека определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса.

Врач должен быть готов к возникновению этого барьера у некоторых пациентов.

с его стороны, его репутации недостаточно; Особенно это касается молодых врачей.

Во взаимоотношениях врача и пациента могут возникнуть препятствия. Речь идет о негативных эмоциях, которые создает человек и причину которых зачастую трудно понять, о формировании негативного отношения, распространяющегося на подаваемую ему информацию.

Рассматривая сущность психологического барьера, нельзя не заметить, что любой из них представляет собой, прежде всего, защиту больного на пути предъявления ему информации. Например, представьте себе курильщика, который плохо себя чувствует и просит совета у друга, профессионального врача, который оценивает его здоровье и советует ему бросить курить, приводя следующий аргумент: «у тебя будет одышка, у тебя будет сердце». Врачи и медицинские работники среднего звена не имеют права забывать, что они являются хранителями здоровья человека. Только врачи и медсестры с гармоничной внутренней культурой могут найти путь к больному сердцу и стать медиаторами человеческой души.

Настоящим врачом и благодетелем можно назвать только человека, умеющего лечить телесные и душевные раны, а для этого каждому врачу и каждому благодетелю нужны большие исследования, образование и культура. Этика (этика) — философское понятие, происходящее от греческого слова, обозначающего характер, обычай. Этика – это набор принципов, которые учат передовым моделям и добрым традициям гуманных отношений между людьми. С незапамятных времен наш народ впитывал и чтит такие благородные качества, как человечность, порядочность и уважение. Уважение друг к другу после рождения – общая черта для всех. Среди живых существ человек выделяется своим сознанием. Прежде всего, ответственному человеку необходимо уметь уважать себя. Если вы не умеете уважать и ценить себя, бесполезно ожидать уважения от других. Казахи всегда были философским народом. Много можно понять из пословицы «Уважай себя как чужого, и пусть другие в тебе разочаруются». Этика есть наука о нравственности, т. е. учит нравственности, достоинству, смирению и порядочности. А мораль есть форма или проявление общественного сознания. Моралью мы называем принципы и свод правил, которые регулируют хорошее поведение и добрые, доброжелательные, гуманные отношения между людьми. Одним из самых основных принципов этики является слово «друг, товарищ, брат». Медицинская этика – это проявление гуманизма в работе медицинских работников, она считается теоретической основой стоматологии.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		9 стр из 24

В труде знаменитого индийского врача, жившего в X веке до нашей эры, под названием «Книга жизни», он говорит врачу: «Чтобы добиться успеха в практике, врач должен: сохранять себя здоровым, чистым, простым, пациент, борода коротко подстрижена, ногти подстрижены, белая одежда должна быть одета. Речь должна быть мягкой, приятной, привлекательной и отвечать высоким ожиданиям. Врачу хорошо быть добросердечным, честным, сострадательным, чутким, честным, серьезным, чрезвычайно терпеливым, умным человеком, который всегда старается делать добро. Медицинские работники среднего и младшего звена обязаны спокойно и открыто общаться со своими коллегами. Не говорите грубо или слишком официально. С пожилыми людьми лучше разговаривать на «Вы», а с врачами – по имени и отчеству.

Во время работы на рабочем месте лучше сохранять сдержанность, спокойствие и порядочность. Будь то средний или младший сотрудник, приезжие со стороны (Следователи МВД, следователи МВД, высокопоставленные люди, менеджеры, начальники подразделений, люди, потерявшие близких, кто в горе, или получить рекомендации на побои и т. д.) Чтобы навести справки, он должен уделить все внимание и внимание посетителям, будь то юниоры, люди среднего возраста или врачи. В частности: вставая и здороваясь, он должен представиться. Отношения между сотрудниками на рабочем месте всегда должны осуществляться в дружеской и вежливой манере.

Прежде чем войти в кабинет, постучать в дверь врача, менеджера или руководителя, поздороваться, попросить разрешения, а также извиниться и выйти, если в кабинете сидят люди. Посетителя вашего офиса следует проводить до двери и попрощаться. Независимо от того, добились ли вы желаемого результата в прощании, провожать гостя следует тепло и вежливо. Сотрудник среднего или младшего звена должен проводить собеседование только в пределах своей компетенции (он не должен отвечать самостоятельно и обращаться к эксперту или дежурному врачу-эксперту, в случае его отсутствия по каким-либо причинам он должен сказать «подождите», «он уехал куда-то по делам», «подождите». Сотрудникам среднего звена запрещено грубо разговаривать во время беседы с врачами.

Они должны точно и профессионально выполнять задания врачей в установленные сроки. При обнаружении дефекта или ошибки во время работы он должен сообщить об этом своему врачу.

Если есть сомнения по поводу документов (например, неправильное заполнение справки, ошибки), следует вежливо уточнить ситуацию у врача. Сотрудники среднего поколения (медсестры, лаборанты) не должны допускать грубости и пошлости во время работы с коллегами. Опытным медицинским сестрам, лаборантам необходимо наставлять молодых специалистов. Они должны помогать друг другу в трудных ситуациях.

Требования к отношениям между средними и младшими медицинскими работниками: - сохранять взаимное уважение; - Вежливый контроль работы младшего медицинского работника; - Не допускайте невежливости, грубости, высокомерия; - Не шуметь и не делать предупреждений в присутствии посетителей.

4. 4. Иллюстративные материалы: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Все потребности сгруппированы вместе
2. Персональный план тренировок

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс	10 стр из 24	

Лекция №3

4. 1. Тема лекции: Обучение уходу за больными-инвалидами. Обучить правилам и основным принципам ухода за больными с различными заболеваниями и их родственниками.

4. 2. Цель:

- Знание принципов обучения пациентов
- Изучите базовые навыки консультирования, ориентированного на пациента, в симуляционных условиях и на рабочем месте.
- Изучите навыки эффективного взаимодействия с пациентами/членами медицинской бригады в симуляционных и потенциально конфликтных ситуациях на рабочем месте.

4. 3. Тезисы лекций:

Принципы информирования пациентов об их правах и обязанностях.

1. Цель: защита прав пациента и его законного представителя при оказании медицинских услуг.

2. Область применения: все структурные подразделения. Правило распространяется на всех сотрудников, пациентов и их законных представителей.

3. Ответственность: все сотрудники, пациенты и их законные представители.

4. Термины, определения и сокращения:

В Правилах применяются следующие определения:

- 1) физическое лицо, являющееся пациентом-потребителем медицинских услуг;
- 2) представитель пациента - юридическое и физическое лицо, действующее от имени пациента в порядке и полномочиях, установленных действующим законодательством Республики Казахстан;
- 3) медицинские услуги – комплекс диагностических и лечебных услуг, в том числе медицинских, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения;
- 4) медицинский персонал – врачи, медсестры;
- 5) информированное согласие - заявление о цели, характере, методах данного вмешательства, возможной опасности, связанной с ним и возможных медико-социальных, психологических, экономических и иных последствиях, а также возможных альтернативных видах медицинской помощи и последствиях и связанные с ними риски, полученные от лечащего врача полная и исчерпывающая информация в доступной форме на основании добровольного согласия пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство высокого риска.

В настоящих Правилах используются следующие сокращения:

1) манипуляционно-стоматологические, хирургические, эндоскопические, диагностические методы лечения;

2) Гарантированный объем медицинской помощи бесплатно.

5. Ресурсы:

1) стенды с описанием прав и обязанностей пациента/законного представителя;

2) памятка о правах и обязанностях пациента.

6. Документация:

Медицинская карта стационарного пациента является подписью об ознакомлении с правилами пребывания в стационаре (описаны права и обязанности пациента).

Описание правил:

Медицинский персонал предоставляет устную и/или печатную информацию о правах и обязанностях пациентов во время пребывания пациента в приемном покое или до получения медицинских услуг.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		11 стр из 24

Права и обязанности пациентов:

Пациенты имеют право:

- 1) на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГБМКП) по перечню, утверждаемому Правительством Республики Казахстан, а также на получение дополнительных услуг за пределами ГММКБ за счет собственных средств, системы добровольного страхования и другие незапрещенные источники;
- 2) обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках ТМЦКК;
- 3) в процессе диагностики, лечения и ухода проявляя работниками должное внимание, уважение к культурным и личностным ценностям;
- 4) имеет право на получение медицинской помощи, определяемой исключительно на основании медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов;
- 5) имена и профессиональный статус лиц, оказывающих медицинские услуги заключается в предоставлении информации о правилах внутреннего распорядка, а также о них;
- 6) заполнение информированного добровольного согласия пациента в письменной форме при оказании инвазивных медицинских услуг. Письменное информированное согласие подписывается пациентом после того, как врач в доступной форме разъяснил пациенту планируемое инвазивное лечение, включая данные о возможных рисках, преимуществах выбранного лечения, альтернативных методах лечения и диагностики, а также информацию о возможных последствиях отказа от лечения или диагностического лечения;
- 7) получать подробную информацию о состоянии своего здоровья, сведения о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также объяснять причины его выписки или перевода в другую медицинскую организацию;
- 8) получить подробную информацию о назначенном лекарственном средстве;
- 9) имеет право участвовать в принятии решений относительно лечения;
- 10) рассмотрение результатов исследования. Получение копии медицинского заключения и медицинских анализов (по желанию пациента);
- 11) выбор или смена врача;
- 12) имеет право после регистрации получить краткую письменную информацию, в том числе план лечения и рекомендации по уходу за своим здоровьем;
- 13) сопровождаться законными представителями (в подразделениях, где это допускается);
- 14) обезболивание, насколько это позволяет современный уровень медицинских технологий;
- 15) получить независимое заключение о состоянии своего здоровья и провести консультацию;
- 16) имеет право отказаться от участия в образовательном процессе, а также от участия третьих лиц (курсантов) при проведении лечебно-диагностических процедур;
- 17) защита прав, осуществляемых органами здравоохранения, организациями и общественными объединениями в пределах их компетенции;
- 18) предоставить переводчика (по возможности) при наличии языкового барьера в понимании деталей оказания медицинской помощи (лечения);
- 19) подавать жалобы, предложения и замечания по оказываемым услугам через службу сопровождения пациентов или книгу жалоб и предложений;
- 20) по просьбе пациента уточнить счет, уточнить все расходы независимо от того, оплачивал ли пациент услуги самостоятельно или через другие источники. Получить ориентировочную стоимость планового лечения/диагностики до начала лечения;
- 21) определяет выбор лица, которому необходимо сообщить о состоянии своего здоровья;

ONȚŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		12 стр из 24

22) если пациент является несовершеннолетним или пациент не может реализовать свои права по состоянию здоровья, то эти права предоставляются его законному представителю;

23) включает иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

Обязанности пациента:

В обязанности пациента и его законного представителя входит:

- 1) соблюдать нормы и принципы медицинской организации; ;
- 2) обязан принимать меры для сохранения и укрепления своего здоровья;
- 3) обязан проявлять уважение и порядочность в отношениях с медицинскими работниками и пациентами;
- 4) сообщить врачу всю информацию, необходимую для диагностики и лечения заболевания (жалобы, перенесенные заболевания, прием на предыдущее лечение и прием на лечение, а также аллергию и т.п.), полностью выполнять все указания врача. прием лечащего врача после дачи согласия на медицинское вмешательство;
- 5) в процессе диагностики и лечения, а также при подозрении или подозрении на заболевания информировать медицинский персонал об изменении состояния своего здоровья;
- 6) пациент несет ответственность за отказ или невыполнение плана лечения после получения информации о последствиях этих решений;
- 7) соблюдать правила внутреннего порядка и бережно относиться к имуществу, сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинской помощи;
- 8) не совершать действий, нарушающих права других пациентов, уважать личную, конфиденциальную информацию пациентов;
- 9) обязан соблюдать правила техники безопасности, в том числе политику по борьбе с курением или иные правила обеспечения общественной безопасности;
- 10) следить за своевременным погашением финансовых обязательств перед медицинской организацией;
- 11) в неотложных случаях он обязан соблюдать очередность неотложных дел;
- 12) обязан выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

Право на отказ от медицинской помощи:

- 1) при отказе от медицинской помощи пациент или его законный представитель должны быть в доступной форме проинформированы о возможных последствиях этого отказа.
- 2) отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным представителем, а также медицинским работником;
- 3) в случае отказа пациента или его законного представителя подписать отказ от медицинской помощи в медицинской документации делается соответствующая запись и подписывается медицинским работником.
- 4) при отказе законных представителей несовершеннолетнего или недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинская организация вправе обратиться к органу опеки и попечительства и (или) в суд за защитой их жизни. интересы.

4. 4. Иллюстративные материалы: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. вовлечение пациентов и членов их семей в процесс
2. Право на отказ от медицинской помощи

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		13 стр из 24

Лекция № 4

4.1. Тема лекции: Обучение основам биомеханики и эргономики тела. Профилактика пролежней, обучение уходу за кожей. Безопасная транспортировка тяжелобольных, сопровождение, обучение родственников смене положения в постели.

4. 2. Цель:

- Знание принципов обучения пациентов
- Изучите базовые навыки консультирования, ориентированного на пациента, в симуляционных условиях и на рабочем месте.
- Изучите навыки эффективного взаимодействия с пациентами/членами медицинской бригады в симуляционных и потенциально конфликтных ситуациях на рабочем месте.

4. 3. Тезисы лекций:

Биомеханика тела – это способ удержать тело человека в равновесии при движении.

Цель биомеханики — предотвратить травмирование пациента и обслуживающего персонала.

План:

Биомеханика тела;

Основные принципы биомеханики тела;

Во избежание травм необходимо помнить следующее:

Транспортировка и перемещение больных;

Система действий по транспортировке больного на инвалидной коляске: Тройная перевозка.

Порядок транспортировки больных:

Транспортировка – перемещение и транспортировка больных к местам оказания медицинской помощи и лечения. Способ транспортировки больного из приемного отделения в лечебное определяет осматривающий врач. В транспортных средствах (тележках, носилках, носилках) должны быть простыни и одеяла.

Простыни и одеяла следует менять после каждого использования. Самостоятельное сопровождение больных из приемного отделения в отделение осуществляет младший медицинский персонал (младшие медицинские сестры, санитары).

Больных, которые не могут самостоятельно передвигаться, доставляют в палату на носилках или тележках.

Порядок транспортировки больного на носилках

Необходимое оборудование: носилки. Транспортировать больного на носилках следует, не торопясь и не трясясь, не наступая на ноги. При спуске по лестнице необходимо переместить ноги больного вперед, при этом приподнять ножную сторону носилок, а головную немного опустить (при таком удержании носилок носилки находятся в горизонтальной позиции). Здесь идущий сзади держит ручку носилок локтем, а идущий впереди поднимает ручку к плечу. При подъеме по лестнице больного следует нести головой вперед, удерживая носилки в горизонтальном положении. При этом идущий впереди держит ручку носилок локтем, а идущий сзади поднимает ручку к плечу. Порядок перекладывания больного с носилок на кровать

Головка носилок должна располагаться перпендикулярно изножью кровати. Если размеры комнаты небольшие, необходимо разместить носилки параллельно кровати.

Порядок подъема кровати: одна медсестра была готова поднять больного за голову и плечо, вторая — за бедро и верхнюю часть бедра, третья — за середину бедра и икру. При транспортировке двух фельдшеров один фельдшер поднимает шею и плечи больного, а другой поднимает больного, положив руки на талию и колени.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		80-11-2024 () 14 стр из 24

Одновременно приподнимите больного, повернитесь вместе с ним к кровати на 90° (если носилки расположены параллельно кровати - на 180°) и уложите на нее больного.

Если носилки расположены рядом с кроватью, удерживайте носилки на уровне кровати, подтяните больного к краю носилок двумя (тремя) парами, немного приподнимите и переложите больного на кровать.

Порядок помещения больного в инвалидную коляску:

Наклон коляски вперед и нажатие на лестницу коляски;

Предложите больному встать на лестницу и сопровождайте его сесть в инвалидную коляску. Проверка правильности положения руки больного – во избежание травм рука не должна выходить из места упора локтя;

Правильное восстановление коробки; Транспорт;

Функциональная кровать – это специальное устройство, состоящее из нескольких секций, с соответствующим управлением.

Положение можно изменить, повернув ручку. Головная и ножная части кровати быстро меняются в нужное положение. Эти кровати могут иметь специально встроенное оборудование: прикроватные тумбочки, подставки для бутылочек с лекарствами, места для туалета и писсуаров. В целях обеспечения удобного положения и порядка передвижения тяжелобольного пациента обязанностью лица, осуществляющего уход, является приведение функциональной кровати в удобное положение.

Способ транспортировки больного и помещения его на носилки зависит от характера заболевания и больного:

- При кровоизлиянии в мозг – следует лечь на спину;
- Если больной без сознания – необходимо повернуть голову больного набок, в случае рвоты следить, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути;
- Сердечно-сосудистая недостаточность – положение лежа, теплые одеяла, ноги.

надеть на руки грелку;

- Острая сосудистая недостаточность – положение головы больного ниже уровня стоп;
- Ожоги – лечь по возможности на здоровый бок, прикрыть обожженный поверхностный слой стерильной повязкой или стерильной марлей;
- Перелом костей черепа – лежание на спине на носилках с опущенным подголовником и без подушки; вокруг головы размещается пластина из одеяла, одежды или круг, наполненный воздухом до среднего уровня;
- Переломы позвоночного столба и позвонков – на жестких носилках голову кладут на спину, не поворачивая в сторону, а на простых носилках – относят от туловища лицом вниз;
- Перелом снарядов – осуществляется в лежачем положении;
- Перелом костей таза – раздвинуть ноги, подложить под колени подушку и носить лежа на спине;

Лица, осуществляющие уход, также могут получить травмы, если во время ухода за пациентами не соблюдаются надлежащие процедуры транспортировки пациентов. Вот почему важно использовать способ транспортировки, позволяющий снизить нагрузку на спину и позвоночник при транспортировке, перемещении и репозиции больного.

Прежде чем переместить больного, необходимо определить следующее:

- Цель перемещения
- Состояние здоровья пациента, его способность двигаться
- Наличие дополнительных механических приспособлений, помогающих передвигать больного (тонкая палка, костыль, деревянная нога)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()
Лекционный комплекс	15 стр из 24

- Назначьте супервайзера, который будет давать пациенту четкие и конкретные инструкции и объяснения. При перемещении, подъеме и изменении положения пациента обслуживающий персонал должен помнить следующие рекомендации:
- Прежде чем поднимать пациента, поместите его в безопасное и удобное положение;
- Стоять в безопасном и удобном положении, сохраняя равновесие относительно веса пациента и направления движения;
- Вес собственного тела для преодоления вибрации, вызванной резкими движениями рук. использовать, особенно когда необходимо несколько раз раскачать больного (чтобы иметь необходимую силу движения для подъема больного, следует сделать несколько раскачивающих движений и с помощью веса собственного тела высвободить силу, создаваемую движениями рук (выполнить осторожно раскачивающие движения).
- Приступая к подъему пациента, необходимо твердо стоять;
- Выберите наиболее удобное положение для удержания пациента, держите спину прямо, стойте как можно ближе к пациенту и двигайтесь синхронно с другими ассистентами. Помните, что подъем пациента может быть успешным только тогда, когда команда сотрудников работает вместе, чтобы:
- Выбрать лидера, который будет руководить командой и давать команды;
- Выберите лучший способ перемещения пациента;
- Назначьте самую тяжелую работу, а именно человека, удерживающего бедра и тело пациента (независимо от положения, это должен быть самый сильный и подготовленный специалист по уходу).

Уход за тяжелобольными пациентами – сложный и ответственный процесс. От этого зависит качество и продолжительность жизни таких пациентов. В статье мы рассмотрим, чтобы сестринский уход за лежачими больными включал в себя алгоритм, правила, особенности, а также расскажем, как старшая медицинская сестра организует правильное питание, гигиенический уход и другие реабилитационные мероприятия за тяжелобольным, предусмотренные законодательства Республики Казахстан.

У тяжелых больных возможны пролежни вследствие постоянного размозжения, местного кровообращения и нервно-трофических нарушений (некрозов) кожи и подкожного слоя и других мягких тканей. Синяки часто встречаются на лодыжках, локтях, пятках, локтях, бедрах, коленях и т. д.

Места, уязвимые для пролежней: затылок, большеберцовая кость, большеберцовая кость, большой бугорок, пятка, голень, наружная часть лодыжки, затылок, колено, локоть.

Дистрофические, изъязвленно-некротические изменения кожи, вызванные длительным сдавлением подкожного слоя и мягких тканей, нарушением местного кровообращения. Причиной появления щелей является плохой уход за тяжелобольными пациентами, мокрое, грязное нижнее белье, складки кровати и мусор, грязная кожа. На первых стадиях пораженный участок натирают 5-10% раствором йода, 1% бриллиантовой зеленью и проводят физиотерапевтическое лечение. Выполняется асептическое перевязывания. При появлении пролежней протрите их 5-10% раствором марганцовки, маслом Вишневского, синтомицином и т. д. надо привязывать. Чтобы здоровье пациента не ухудшилось, необходимо заранее оградить его от различных дополнительных заболеваний. Например, если больной человек в больнице или дома будет соблюдать личную чистоту, то этот больной обязательно быстрее выздоровеет. Чем тяжелее состояние больного человека, тем труднее за ним ухаживать. При плохом уходе за больным и сильном ослаблении организма на теле вырезаются точки давления.

1. Изменение положения больного в постели каждые 2 часа.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		16 стр из 24

2. Постоянно следить за состоянием постельного и нижнего белья, расправлять покрывала, немедленно менять мокрое и грязное белье.

3. Кожу 2-3 раза в день мыть холодной водой с мылом, вытирать полотенцем, смоченным камфорным спиртом или одеколоном, присыпать присыпкой.

4. Использование резинок.

5. Своевременно купать больных и стирать нижнее белье после каждого туалета.

Сначала появляется бледность, затем покраснение кожи, боль, отек, затем развиваются раны и заживление с вовлечением костной оболочки. Инфекция может распространиться через поврежденную кожу, что может привести к образованию гноя и кровотечению (сепсис).

Меры предосторожности, которые необходимо принять для предотвращения повреждения кожи

1. Каждые 2 часа больного следует брить в течение нескольких минут;

2. Кровать больного не должна иметь складок на белье. Для этого лучше 2-3 раза в день постирать и поставить его грядку.

3. Медицинская сестра должна постоянно следить за чистотой кожи больного и наличием изменений на коже. Особенно важно не упускать из виду упомянутые выше опасные участки раннего повреждения кожи.

4. Если цвет кожи изменится и появятся первые признаки раны, то промойте рану холодной водой с мылом, высушите, а затем протрите спиртом.

5. Под тазовую кость наматываем круглую резинку, на пятках и локтях обматываем вату марлей и делаем круглую подушку.

6. Если на коже начинают проявляться первые признаки язвы, т. е. кожа начинает краснеть, то покрасневший участок следует протереть 5-10% марганцовкой или 10% камфорным спиртом, или 0,5% музарным спиртом или 1% салициловый спирт 1-2 раза в день.

Уход за кожей и профилактика ран Уход за кожей играет важную роль в уходе за пациентами, особенно за пациентами в критическом состоянии. Его чистота и целостность считаются очень важными условиями. Функция сальных и кожных желез очень важна для поддержания мягкости и эластичности кожи. Однако кожный жир и жир накапливаются на поверхности кожи и загрязняют ее. Вместе с жиром и кожей на коже скапливается пыль и микроорганизмы. Кожа чешется из-за грязи, появляются расцарапанные участки (расцарапанная кожа), то есть нарушается целостность кожи. Это, в свою очередь, создает условия для проникновения микробов глубже в верхний слой кожи. В связи с этим медицинская сестра контролирует соблюдение пациентом правил личной гигиены и помогает выполнять действия по поддержанию чистоты кожи. Медицинская сестра должна составить и внедрить график гигиенических ванн для самостоятельного хождения больных, смены постельного белья и нижнего белья. Кожу больного следует протирать два раза в день полотенцем, смоченным в теплой воде или растворе антисептика (10% раствор камфорного спирта или 70% этиловый спирт). Для протирания слоев кожи под молочными железами, шеи больной, наружной части уха, спины, передней части грудной клетки и подмышки один конец платка обмакивают в стерильный раствор, осторожно отжимают, и вытер. Затем его сушат в таком порядке.. Уход за глазами, ушами, носом и полостью рта Уход за полостью рта В полости рта скапливается множество микробов, они могут вызвать заболевания полости рта и ухудшить общее состояние организма человека. когда организм ослаблен. У больных в тяжелом состоянии часто развивается стоматит (воспаление слизистой оболочки полости рта). Во время еды возникают боль, слюнотечение и повышение температуры. Причиной тому является плохой уход за полостью рта. Иногда у больных могут наблюдаться сухость губ, болезненность кожи в

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		17 стр из 24

углах рта. Чтобы облегчить состояние больного, можно положить на губы марлевую салфетку, смоченную водой, а затем смазать губы.

4. 4. Иллюстративные материалы: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Косвенная обратная связь.
2. Социально-культурные препятствия в обучении пациентов.

Лекция №5

4. 1. Тема лекции: Виды психологических реакций больных на заболевание – симуляция, притворство, обострение, реакция «поддаться болезни».

4. 2. Цель:

- Знание принципов обучения пациентов
- Изучите базовые навыки консультирования, ориентированного на пациента, в симуляционных условиях и на рабочем месте.
- Изучите навыки эффективного взаимодействия с пациентами/членами медицинской бригады в симуляционных и потенциально конфликтных ситуациях на рабочем месте.

4. 3. Тезисы лекций:

Стресс – это особое состояние человека, которое представляет собой общее слово, включающее в себя несколько значений, таких как сильная депрессия, растерянность и чрезмерное напряжение. Впервые это понятие в науку ввел канадский физиолог Ганс Селье. По его определению, стресс – это установка. аномальных приспособительных действий организма в ответ на весьма негативные воздействия. Наблюдаются несколько видов стресса в зависимости от индивидуальных особенностей, характера, видов верхней нервной деятельности.

Стресс состоит из трех стадий: 1) Паника – первая стадия реакции, возникающая в момент воздействия негативного раздражителя. Возникает чувство растерянности; 2) Толерантность – не поддаваясь негативному раздражителю, рождается реакция переносить его. В это время под влиянием гипоталамо-гипофизарной системы в крови быстро увеличивается количество гормонов надпочечников. Под влиянием симпатической нервной системы ритм сердца бьется быстрее, а ритм дыхания учащается. Увеличивается способность мышц сокращаться; 3) Ослабление – способность фонда адаптации снижается и истощается, поэтому в психологии возникает дезадаптация (ухудшение адаптации). Тяжелая форма стресса, продолжающаяся длительное время, вызывает у человека тревогу и депрессию. Убеждение 1) Это форма воздействия на человека словами, пропагандой. На человека влияют действия других людей в различных ситуациях. В результате в сознании человека могут рождаться мнения, противоречащие его прежним убеждениям и установкам, повседневным привычкам. 2) в медицине – особый вид лечения путем воздействия на психику человека. Если человек становится податливым в молодости, получает образование и проходит школу жизни, то по мере взросления податливость в нем уменьшается. Чтобы правильно провести лечение, необходимо знать особенности характера больного и течение заболевания. Гибкость больного зависит от особенностей его высшей нервной системы. Уязвимость часто наблюдается у впечатлительных, капризных или слабых, уставших людей. Различают прямой (воздействие прямым словом) и косвенный (путем демонстрации больному хорошего действия лекарств и различных лечебных мероприятий) виды воздействия. Повторяя слова и фразы, врач вводит больного в гипнотическое состояние и вызывает ощущение

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		18 стр из 24

сна. Во время гипноза слова, произносимые врачом нормальным коричневым голосом, приятны для ушей, ласкают тело больного, приобретая синеву. включать и выключать свет, представляя себе шум дождя и т. д. Перемещает пациента.

Депрессивные пациенты. Депрессия – это потеря жизненных перспектив с психологической точки зрения. Слабость, усталость, потеря веса, неведомая боль – симптомы депрессии. Мечты о нормальном будущем и построение планов придают жизни смысл. Человек в состоянии депрессии теряет перспективу жизни, жизнь кажется ему бессмысленной.

Тревожные больные всегда много беспокоятся о будущих проблемах и решении проблем. Особое внимание они уделяют осложнениям заболевания, рецидивам (рецидивам), негативным последствиям приема лекарств. Больной смотрит на все ситуации со скепсисом и просит дополнительного обследования со стороны врача и медицинского персонала. Тревожные больные сомневаются в правильности лечебных мероприятий, поэтому создают психологические трудности при излечении какого-либо заболевания.

Молчаливые пациенты Неопытный врач может чувствовать себя некомфортно, когда пациент молчит и прерывает беседу, думая, что разговор следует продолжить. Молчание пациента имеет свое значение и значение. Больные молчат лишь на короткое время во время предъявления им симптомов, потому что думают о том, стоит ли сообщать врачу, прежде чем сообщать какую-либо информацию. У депрессивных больных или людей с деменцией нарушается спонтанное выражение эмоций, они дают короткие ответы на вопросы и быстро замолкают. Если врач заметил подобные симптомы, лучше обратить особое внимание на психологический статус пациента.

Врач должен суметь понять душу больного, если он обнаружит страх больного. Врач должен утешать пациентов, которых одолевает страх. Прежде всего необходимо выяснить, что беспокоит пациента. Это поможет пациенту развить уверенность в себе.

4. 4. Иллюстративные материалы: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Личностные характеристики пациентов.
2. Понимание медицинских инструкций и информации.

Лекция №6

4. 1. Тема лекции: Обучение пациентов и их родственников провести оценку функционального состояния. Оценка удовлетворенности пациентов работой врача.

4. 2. Цель:

- Знание принципов обучения пациентов
 - Изучите базовые навыки консультирования, ориентированного на пациента, симуляционных условиях и на рабочем месте.
 - Изучите навыки эффективного взаимодействия с пациентами/членами медицинской бригады
- в симуляционных и потенциально конфликтных ситуациях на рабочем месте.

4. 3. Тезисы лекций:

Лихорадка – температура тела выше 37 градусов. На коже развивается как реакция на внешние и внутренние раздражители, активная защитно-приспособительная реакция организма, в состав которой часто входят пирогенные вещества. Это микробы, сыворотки, вакцины, внутренние кровотечения при травмах, некрозы, продукты распада тканей организма. в зависимости от степени повышения температуры: переохладение ниже -36

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		80-11-2024 () 19 стр из 24

°C; Нормальная – 36,0 – 36,9°C; Субфебрильная от –37,1 до 37,9°C; Фебрильная – от 38,0 до 39,0°C; Жареные (высокие) – от 39,1 до 40,9°C; Гиперпиретический (очень высокий) выше –41°C. Термометр Термометр (греч. θερμη — тепло; модель: лан-эль2 — измеряю) — прибор для измерения температуры тела, вещества или воздуха. Галилео Галилей считается изобретателем термометра. В его трудах нет конкретного описания термометра, но его ученики Нелли и Вивиани заметили, что Галилей в 1597 году построил нечто похожее на термоброскоп. В это время Галилей изучал труды Герона Александрийского, в которых имеется описание прибора, подобного его собственному, но не для измерения температуры тел, а для повышения температуры воды путем нагревания. Конструкция термоскопа представляла собой стеклянный шарик, приклеенный к трубке. Шарик слегка нагревают и конец трубки погружают в емкость, наполненную водой. Через некоторое время воздух внутри шара остывает, его давление падает, и вода поднимается по трубке вверх за счет атмосферного давления. Через некоторое время температура воздуха внутри шара снижается и уровень воды начинает падать. С помощью термоскопа можно было узнать только уровень теплоты тела, числовое значение температуры узнать не удалось, так как не было шкалы. Кроме того, уровень воды зависит не только от температуры тела, но и от атмосферного давления. Виды термометров: 1. Механические термометры 2. Термометры, работающие с жидкостями 3. Электрические термометры 4. Инфракрасные термометры 5. Термолинейные

Описание лихорадки I стадии: повышение температуры. Жалобы больного: головная боль, потеря костной массы, слабость, озноб. Кожаные чехлы: в форме «Птичьей шкуры». Состояние сознания: без изменений. Коэффициент тепловыделения и теплоотдачи. Выделение тепла имеет приоритет над рассеиванием тепла. Алгоритм ухода за больным: а) согревание больного; б) накрыть теплым одеялом; б) надеть грелку на ногу; в) подача горячего сладкого чая. II стадия: постоянная температура. Жалобы больного: головная боль, потеря костной массы, жажда, сухость во рту. Кожа: лицо становится красным, кожа горячая, слизистая рта сухая, губы красные. Состояние сознания: могут возникнуть галлюцинации, бред. Соотношение тепловыделения и тепловыделения: равновесие. Алгоритм ухода за пациентом: компресс на лоб или пакет со льдом; положить протереть кожу холодной водой с уксусом; укутывание одеялом, смоченным холодной водой; пить витаминизированный холодный напиток; промывание кремового слоя полости рта; смазывание губ вазелином; III стадия: температурный перепад-кризис. Жалобы больного: слабость, головокружение. Кожа: бледная, холодная, покрыта липким потом. Состояние сознания: спокойное, иногда теряет сознание. Соотношение тепловыделения и теплоотдачи. Алгоритм ухода за больным: поднять изножье кровати и убрать подушку; Вызовите врача; подача кофе или горячего чая; плотно закрыть больного; Приготовление 1 мл 10% раствора сульфата и 10% кофеин-бензоата натрия для инъекций под кожу; Артериальный пульс (РС) Это ритмичное движение стенок артерий в результате перекачивания крови в артериальную систему. С целью диагностики пульс можно определить и на других кровеносных сосудах. В сонной артерии. Необходимо проверять пульс поочередно с обеих сторон, не пережимая артерию. На бедренной артерии пульс проверяют в районе бедра, слегка повернутого наружу. В коленной артерии. Пульс проверяют в коленной ямке в положении больного лежа. Пульс на наружной бедренной артерии проверяют путем сдавливания внутренней лодыжки. На артерии наружной стороны стопы пульс проверяют на наружной стороне проксимального отдела подошвы первого межреберья. Алгоритм действий по определению пульса на артерии запястья: Придерживайте запястный сустав пальцами правой руки. Поместите первый палец на внешнюю сторону запястья. Дотроньтесь 2-4 пальцами до ритмичной лучевой артерии и надавите на кость запястья. Определить характеристики пульсовых волн в течение 1 минуты. Пульс на артерии запястья следует определять одновременно,

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		20 стр из 24

сравнивая их. В норме они должны быть равномерными. При определении пульса полученные показатели записывают в историю болезни или в амбулаторную карту. На температурном листе отмечают буквой Р (пульс) каждый день красным карандашом. Частота пульса 60-72 раза в минуту. . Артериальное давление Артериальное давление – это давление крови на стенки артерий: Оно зависит от перекачиваемого объема сердца и тонуса артериальной стенки. Систолическое давление 100–140 мм. Диастолическое давление 60–90 мм. Прибор для измерения артериального давления: сфигмоманометр (тонометр).).

Расчет дыхательных движений: 1. Объясните больному ход процедуры, получите его согласие. 2. Обеззараживание рук на гигиеническом уровне. 3. Уложить больного в удобное положение (лежа), чтобы были видны грудная клетка и живот. 4. Держите руку больного так, чтобы определить пульс на артерии запястья (для отвлечения внимания больного). 5. Положите другую руку на грудную клетку (грудное дыхание) или на эпигастральную область (животное дыхание). 6. Подсчитайте количество дыхательных движений (вдохов и выдохов) за одну минуту. 7. Оценить частоту дыхательных движений. 8. Сообщите пациенту результаты ТАС. 9. Вымойте и высушите руки. 10. Запишите информацию на бланке. Дыхание Чейна-Стокса характеризуется постепенным увеличением глубины дыхания, постепенно возрастающей до максимальной, затем постепенно снижающейся и переходящей в паузу - апноэ (от 0,5 до 1). Наблюдаются нарушения кровообращения, кровоизлияние в мозг, менингит, опухоль головного мозга, тяжелая интоксикация при химических отравлениях и другие. Дыхание Био характеризуется внезапной паузой длительностью до минуты, дыхание нормального типа, закономерности между количеством вдохов и продолжительностью паузы нет. Наблюдается при опухоли головного мозга, менингите, менингоэнцефалите, диабетической коме. Дыхание Куссмауля характеризуется одиночным редким, шумным и глубоким вдохом. Основным пороком развития, вызывающим этот тип дыхания, является ацидоз: диабетическая кома, ацетонемическая рвота, метаболический ацидоз. Подсчитайте количество дыхательных движений (вдохов и выдохов) незаметно для пациента. - Количество дыхательных движений за одну минуту называется частотой дыхания (РА). Нормальная частота дыхания здорового взрослого человека составляет 16-20 раз в минуту в состоянии покоя. частота дыхания более 16-20 раз в 1 минуту называется тахипноэ, а менее частая — брадипноэ.

4. 4. Иллюстративные материалы: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

1. Каныбеков, А. Деятельность медицинских сестер сестринских и перевязочных: учебник. / А. Каныбеков, А. Каныбекова. – Алматы: Эверо, 2017. – 200 с. с.
2. Адилова, Л. М. Алгоритмы манипулятивных действий медицинской сестры: учебное пособие = Алгоритмы сестринских манипуляций: учебное пособие/- М.: «Литтерра», 2016. – 248 с.
3. Организация специализированной сестринской помощи. Учебник для вузов и школ / Н. Ю. Корягина [ю. п.]; ред. и т. д. З. Э. Сопина; ответственный ред. С. К. Муратбекова; ауд на гусиный язык. А. Р. Куспанова, Б. Т. Алпыспаева; Образование и наука РФ. министерство. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 432 с.
- 3.10.1 Дополнительная литература
 1. Справочник старшей (главной) медицинской сестры: справочник. поиск / авт.-сост. В. Евплов. - 8-е исследование, мяч. и перераб. - Ростов, н/д: Феникс, 2009.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		21 стр из 24

2. Паллиативная помощь: учебно-методический инструментарий / А. А. Сейдахметова [и др.]. – Шымкент: ЮКМА, 2016. – 101 с.

3. Нурманова, М. Ш. Сборник стандартов сестринских технологий по дисциплине «Основы сестринского дела» - Караганда: ЖК «Акнур», 2013 г.

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Обучение уходу за тяжелобольными пациентами.

2. Планируйте процессы обучения пациентов.



Кафедра «Сестринское дело-2»

Лекционный комплекс

80-11-2024 ()

22 стр из 24



