

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

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 5AB09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Форма обучения: очное

Нормативный срок обучения: 1 года 6 месяцев

Индекс циклов и дисциплин: СД 11

Курс: 2

Семестр: 3

Дисциплина: «Специализированная сестринский уход и доказательный практика»

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	2 стр. из 28	

Рассмотрено и утверждено на заседании кафедры.

Протокол № 1 « 27 » 08 2024г.

Заведующий кафедрой  Серикова Б. Д.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	3 стр. из 28	

№1 лекция

1. Тема: Введение. Специализированная (узкоспециализированная) помощь, методы сестринского ухода за больными в различных лечебно-профилактических организациях.

2. Цель: Дать студентам представление о специализированной (узкоспециализированной) помощи.

3. Тезисы лекции:

- Виды медицинской помощи.
- Специализированная медицинская помощь.
- Виды и объемы узкоспециализированной медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь - медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

Узкоспециализированная медицинская помощь медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами в медицинских организациях, определяемых уполномоченным органом, при заболеваниях, требующих использования новейших технологий диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

К медико-социальной помощи относится медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами гражданам, больным социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Республики Казахстан. Наиболее распространенной формой медицинской помощи является первичная медицинская помощь (ПМСП). Это основной, доступный и бесплатный вид медицинского обслуживания для каждого гражданина.

Виды медицинской помощи

В Кодексе Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «о здоровье народа и системе здравоохранения» основные виды медицинской помощи классифицированы следующим образом:

- доврачебная медицинская помощь;
- квалифицированная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;
- высокоспециализированная медицинская помощь;
- медико-социальная помощь.

Общие положения

Настоящие Правила определяют порядок оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи населению, а также взаимодействие органов и организаций, ответственных за ее осуществление, на разных этапах. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

Предельные объемы СМП-общее количество случаев госпитализации за год или иной отчетный период по отчетным формам, выданным, включая случаи некачественного оказания медицинской помощи, не подлежащей оплате.

Порядок оказания специализированной медицинской помощи

Специализированная медицинская помощь оказывается многопрофильным медицинским организации консультативно-диагностической, стационарозамещающей помощи или в форме стационарной медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями здравоохранения независимо от форм собственности, имеющими лицензию на соответствующую медицинскую и врачебную деятельность, выданную в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	4 стр. из 28	

При затруднениях в идентификации диагноза, а также при иных показаниях организуется консилиум на любом уровне оказания специализированной медицинской помощи, в том числе при невозможности транспортировки больного, с привлечением необходимых специалистов, включая консультанта республиканского уровня.

Специализированной вне гарантированного объема бесплатной медицинской помощи медицинская помощь в соответствии с законодательством Республики Казахстан на платной основе может быть показано.

Специализированную медицинскую помощь должны оказывать врачи, прошедшие профильную специализацию и имеющие необходимую специализацию в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Специализированный, включая лабораторно-диагностические методы исследования периодическими протоколами диагностики и лечения объема медицинской помощи

Виды специализированной медицинской помощи

В организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, в зависимости от врачебных специальностей подразделяются на терапевтический, хирургический, педиатрический и акушерско-гинекологический профили.

Терапевтический профиль включает в себя: терапию, аллергологию, гастроэнтерологию, гематологию, Нефрологию, кардиологию, кардиоревматологию, пульмонологию, эндокринологию, психиатрию, психотерапию, медицинскую психологию, неврологию, терапевтическую стоматологию, сексопатологию, реабилитологию, профессию

патология, трудотерапия, наркология, фтизиатрия, геронтология-гериатрия, гирудотерапия, токсикология, лечебная физкультура, диетология, Радиология, Су-джок-терапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, гомеопатия, дермато-венерология, дермато-косметология, парные болезни, иммунология, лепрология.

Хирургический профиль включает в себя: хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия, эндоскопия, онкология, андрология, травматология и ортопедия, камбустиология, урология, андрология, оториноларингология, офтальмология, проктология, маммология, хирургическая стоматология, ортодонтическая стоматология, ортопедическая стоматология, челюстно-лицевая хирургия, трансплантология, экстракорпоральная детоксикация, гипербарическая оксигенация, токсикология, анестезиология и реаниматология.

Детский профиль включает: педиатрию, фтизиопедиатрию, детскую анестезиологию и реаниматологию, детскую хирургию, детскую нейрохирургию, детскую эндоскопию, детскую травматологию и ортопедию, детскую камбустиологию, детскую трансплантологию, детскую экстракорпоральную детоксикацию, детскую аллергологию, медицинскую генетику, детскую кардиоревматологию, инфекционные заболевания у детей, детскую иммунологию, детскую онкологию, детскую онкогематологию, детская неврология, детская нефрология, детская эндокринология, Детская психиатрия, детская Токсикология, детская гипербарическая оксигенация, детская Пульмонология, детская Гастроэнтерология, детская Оториноларингология, детская офтальмология, детская стоматология, включая ортопедию и ортодонтию, детская челюстно-лицевая хирургия, детская урология, детско-юношеская гинекология, детская дерматовенерология, подростковая Наркология, подростковая терапия, детская Реабилитология, неонатология.

Акушерско-гинекологический профиль включает: гинекологию, акушерство, неонатологию, медицинскую генетику, высокие репродуктивные технологии.

Виды специализированной медицинской помощи населению зависят от профиля и вида медицинской организации и определяются протоколами.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	5 стр. из 28

Специализированная медицинская помощь амбулаторно-поликлинического уровня

Специализированная медицинская помощь населению амбулаторно-поликлинического уровня при заболеваниях, требующих использования специальных методов диагностики, лечения и сложных медицинских технологий, амбулаторно-поликлинические организации оказывают помощь.

Специализированная медицинская помощь населению амбулаторно-поликлинического уровня оказывается по принципу стационарозамещающих технологий.

В случае необходимости направления больного на стационарное лечение врач амбулаторно-поликлинической организации выдает направление на госпитализацию с указанием полного диагноза, его результатов, если пациент прошел лабораторный осмотр и лечение.

Итоги оценки и анализа качества медицинских услуг по оказанию ММК в медицинских организациях оформляются в виде акта, утверждаемого руководителями территориальных подразделений государственного органа по оценке качества медицинской и фармацевтической деятельности.

Возмещение расходов медицинских организаций по оказанию ГМК утверждено за счет средств республиканского бюджета на основании акта выполненных работ, сданного в уполномоченный орган.

Специализированная медицинская помощь стационарного уровня

Специализированная медицинская помощь населению стационарного уровня при заболеваниях, требующих метода диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий, медицинские организации указывают. При необходимости оказания пациенту специализированной медицинской помощи он направляется в организацию здравоохранения соответствующего профиля (специализированную).

Виды и объем узкоспециализированной медицинской помощи

1.Высокоспециализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами в медицинских организациях, определяемых уполномоченным органом, при заболеваниях, требующих использования новейших технологий диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

2.Виды высокоспециализированной медицинской помощи подразделяются на терапевтический, хирургический, педиатрический и акушерско-гинекологический профили и утверждаются уполномоченным органом в области здравоохранения.

3.Объем высокоспециализированной медицинской помощи пациентам определяется по медицинским показаниям на основе профилактических, диагностических и лечебных мероприятий с наиболее доказанной эффективностью.

4.**Наглядные материалы:** 15-20 слайдов

5. **Литература:** Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Какие виды медицинской помощи существуют?
- Что такое специализированная медицинская помощь?
- Виды и объемы узкоспециализированной медицинской помощи?

№2 лекция

1.**Тема:** Организация специализированной сестринской помощи больным туберкулезом.

2.**Цель:** Обучение студентов организации специализированной сестринской помощи больным туберкулезом.

3.Тезисы лекции:

- Туберкулезная болезнь.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	6 стр. из 28

- Профилактика туберкулеза.
- Роль медицинской сестры в работе с больными туберкулезом.

Приказ и. о. министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22 августа 2014 года №19 «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый третий житель земного шара заражается микобактериями туберкулеза. Ежегодно в мире туберкулезом заболевают 8 млн 400 тыс. человек и заболевают 2 млн человек. оказывается, человек прощается со своей жизнью. Если говорить о том, что каждый пациент, не получающий лечения, успевает заразиться от 10 до 15 человек, то в мире каждую минуту 1 человек попадает в ловушку этого кесарева сечения. Но только в организме 5-10 процентов, инфицированных могут развиваться бактерии туберкулеза. Медициной республики обеспокоен тот факт, что 75 процентов больных туберкулезом составляют люди в возрасте от 20 до 40 лет. Во всем мире в 2013 году 1,5 миллиона человек во всем мире туберкулез болезнь убила 9 миллионов человек. За последние 2 года число погибших снизилось.

Туберкулез это инфекционное заболевание, которое передается воздушно-капельным путем и развивается, когда бактерии туберкулеза попадают в организм. Хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями.

Возбудитель-палочка Коха.

В первую очередь поражаются легкие, а иногда и другие органы.

Источником заражения является человек, больной туберкулезом.

Виды туберкулеза

Открытый

В открытой форме мокрота содержит туберкулезные палочки, поэтому люди с этим типом туберкулеза считаются очень опасными.

Закрытый

А в закрытом виде в мокроте нет туберкулезных палочек, но если болезнь прогрессирует, больные с этим типом туберкулеза также заражаются.

Туберкулезные палочки поражают различные органы, чаще всего легкие.

Этиология

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ:

Триггерный фактор –

Ослабление иммунитета.

- Полноценное, гармоничное питание.
- Сопутствующие тяжелые заболевания
- (ВИЧ, диабет, язвенные заболевания и другие);
- простуда;
- вредные привычки;
- хронические стрессовые состояния.

Патогенез.

Возбудитель проникает через дыхательные пути, слизистые оболочки и раны на коже. Первым очагом являются лимфатические железы легкого или кишечного тракта.

Эпидемиология туберкулеза

Источником инфекции является больной человек.

Пути передачи

- экзогенные (воздушно-капельные, воздушно-капельные), бытовые, алиментарные, половые,
- эндогенный-через кровь и лимфу. Туберкулез-хроническая остающаяся инфекция.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	7 стр. из 28	

Клиника:

- кашель более двух недель;
- слабость;
- повышение температуры тела;
- тершенский;
- ухудшение аппетита;
- выгрузка;
- усталость;
- смешанная мокрота крови;
- боль в груди.

Диагностика

Предметы исследования: мокрота, моча, кал, кровь и т.д. способы исследования: микроскопические (простые, люминисцентные) микробиологические (выделение чистой культуры) биологические серологические (используются редко)

аллергологические (тесты Манту, Пирке)

Экспресс (экстренная) диагностика-ИФР

(РИФ).ПЦР (ПЦР)

Профилактика туберкулеза

- Вести здоровый образ жизни, то есть заниматься спортом
- Эффективное и питательное питание(мясо, молоко и молочные продукты, рыба, зерновые продукты, овощи, фрукты)
- Отказ от употребления вредных водок и табака,наркотиков
- Поддержание чистоты окружающей среды и личности
- Использование средств личной гигиены и посуды
- Проходить рентген два раза в год
- Обязательная вакцинация БЦЖ и ревакцина после рождения ребенка
- Соблюдайте меры предосторожности при общении с болезнями (частое проветривание помещения, ношение масок и т.д.)

Работа с больными туберкулезом роль медицинской сестры

Медсестра, работающая с больными туберкулезом, должна быть очень внимательной и очень устойчивой. Пациентам необходимо разъяснить важность проводимого лечения. При соблюдении пациентом личной гигиены роль медсестры является исключительной.

В обязанности медицинской сестры входит правильное выполнение назначения врача. Все лекарства необходимо своевременно принимать пациенту (до еды, после еды). Пациент должен принимать лекарства в присутствии медсестры. Медсестра несет ответственность за своевременный правильный прием лекарств пациентом.

Обучение пациентов с туберкулезом соблюдению личной гигиены при кашле и отхаркивании

- Единственным источником заражения туберкулезом является мокрота.
- Поскольку путь передачи туберкулеза воздушно-капельный, возбудители туберкулеза очень устойчивы в окружающей среде, долго сохраняются (месяцами, годами) главным гигиена считается при кашле и отхаркивании.
- При кашле и чихании больному туберкулезом необходимо отвернуть голову от сидящих рядом людей и закрыть рот, нос беторамалом.
- Для правильного сбора мокроты пациентам дают два срыгивания.

Первый-для использования, второй-для дезинфекции. Рот плевателей обязательно должен быть закрыт. Региональная медсестра должна объяснить пациенту правила использования

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	8 стр. из 28

плевательницы. Пациенту необходимо везде использовать плевательницу. Чтобы мокрота не прилипла к стенкам плевательницы, необходимо наполнить 1/3 плевательницы дезинфицирующей жидкостью или водой.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Туберкулез какое заболевание.?
- Работа с больными туберкулезом.
- Оказание специализированного сестринского ухода больным туберкулезом.

№3 Лекция

1. Тема: Организация специализированной сестринской помощи неврологическим больным.

2. Цель: Разъяснение студентам специализированной сестринской помощи неврологическим больным.

3. Тезисы лекции:

- Сестринское дело в неврологии.
- Организация оказания медицинской помощи больному в неврологической практике.

Сестринское дело в неврологии. Организация оказания медицинской помощи больному в неврологической практике.

Ознакомление с организацией работы медицинской сестры в отделении неврологии, ведение медицинской документации.

Выполнение этапов сестринского процесса.

Сестринская диагностика неврологических пациентов.

Исследование неврологических состояний двигательных, сенсорных, вегетативных и высших нарушений функции головного мозга, выявление нарушений функции распознавания у больных (нарушения чувствительности, восприятия, мышления); определение функции анализаторов; уход за больными.

Соблюдение этических и юридических аспектов в оказании помощи неврологическим пациентам. Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в стационаре.

Организация подготовки больных к лабораторным и инструментальным методам исследования. Эффективное общение с больным и его родственниками, направленное на улучшение состояния больного.

Организация оказания медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями периферической нервной системы.

Подготовка пациента к рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Изучение неврологического статуса нарушений движений, чувствительности, вегетативной и верхней функции мозга.

Изучение неврологических проявлений остеохондрозов шейного, грудного и пояснично-крестцового уровней позвонков.

Выявление болевых точек и симптомов при остеохондрозах. Перевозка больных. Подготовка твердой подстилки.

Назначение и применение функциональной кровати. Определение функции лицевого нерва. Уход за больными, страдающими двигательными расстройствами. Выполнение процедур по стандарту.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	9 стр. из 28	

Организация оказания медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями вегетативной нервной системы.

Работа в отделении неврологии, курирование больных, сбор жалоб, анамнеза больных. Оказание помощи в экстренных случаях. Подготовка пациентов к дополнительным методам исследования. Уход за больными, страдающими заболеваниями вегетативной нервной системы.

Организация оказания медицинской помощи больным, больным инфекционными заболеваниями нервной системы.

Работа в стационаре. Подготовка больного к дополнительным методам исследования. Подготовка оборудования для люмбальной пункции, уход за пациентом, перенесшим люмбальную пункцию, анализ состава ликвора в нормальных и патологических условиях. Проведение профилактических мероприятий. Дезинфекция предметов, необходимых для ухода за больными, больными заболеваниями нервной системы. Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в отделении. Оказание помощи больному. Выполнение процедуры по стандарту.

Организация оказания медицинской помощи больным с травмами центральной нервной системы.

Работа в неврологическом отделении.

Выявление психических расстройств при черепно-мозговых травмах, уход за больными с травмами ОНЖ, оказание первой медицинской помощи.

Перевозка больных. Уход за детьми с травмами ЦНС. Уход за детьми, рожденными с асфиксией, акушерским параличом.

Уход за пациентами с осложнениями черепно-мозговых травм. Уход за пациентами с травмами спинного мозга.

Выполнение процедур по стандарту.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Уход за неврологическими пациентами.
- Организация оказания медицинской помощи больным, больным инфекционными заболеваниями нервной системы.

№4 Лекция

1. Тема: Организация специализированной сестринской помощи инсультным больным.

2. Цель: Разъяснение студентам процесса специализированной сестринской помощи пациентам, перенесшим инсульт.

3. Тезисы лекции:

- Понятие инсульта.
- Сестринский уход при инсульте.

Инсульт (лат. insultus-шок, сдавление, инсульт) - внезапное нарушение поражения мозговой ткани, ее функции, кровообращения в головном мозге; вследствие этого кровь перекачивается в мозг, или мозговые сосуды блокируются (тромбоз).

Риск инсульта головного мозга факт

- 1) повышение артериального давления – ПФ (50%);
- 2) сахарный диабет (8%);
- 3) кесарево сечение сердца (7-33%);
- 4) курение, Курение,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	10 стр. из 28	

- 5) чрезмерное употребление алкоголя (29,6%);
- 6) психоэмоциональное обострение (76%);
- 7) Гипокинезия (36%);
- 8) ожирение (23%).

Ишемический инсульт является результатом тромбоза или эмболии сосудов головного мозга. Часто наблюдается тромбоз внутренней сонной артерии, среднего мозга или основной артерии.

Геморрагический инсульт развивается в результате разрыва сосудов, разрыва аневризмы или вазомоторных нарушений (дистония сосудов).

Клиника

Пациент не может правильно смеяться. Один угол губ опускается вниз.

Пациент не может правильно говорить. Речь будет медленной, непонятной.

Паралич пораженной части, слабость в руках, ногах, пациент не может одновременно поднять одну из двух рук.

При обнаружении этих трех симптомов следует немедленно вызвать скорую помощь.

Клиническая картина:

- Нарушение связывания
- Неизвестная интенсивная головная боль
- Нарушения движений рук, ног
- Головокружение
- Обеспечить больного необходимым свежим воздухом. Для этого расстегните пояс и воротник рубашки или снимите толстую одежду. В здании открываем окно и форточку (форточку).

Сестринский уход при геморрагическом инсульте.

Медсестра выполняет указания врача.

Медсестра контролирует гемодинамику пациента

Оценка ад, сознания, контроль пульса, температуры, диуреза/

Дыхание, контроль дыхательной проводимости вовремя, профилактика рвоты при коме.

Проблемы у больного при геморрагическом инсульте:

Действия медсестры:

Нарушения дыхания.

Удаление зубного протеза.

Установка эндотрахеальной трубки.

Изменение положения больного в постели.

Выполнять дыхательную гимнастику.

Расстройство глотания.

При бессознательном состоянии/ коме/ состоянии пациента или отсутствии глотательного рефлекса пища подается через назогастральный зонд.

Контроль температуры тела пациента при нарушении терморегуляции. Отслеживание комнатной температуры.

Проветривание помещения каждые 2 часа. На больного не прикладывают толстую вуаль.

Восстановление движений.

Выполнять физические упражнения вместе с пациентом по назначению врача.

Восстановление сайлентблока.

Работа с логопедом.

Восстановление самообслуживания.

Восстановление навыков ухода за собой.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	11 стр. из 28	

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что такое Инсульт?
- Сестринский уход при геморрагическом инсульте.
- Профилактика.

№5 лекция

1.Тема: Специализированная сестринская помощь пациентам хирургического профиля.

2.Цель: Обучение студентов специализированной сестринской помощи, оказываемой пациентам хирургического профиля.

3.Тезисы лекции:

- Особенности организации хирургической помощи.
- Хирургические заболевания, требующие неотложной медицинской помощи.
- Виды хирургической помощи.
- Особенности оказания помощи хирургическим больным в условиях ПМСП.

В последнее время в практической работе врача появилось много нюансов.

Закон, социально-экономические законы, связанные с медицинской помощью, претерпели изменения. Работа здравоохранения в Республике Казахстан была направлена на совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи с экономической точки зрения по конференции до В 1978 году в г. Алматы. Особенности организации данной работы основаны на повышении прав пациентов и здоровья населения.

Одним из важных направлений в здравоохранении является внедрение института врачей общей практики. Врачи общей практики в настоящее время играют ключевую роль в оказании первичной медико – санитарной помощи. Основная работа врачей: профилактическая работа, удешевление лечебного процесса, определение социального результата. Также должна оказываться помощь врачей малого профиля (ЛОР-заболевания, глазные заболевания, неврология, хирургическая патология), а также помощь детям и подросткам. Это, в свою очередь, позволяет сэкономить средства на других консультациях и более подробно рассмотреть сложные патологии младших специалистов и провести диспансерные группы. Повышение до стационарной помощи может помочь избежать госпитализации пациента.

Особенности организации хирургической помощи.

Хирургическую помощь в Республике Казахстан проводят следующие медицинские организации по лечению и профилактической работе хирургических больных.

1. фельдшерско-акушерские пункты оказывают неотложную доврачебную помощь, а также проводят профилактику травм и заболеваний.

2. Поликлиники, травмпункты оказывают экстренную и оперативную хирургическую помощь и контролируют работу фельдшерско – акушерских пунктов, оказывая помощь в случаях, не требующих объемной хирургической операции.

3. В центральной районной больнице в экстренных и неотложных случаях имеют высшую специальность и

оказывает специальную хирургическую помощь при травмах, а также проводит плановое лечение распространенных хирургических заболеваний.

4.Помимо общей хирургической помощи в многопрофильных городских и акушерских больницах также оказывается специальная хирургическая помощь. (урологические, онкологические, травматологические, ортопедические и др.).

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	12 стр. из 28

5. В медицинских учебных заведениях проводится не только оказание общей и специальной хирургической помощи, но и научная работа по различным направлениям хирургии, проводятся курсы повышения квалификации и обучения студентов.

6. Научно-исследовательские институты в зависимости от своего профиля являются научными и методическими центрами, оказывая специальную хирургическую помощь.

7. Виды стационарной хирургической помощи.

Стационарная хирургическая помощь проводится в 3-х различных хирургических отделениях:

- общий профиль,
- специальный профиль,
- в узкоспециализированных центрах.

Общие хирургические отделения организуются в городских и районных больницах. Они оказывают населению основную специализированную хирургическую помощь. В этих местах лечат различные хирургические заболевания, в том числе 50% острых хирургических патологий, 20-40% больных, связанных с опорно-двигательным аппаратом. Специальные отделы открыты в областных, городских больницах и составляют от 50 000 до 3 млн. лечит до жильцов. Они оказывают помощь пациентам в соответствии со своим профилем. Оказание специальной помощи лечит по проявлению конкретных заболеваний:

- при заболевании односистемных органов-отделение сосудистой хирургии, легочная хирургия, проктологическая, урологическая и др.;
- По нозологическим формам, в зависимости от расположения-ожоговое отделение, мочевыделительное, суставно – костное туберкулезное отделения.;
- По отделениям хирургических патологий-онкологическое отделение, экстренная хирургия, гнойная хирургия и др.;
- В зависимости от видов операций-пластическая хирургия;
- В зависимости от возраста-детская хирургия.

Виды хирургической помощи.

Предусматривает экстренную, плановую, амбулаторно-поликлиническую, стационарную хирургическую помощь.

Помощь, оказываемая на уровне ПМСП, входит в безвозмездную помощь населению. и контролируется нормативным правовым актом:

Нормативные правовые акты:

- Создание совместной народной концепции Республики Казахстан;
- Статья 32 РК от 18 сентября 2009 года «о здоровье населения и системе здравоохранения»;
- Постановление РК от 15 декабря 2009 года № 2136 " список гарантированной бесплатной медицинской помощи»;
- Приказ министра здравоохранения №796 от 26 ноября года «Об организации и объеме медицинской помощи»;
- Приказ министра здравоохранения от 3 августа 2010 года №452 " об организации оказания бесплатной гарантированной медицинской помощи по portalу Бюро госпитализации»;
- Приказ министра здравоохранения от 5 января 2011 года №7 « О формировании работы организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь».

Порядок оказания экстренной медицинской помощи хирургическим больным состоит из двух этапов:

- Первый-догоспитальный период, оказание доврачебной, врачебной и неотложной медицинской помощи на уровне ПМСП;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	13 стр. из 28

- Второй-больничный этап, оказание медицинской помощи в отделении специального, а также высокотехнологичного, общего хирургического профиля. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в специальной последовательности.

Порядок оказания экстренной медицинской помощи хирургическим больным.

Доврачебная помощь (при отсутствии возможности получения врачебной помощи) мед среднего звена.

оказывается персоналом-фельдшером, медицинской сестрой в амбулаторных и бытовых условиях.

Врачебная помощь проводится в амбулаторных и бытовых условиях врачом терапевтом, врачом общей практики, врачом урологом, хирургом.

- Гарантированная медицинская помощь, когда хирургические заболевания требуют неотложной помощи

- мед.демонстрируется персоналом в течение короткого времени в соответствии с известными стандартами.

- Неотложная медицинская помощь хирургическим больным оказывается скорой фельдшерской медицинской бригадой, проводится бригадами скорой врачебной медицинской бригады, реанимационного профиля.

Бригада скорой медицинской помощи доставляет больного в городскую больницу круглосуточной помощи с хирургическим, операционным блоком, отделением анестезиологии – реаниматологии, медико-санитарную больницу, больницу скорой медицинской помощи, центральную районную больницу. При отсутствии специальных медицинских организаций или невозможности оказания специальной медицинской помощи больные могут обращаться в республиканские организации, за специальной хирургической помощью

направляются в медицинские учреждения, оказывающие услуги.

- При отсутствии возможности оказания скорой медицинской помощи (санитарной авиации) больные, проживающие в отдаленном месте, госпитализируются в лечебно – профилактические места с хирургическим отделением, операционным блоком и анестезиологически – реанимационным отделением, расположенные в непосредственной близости, где круглосуточно оказывается медицинская помощь.

Хирургические заболевания, требующие неотложной медицинской помощи:

- Острый аппендицит и его осложнения;
- Острая кишечная непроходимость;
- Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки;
- Зажатые трещины;
- Острый панкреатит;
- Желудочно-кишечное кровотечение;
- Острый холецистит;
- Острое нарушение брыжеечного кровообращения;
- Травмы брюшной полости.

Госпитализация в хирургическое отделение осуществляется через приемное отделение. В вышеуказанных неотложных случаях пациенты оперативно осматриваются дежурным хирургом и, при необходимости, врачом – анестезиологом, оцениваются жизненно важные органы, общее состояние, проводятся лечебные и диагностические манипуляции.

Диагностика и лечение больных экстренного профиля хирургического профиля проводится в соответствии с четко установленными стандартами оказания медицинской помощи.

После госпитализации больного в стационар лечебно-диагностические мероприятия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	14 стр. из 28

проводятся для пациентов экстренного профиля хирургического профиля врачом хирургом и по совету заведующего отделением.

- При обнаружении показаний к экстренным проникновениям манипуляции и лечебные проникающие мероприятия проводятся в хирургическом отделении медицинским персоналом. Экстренная медицинская помощь оказывается в районных больницах, городских, областных больницах и республиканских лечебных учреждениях РК.
- При жалобе больного на острую боль в брюшной полости ФАП и кровотечении из желудочно-кишечного тракта фельдшер бригады скорой медицинской помощи направляет больного в ближайшую районную или центральную больницу.

Хирург поликлиники после постановки диагноза или при подозрении на неотложную хирургическую патологию (острый аппендицит, острый холецистит, панкреатит, острая кишечная непроходимость, защемление света, кровотечение из желудочно-кишечного тракта, открытая и закрытая травма грудной клетки или брюшной полости) направляет больного в хирургический стационар, оказывающий помощь ближайшего хирургического профиля.

Если пациент вызывает бригаду скорой медицинской помощи на дом, при подозрении на неотложную хирургическую патологию пациента срочно доставят в больницу хирургического профиля.

Пациент имеет право самостоятельно прийти в приемное отделение больницы и госпитализируется при подозрении на острую хирургическую патологию.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- В какой период состоит последовательность оказания экстренной медицинской помощи хирургическим больным?
- Хирургические заболевания, требующие неотложной медицинской помощи.

№6 лекция

1.Тема: Специализированная сестринская помощь и наблюдение за пациентами после травм и хирургических вмешательств.

2.Цель: Познакомить студентов со специализированной сестринской помощью и наблюдением за пациентами после травм и хирургических вмешательств.

3.Тезисы лекции:

- Общий уход за хирургическими пациентами.
- Наблюдение и уход за больными в послеоперационном периоде.

Наблюдение и уход за больными в послеоперационном периоде

Все усилия медицинских работников направлены на восстановление функции, нормальное заживление ран, предотвращение осложнений и борьбу с ними.

Послеоперационный период

Он начинается сразу после завершения операции и продолжается до тех пор, пока пациент не вернется на работу и не будет вести нормальный образ жизни. Послеоперационный период-первые 5 дней, а самый дальний - от выписки из больницы до возвращения работоспособности. После крупных операций пациентов направляют в отделение интенсивной терапии (реанимацию) или послеоперационное отделение. При умеренном течении послеоперационного периода больного через 2-4 дня переводят из реанимационного отделения.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	15 стр. из 28

В конце операции пациент просыпается от анестезии, когда спонтанное дыхание восстанавливается, эндотрахеальная трубка удаляется, и пациент отправляется в палату в сопровождении анестезиолога и сестры. Чтобы вернуть пациента из операционной, вам необходимо подготовить функциональную кровать, установить ее так, чтобы она могла приближаться со всех сторон, и рационально установить необходимое оборудование. Расправьте кровати, согрейте, проветрите помещение и сделайте луч света. В зависимости от ситуации, характера операции и анестезии они обеспечивают определенное положение в постели.

После операции на брюшной полости под местной анестезией необходимо поднять голову вверх и поставить слегка согнутое колено, что облегчит спазмы в животе. Если противопоказаний нет, через 2-3 часа можно согнуть ноги, повернуться на бок. Часто после наркоза пациента без подушки укладывают горизонтально на спину, поворачивая голову в сторону. Это состояние может предотвратить анемию головного мозга, слезь и рвоту в дыхательных путях. После операции на позвоночнике пациенту кладут на живот, а на кровать-щит. Операция под наркозом требует постоянного наблюдения до полного пробуждения, восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов. Сразу после операции на место травмы кладут мешок с песком или пакет со льдом, чтобы предотвратить образование гематомы. Просматривая операцию, они контролируют общее состояние, внешний вид (цвет кожи), частоту, ритм, наполнение пульса, частоту и глубину дыхания, артериальное давление, диурез, утечку газов и стула, температуру тела.

Для борьбы с болью назначают подкожно морфин, омнофон (пантопон), промедол, которые назначают каждые 4-5 часов в первый день. Профилактика тромбоэмболических осложнений, обезвоживание, активация больного в постели (медицинская гимнастика с первого дня), ранний подъем, по показаниям (при варикозном расширении вен) - перевязка ног эластичной повязкой, введение антикоагулянтов. Смена обстановки в постели, банках, горчичниках, дыхательные упражнения (резиновые мешки, надувание шариков) специальные манипуляции при кашле (прикладывание ладони к ране и легкое надавливание при кашле) улучшают кровообращение и вентиляцию.

Если пациенту запрещено пить и есть (вмешательства в пищеварительном тракте), назначается парентеральное введение растворов белков, электролитов, глюкозы. Переливание крови, плазмы, кровезаменителей для восполнения кровопотери и в стимулирующих целях. Несколько раз в день необходимо проводить оральный туалет, протирать его влажным шариком (смоченным перекисью водорода, бикарбонатом натрия (содой), борной кислотой, перманганатом калия), удалять с языка слизистую, десны, зубы, цедру лимона зубной налет (влажным тампоном (чайная ложка бикарбоната натрия и столовая ложка глицерина на стакан воды), смажьте губы вазелином. Если состояние пациента позволяет, ему следует предложить полоскать рот. При длительном голодании рекомендуется жевать черные сухарики, дольки апельсина, лимона, чтобы стимулировать выработку слюны (исключить воспаление околоушной слюнной железы).

После пломбирования (лапаротомии) возможны икота, срыгивание, рвота, одышка, задержка стула и газов. Помощь заключается в опорожнении желудка с помощью зонда (после операции на желудке врач попадает на зонд), который вводится через нос или рот. Для устранения затруднений подкожно вводят атропин (1 мл 0,1% раствора), хлорпромазин (2,5% раствора 2 мл), делают шейный вагосимпатический блок. Для удаления газов вставляется газовая трубка, назначаются лекарства. Через 2 дня после операций на верхних отделах желудочно-кишечного тракта назначают гипертонические клизмы.

После операции пациенты часто не могут мочиться самостоятельно из-за необычного положения, спазма сфинктера. Если противопоказаний нет, в зону мочевого пузыря ставят грелку. Налейте воду (откройте кран), теплый контейнер, внутривенное введение раствора

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 16 стр. из 28

гексаметиленетрамина (уротропина), сульфата магния, атропина и морфина заставит вас мочиться. Если все перечисленные меры не помогли, запишите количество выделяемой мочи и пройдите катетеризацию (утром и вечером). Снижение диуреза может быть признаком серьезного осложнения - послеоперационной почечной недостаточности. Чтобы избежать появления давления, необходимо тщательно ухаживать за кожей: часто менять положение тела, обрабатывать камфорным спиртом, стирать белье, менять одежду при загрязнении, тщательно корректировать складки на простынях, укладывать в резиновый круг.

Режим после операции определяется индивидуально. Первый подъем, первые шаги должны быть под контролем.

Контроль бандажа и дренажа. Наблюдение за состоянием одежды несколько раз в день обращает внимание на удобство, безопасность, чистоту и влажность одежды. Если рана плотно закрыта, повязка должна быть сухой. При небольшом увлажнении горла, крови, необходимо менять верхние слои (стерильным материалом), перевязывать, ни в коем случае не вскрывать рану. Если рана не закрыта полностью, то остаются дренаж, тампоны, выделения, после чего могут образоваться выделения и повязка намокнет. Пациенту следует объяснить, что для нормального заживления раны сделан дренаж, и принять меры, чтобы не загрязнить постель: положить масло на коврик, мусор на бумагу. Длинный дренаж подсоединяют к вытяжной системе или погружают в емкость. Для коротких дренажей и тампонов разряд попадает на повязку, которая быстро намокает и должна регулярно заменяться. Чтобы дренаж не выпал, его закрепляют на коже швами и полосками липкого пластыря. Если вода сливается в емкость, количество слива рассчитывается и записывается в температурном графике. Замена, подтяжка, укорочение слива и тампонов - это всего лишь медицинская манипуляция. Ни в коем случае не пытайтесь снова вставить пролитую воду и тампоны - вы должны немедленно сообщить об этом своему врачу или дежурному врачу. Если дренаж останавливается, он блокирует дренаж либо из-за его отсутствия (экссудат не накапливается, абсцесс хорошо опорожняется), либо из-за скопления фибрина, слизи (пробки), либо из-за изгиба трубки. Под руководством врача промывают забитый дренаж, содержимое которого отсасывают. После чистой работы тампоны и слив для удаления скопившейся крови удаляют на 2-3-й день (манипуляции проводят в раздевалке). Выделения и тампоны для выделения экссудата, гноя, желчи выводятся постепенно, так как количество выделений уменьшается. При благоприятном течении послеоперационного периода одежда на ранах не меняется до снятия швов. Если круглая повязка болезненна и сдавливает ткань, ослабьте повязку, не удаляя стерильный материал из раны. Если одежда впитала большое количество крови, вы можете не вызывать врача, а подготовить стерильный материал для ношения или отвезти пациента в гардеробную для гарнии. При сильном кровотечении иногда приходится принимать срочные меры самостоятельно. Если повязка на животе внезапно смачивается серозной кровянистой жидкостью и под ней появляется гной (не всегда виден), следует задуматься о выделении раны и попадании в дефект, возникший в результате дефекации кишечника (эвтрассе). Кашель, чихание во время инцидента часто возникают после резкого поворота. В этих случаях, не держа повязку, положите стерильное полотенце, простыню, положите пациента (если он сидит, ходит) и немедленно позвоните своему врачу. Профилактика разглаживания-это уплотнение живота полотенцем в виде повязки после снятия швов.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что делать, чтобы справиться с болью?
- Как мы контролируем бандаж, дренаж?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	17 стр. из 28	

№7 лекция

1. Тема: Диагностические и скрининговые исследования.

2. Цель: Познакомить студентов с гериатрическими синдромами и технологиями перемещения.

3. Тезисы лекции:

- Скрининговые исследования.
- Алгоритмы периодичности проведения скринингового обследования.
- Диагностические исследования.

Скрининг-это скрининговые тесты, направленные на выявление заболеваний на ранней стадии и предотвращение развития заболеваний, факторов риска, возникновения сопутствующих заболеваний и укрепление здоровья населения.

Скрининговые обследования проводятся в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектами здравоохранения, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

Скрининговые обследования и профилактика взрослого населения:

- 1) Основные заболевания системы кровообращения: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца;
- 2) диабет у мужчин и женщин;
- 3) предраковые, злокачественные опухоли шейки матки у женщин;
- 4) предраковые, злокачественные опухоли молочной железы у женщин;
- 5) глаукома у мужчин и женщин;
- б) раннее выявление и профилактика предраковых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки у мужчин и женщин.

Скрининговые обследования детей проводятся в разные возрастные периоды, в том числе подростковые в период он направлен на раннее выявление и предупреждение развития заболеваний, связанных с особенностями анатомо-физиологического развития.

Скрининговые осмотры осуществляются следующими организациями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (далее – организации ПМСП) с динамическим контролем и оздоровлением:

- 1) для населения города – городские поликлиники, врачебные амбулатории, ведомственные медико-санитарные отделы и поликлиники независимо от форм собственности;
- 2) для сельского населения – медицинские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, районные поликлиники, а также мобильные бригады (передвижные медицинские комплексы (поезда) на базе специального автотранспорта и железнодорожного транспорта);

Организации ПМСП

- 1) осуществляет учет зарегистрированного населения на территории оказания услуг, формирует целевую группу лиц, подлежащих скрининговому обследованию;
- 2) обеспечивает связь и преемственность с профильными медицинскими организациями для проведения данных проверок;
- 3) информирует население о необходимости скрининговых проверок;
- 4) заполняет отчетные формы с внесением результатов обследования в медицинскую карту амбулаторного пациента или историю развития ребенка;
- 5) проводит ежемесячный анализ проведенных скрининговых проверок с разработкой утвержденных мероприятий по укреплению здоровья населения;
- б) формирует электронную базу скрининговых проверок и ежемесячно направляет в территориальный медицинский информационно-аналитический центр.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	18 стр. из 28

Алгоритмы периодичности проведения скрининговых обследований целевых групп населения

Алгоритмы периодичности проведения скрининговых обследований целевых групп населения

Проведение скрининговых обследований целевых групп взрослых включает следующие этапы:

- 1) Подготовка-формирование целевых групп, информационное сопровождение, приглашение на скрининг
 - 2) проведение скрининга – проведение консультаций ребенка, амбулаторного пациента (далее - Форма 025-08/у), статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининг) (далее - Форма 025-08/у), скрининг-теста, лабораторных и инструментальных исследований, специалистов.
 - 3) заключение – полное обследование и завершение оформления статистических документов диспансерного учета, учета и учета лиц с выявленной патологией.
- Диагностика-учение о каком-либо заболевании, его симптомах, причинах возникновения и способе его лечения.

Диагностические исследования включают:

УЗИ

Электрофизиологическое исследование: ЭКГ, ЭЭГ

Эндоскопическое исследование: ФГДС, колоноскопия

Лучевое исследование: МРТ

ПОДГОТОВКА К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

УЗИ брюшной полости

- 1) исследование проводится натощак (не есть и не пить воду), лучше снимать в утренние часы. Детям до 2 лет можно снимать через 3 часа после еды.

Если исследование проводится во второй половине дня: детям старшего возраста после приема пищи должно пройти не менее 6 часов. Если ребенок пьет жидкость, необходимо сообщить об этом врачу.

- 2) за 3 дня до исследования газообразующие продукты (молоко, черный хлеб, сырые овощи и фрукты. Фасоль, квашеная капуста, газированные напитки и соки, квас) не стоит принимать.

- 3) при скоплении газа необходимо в течение трех дней до исследования принимать активированный уголь, мезим форте (взрослым), эспумизан (детям) по рекомендации врача.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что такое скрининговое исследование?
- Какие существуют виды диагностических исследований?

№ 8 лекция

1. Тема: Определение доказательной медицины. История развития доказательной медицины.

2. Цель: Познакомить студентов с историей развития доказательной медицины.

3. Тезисы лекции:

- Доказательная медицина.
- История развития доказательной медицины.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	19 стр. из 28	

Доказательная медицина-это точное и искреннее применение хороших клинических исследований для лечения конкретных пациентов. Доказательная медицина это метод медицинской практики, но:

- это не "наука",
- это не "эпидемиология",
- это не» статистика"
- не метод исследования.

Показано, что доказательная медицина-это технология сбора, анализа, изучения и осмысления медицинской информации, позволяющая принимать научно обоснованные решения по профилактике, диагностике, лечению заболеваемости и организации здравоохранения. В направлении улучшения здоровья населения должны осуществляться как можно более эффективные препараты и медицинские вмешательства.

Впервые в 1990 году группа ученых из канадского Университета Макмастера предложила объединить научные данные с клиническим опытом и индивидуальными предпочтениями пациентов в отдельный медицинский отдел.

Этот научно-практический раздел предоставляет доступную, плотную и объективную информацию для современных и проверенных клинических исследований, проводимых во всем мире, то есть доказывающих преимущества использования каких-либо методов лечения или лекарств, которые называются "Evidence-BasedMedicine"(EVM) или «научно доказанная медицина "(НДМ). Доказательная медицина: предпосылки возникновения:

1. поток информации: более 4 000 000 статей в год 20 тысяч медицинских журналов
2. в связи с развитием сети телекоммуникаций увеличивается обмен медицинской информацией: каждые два года удваивается
3. рост требований пациента
4. рост расходов на здравоохранение
5. быстрое устаревание знаний
- 6.противоречия результатов и выводов клинических исследований.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что такое доказательная медицина?
- С какого года началось использование доказательной медицины?
- Кто впервые предложил?

№ 9 лекция

1.Тема: Клиническая эпидемиология: определение, история развития, основные принципы и подходы.

2. Цель: Разъяснение студентам основных принципов клинической эпидемиологии. Обсуждение основ определения достоверности и достоверности исследования.Методы обучения.

3.Тезисы лекции:

Клиническая эпидемиология.

Основные принципы клинической эпидемиологии.

Одним из направлений медицины является «клиническая эпидемиология», использующая эпидемиологические методы, доказанные исключительно научными факторами для получения медицинской информации, исключаящие воздействие систематических и случайных ошибок.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 20 стр. из 28

Термин "клиническая эпидемиология «происходит от названия двух дисциплин – » клиническая медицина «и»эпидемиология".

"Клиническая эпидемиология «(clinical epidemiology) – это» клиническая" наука, поскольку она стремится отвечать на клинические вопросы и предлагать клинические решения, основанные на очень достоверных фактах. Другими словами, "клиническая эпидемиология" - это наука, которая разрабатывает методы клинических исследований, которые позволяют делать справедливые выводы, отслеживая влияние систематических и случайных ошибок;

С эпидемиологической точки зрения - это одна из глав медицины, которая использует эпидемиологические методы для получения медицинской информации, доказанные исключительно научными фактами, исключая воздействие систематических и случайных ошибок. Следовательно, это наука» эпидемиология«, потому что многие ее аспекты (поиск» общих факторов «или» причинных факторов «или» причинного модуля", как следствие, исследуются эпидемиологами в поисках исходящих болезней и подходов к их устранению, то есть мер, которые они используют в ответ). Здесь реальная помощь пациенту рассматривается в сочетании с большой популяцией населения (группа лиц, находящихся под угрозой передачи болезни), принадлежащих к отдельному лицу(больному человеку);

Необходима тесная взаимосвязь между эпидемиологом и клиницистом, без которой их действия будут ограничены и менее эффективны при решении вопросов охраны здоровья конкретного человека и населения в целом.

Главный постулат клинической эпидемиологии заключается в том, что любое решение в медицинской практике должно основываться на строго доказанных фактах, которые являются основой доказательной медицины.

1.основным принципом клинической эпидемиологии является оценка конкретного клинического исхода в данном исследовании. Клинический результат будет следующим: смерть, болезнь, дискомфорт, инвалидность, неудовлетворенность. Клинический результат делится на косвенный (суррогатный) и прямой. К косвенным относятся положительные результаты по каким-либо изученным показателям (например, снижение повышение артериального давления), наличие в крови нормального уровня биологической субстанции, восстановление активности ферментов и др.

Суррогатная конечная точка не является прямым показателем клинической эффективности или вредности терапевтического мероприятия, но является редким и окончательным может предсказать результат, который произойдет. К прямым критериям относятся: выздоровление, снижение смертности и осложнений, сокращение сроков лечения в больнице, улучшение качества жизни, профилактика осложнений.

Суррогатная конечная точка не является прямым показателем клинической эффективности или вредности терапевтического мероприятия, но является редким и окончательным может предсказать результат, который произойдет. К прямым критериям относятся: выздоровление, снижение смертности и осложнений, сокращение сроков лечения в больнице, улучшение качества жизни, профилактика осложнений.

В клинической эпидемиологии для изучения клинического явления используется количественный подход. Количественный подход дает доказательный результат, то есть он основан на оценке ошибок, передаче клинического результата в цифровом эквиваленте. Для достижения результата исследования на практике необходимо соблюдать определенные требования: правильное использование данных статистических методов; грамотно подобранный дизайн исследования и правильный метод рандомизации.

Следующим принципом клинической эпидемиологии является выбор популяции с определенной спецификой для проведения исследования. Население - это группа людей,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	21 стр. из 28	

живущих в определенном географическом регионе, или те, которые сгруппированы по определенному общему признаку. Население может быть частью населения, например, группой людей, поступивших в определенную клинику или страдающих определенным заболеванием, а также общей популяцией, больничной популяцией или популяцией пациентов с определенным конкретным заболеванием.

3 основы определения достоверности и достоверности исследования:

1. латентная рандомизация-те, которые исследуются, случайным образом отбираются анонимно. 2. достаточный отбор - необходимо большое количество обследованных.

3. скрытое трехстороннее исследование.

Правильно организованное исследование гарантирует отсутствие систематической ошибки. Обобщение итогов исследования-внешняя характеристика, определяемая тем, насколько часто результаты исследования применяются к другим группам.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Каковы основные принципы клинической эпидемиологии?
- Сколько оснований для определения достоверности и достоверности исследования?

№10 лекция

1. Тема: Значение эпидемиологических исследований в доказательствах.

2. Цель: Дать студентам представление о значении эпидемиологических исследований в доказательствах.

3. Тезисы лекций:

- Эпидемиологический процесс.
- Методы эпидемиологического исследования.

Поскольку эпидемиологический процесс является сложным явлением, для его изучения используются комплексные методы. Эпидемиологические методы исследования используются в большинстве случаев в других областях медицины. Например: наблюдение, проверка, историко-географическое описание и сравнение, эксперимент, статистический и логический анализ и др.

Применение в эпидемиологическом исследовании многих методов, используемых в современных научно - технических достижениях, является требованием сегодняшнего дня. Например, с помощью компьютерных технологий осуществлять математические модели эпидемического процесса и прогнозирование его, отслеживать его проявления и создавать различные компьютерные программы; с помощью тонких и очень точных биохимических, иммуногенетических методов, исследовать комплексные свойства возбудителя, субмолекулярную структуру, проводить новые иммунные прививки с использованием генно-инженерных технологий и др. будет.

Использование методических пособий смежных с эпидемиологией наук в полном, своевременном, нужном месте-давняя привычка, это микробиологические, энтмологические, иммунологические и др. методы. Таким образом, методы, применяемые для эпидемиологической цели, приобретают характерную для данной дисциплины направленность и занимают особое место в изучении данной дисциплины.

Из-за присущего эпидемическому процессу свойства только соответствующий метод эпидемиологии инфекционных заболеваний: эпидемиологический анализ и составление данных, собранных при наблюдении и обследовании очага инфекционных заболеваний, и проверка данных комплексными математическими, статистическими методами.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		22 стр. из 28

Эпидемиологический метод - совокупность методических подходов и приемов, используемых при определении причинно-следственной связи эпидемического процесса. Эпидемиологический метод-совокупность методов , используемых для выявления причин возникновения инфекционных заболеваний, механизмов передачи и контроля эпидемиологической ситуации.

1. эпидемиологическое обследование и контроль. Метод эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний считается самым первым и важным. Этот метод используется для определения состояния и причины возникновения очага , источника возбудителя инфекции , факторов и путей передачи , а также людей, подверженных риску заражения.

Эпидемиологическое обследование проводится для определения размера и направления необходимых противоэпидемических мер с целью сдерживания и окончательного уничтожения эпидемического очага. Он имеет эпидемиологическую диагностику.

Обследование и наблюдение за очагом считается своеобразной частью эпидемиологического метода. Это одна из самых главных и важных работ эпидемиолога. Результат эпидемиологического обследования очага является основанием для принятия решения о предпринимаемых действиях в ходе ликвидации данного очага.

4. Наглядный материал: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что относится к методам эпидемиологического исследования?
- Эпидемиологический процесс.

№11 лекция

1. Тема: Пять этапов доказательной медицины.

2. Цель: Дать студентам представление об этапах доказательной медицины.

3. Тезисы лекций:

- Что такое ДМ?
- Комментарий к этапам медицины ДМ.

ДМ-использование результатов лучших клинических исследований, доказанных при выборе метода лечения для конкретного пациента;

- новое направление клинической медицины, отличающееся четким отличием от прежних методов лечения,диагностики, требующее от врачей критической оценки;
- не новая наука, а новая технология анализа медицинской информации, ее поиска, обобщения, применения;
- прокладывая путь между научными исследованиями и клинической практикой;
- Интеграция лучших научных доказательств, доказанных в клинической практике и разработанных в соответствии с потребностями и требованиями пациента"
- Доказательная медицина (ДМ) – это развивающееся направление медицины, имеющее жизненно важное значение для улучшения качества медицинской помощи и всей системы здравоохранения.

Этапы доказательной медицины

1. Первый этап-правильно составленные основные вопросы,
2. второй этап-поиск данных,
3. Третий этап-рентная оценка данных,
4. Четвертый этап-интеграция полученных данных с выявленными у пациента особенностями,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	23 стр. из 28	

5.Пятый этап - оценка воздействия и эффективности.

Первый этап ДМ

Правильно поставленные вопросы составляют основу всей доказательной медицины.

Правильно составленный вопрос определяет оптимальную форму ожидаемого ответа и экономит время, уделяя большое внимание первоочередным интересам пациента.

Правильно составленный основной вопрос состоит из двух частей:

корень основного вопроса (кто, что, где, почему, как?) на вопросы отвечает и глагол.

Дополнительные вопросы, имеющие клиническое значение, состоят из четырех компонентов:

(англ. PICO):

Patient-пациент и / или проблема

Intervention-создание действий

Comparison-сравнение (при необходимости)

Outcome-результат

Пациент (или население) особенности пациента (возраст, пол, профессия)

Действие

лечение, диагностика, факторы воздействия на организм

Сравнение

сравниваем, плацебо, ограничение вмешательства или другой его вид

Результат

каков результат действия? выздоровление, госпитализация, смерть и т. д.

Типы вопросов

«Основной», "прикладной" состоит из двух компонентов.

Специальные знания о проведении какого-либо заболевания

Основной вопрос (кто, когда, где, как)

Болезнь или некоторые аспекты болезни.

Четыре компонента (PICO)

Второй этап ДМ

Поиск деталей. На данный момент существует 2 режима поиска: подлинно оригинальные (оригинальные) виды, прошедшие исследование и методический отбор и опубликованные в компьютерных базах и журналах ДМ. Оба этих типа режима имеют свои преимущества и недостатки. Поиск основ для ДМ (ACP Journal Club, Cochrane Collaboration date Base, других журналов и разделов журналов для ДМ), как правило, проще, а иногда позволяет найти информацию и информацию, которых больше нигде нет

наличие глаз в одной системе облегчает их критическую оценку. К негативам относятся их полная относительность (отсутствие систематического обзора по данной теме не свидетельствует о том, что работа в этой области не проводилась), низкая доступность (по сравнению с Medline), трудность поиска информации, подходящей для конкретного пациента, устаревание информации до публикации. (База Medline, EMBASE, "российская медицина").

Третий этап ДМ.

Ртутная оценка данных.

Методического качества обнаруженных данных для оценки ртутного (критического)

применяется стандартный набор оценок, а также надежность, точность, применимость, эффективность различных работ (данных)

оценивается.

Три «кита» реальности:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		24 стр. из 28

- случайный скрытый отбор испытуемых в группу сравнения (скрытый,слепой рандомизация) ;
- наличие достаточного количества вариантов;
- скрытое (слепое) наблюдение (наиболее эффективное трехстороннее). Достоверные исследования исключают систематические ошибки, вызванные неправильной организацией исследования, а статистика ($p < . .$) позволяет обнаруживать только случайные ошибки.

Четвертый этап ДМ.

Интеграция полученных данных с выявленными у пациента особенностями. На этом этапе-использование результатов научных исследований для лечения конкретного пациента и даны Основные особенности ДМ. Во-первых,эффективность применения данного лечения в ДМ акцентируется на возможности ощущения пользы от действий конкретного больного врача (объем эффекта). Среди показателей критерия эффективности мы выделяем три основных индекса и показатель отношения шансов (odds ratio): отношение возможного положительного результата в экспериментальной группе к возможному положительному результату в контрольной группе или отношение нашего выигрышного числа к нашему проигрышному числу.В случае клинического исследования смерть означает проигрыш, а жизнь-выигрыш.

Пятый этап ДМ.

Оценка воздействия и эффективности.

На этом этапе клиницист должен составить свою работу с пациентами , клинический вопрос.

оценивает способность к получению, умение находить и внедрять в практику необходимые сведения. Благодаря эффективному лечению и эффективному дигностикированию свободное время врача увеличивается.

4. Наглядный материал: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Назовите пять этапов ДМ?
- Вопросы PICO.

№12 лекция

1. Тема: Внедрение доказательной сестринской практики.

2. Цель: Дать студентам представление о внедрении доказательной сестринской практики.

3. Тезисы лекций:

- Доказательная сестринская практика.
- Преимущества и препятствия во внедрении доказательной сестринской практики.

Доказательная сестринская практика (ДМТ/EBN) представляет собой сочетание передовых доступных фактических данных, сестринской практики, исключительной приверженности пациентов и ресурсов (рис.1). Целью ДМТ/EBN является обеспечение того, чтобы пациенты получали высококачественную медицинскую помощь. ДМТ / EBN является основой для критического мышления и принятия решений медсестрой. Методология PICO (Т) в формате ДМТ/EBN (см. таблицу 1) часто используется для постановки исследовательского вопроса. Формализация вопроса дробление клинического вопроса помогает разбить его на части и определить ключевые слова и, соответственно, найти наилучшие доступные доказательства. Лучшее доступное доказательство состоит из исследования доказательств, оцененных на основе уровней доказательств, как в медицине. Уровни доказательств для описания силы исследования находятся в системе

дифференциации. При использовании доказательств по-прежнему следует использовать тщательное чтение, критическую оценку и клинические суждения.

Лучший доступный аргумент-это самый надежный и подтвержденный аргумент, который можно найти во время вмешательства медсестер (например, при обучении пациентов, гигиене рук). Наилучшие доступные данные обычно основаны на текущих исследованиях по конкретной теме, однако могут использоваться другие типы доказательств (например, клинические рекомендации, передовой опыт), когда данные исследования слабы или отсутствуют.

Экспертиза в сестринском деле означает, что медицинская сестра обладает передовой базой знаний, комплексными навыками принятия решений и клиническими компетенциями для практики.

Особое внимание пациентов означает, что медсестры поощряют пациентов быть активными участниками своего ухода. Здесь показан опыт пациента и членов его семьи с заболеванием или хроническим заболеванием. Медицинские сестры рассматривают биопсихосоциальные аспекты болезни, и решения принимаются с учетом принятия и ценностей пациента.



4. Наглядный материал: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что такое экспертиза в сестринском деле?
- Какова цель ДМТ/EBN?

№13 лекция

1. Тема: Развитие и препятствие доказательной сестринской практики в РК.

2. Цель: Дать студентам представление о развитии и препятствии доказательной медицины в РК.

3. Тезисы лекций:

- Развитие доказательной сестринской практики в РК.
- Использование информации ДМТ/EBN.

Сестринские специальности имеют решающее значение для развития медицинских услуг в организациях здравоохранения. Развитие качественных сестринских услуг требует, чтобы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	26 стр. из 28

принятие клинических решений в области сестринского дела основывалось на доказательствах. Имеющиеся в настоящее время научные данные, полученные в результате отдельных исследований, такие как систематические обзоры, резюме доказательств, информационные бюллетени передовой практики и клинические руководства по уходу за пациентами, должны быть обобщены и затем использованы в экспериментальной среде.

Использование информации ДМТ / EBN – это сотрудничество, обучение и практическое обсуждение. При практическом применении EBN важно учитывать конкретные целенаправленные и стимулирующие действия, чтобы облегчить изменения. В сестринском деле медсестры и их лидеры необходимы для улучшения практики, и, например, назначение местных лидеров ДМТ/EBN является одним из способов поддержки использования ДМТ/EBN и усиления его роли.

Основными компетенциями Казахстанской медицинской сестры являются концепции доказательного сестринского дела, доказательной практики и доказательной медицины, а также доказательная практика.

Использование информации ДМТ / EBN-это сотрудничество, обучение и практическое обсуждение. При практическом применении EBN необходимо учитывать конкретные целевые и стимулирующие действия, чтобы облегчить изменения. В сестринском деле медсестры и их лидеры имеют решающее значение для улучшения практики, например, назначение местных лидеров ДМТ/EBN является одним из способов поддержки использования ДМТ/EBN и усиления его роли.

Основными компетенциями Казахстанской медицинской сестры являются концепция доказательной медицинской сестры, концепции доказательной практики и доказательной медицины, а также доказательная практика.

Важно, чтобы подготовка медицинских сестер включала обучение по ДМТ. Также желательно, чтобы учебный материал был предназначен для конкретных медсестер и не был таким же, как, например, обучение медицинских экспертов.

Предлагаемые национальные учебные материалы по ДМТ в рамках проекта ProInCa (содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела в переходный период услуг здравоохранения) разработаны в сотрудничестве с европейскими и казахстанскими партнерами по высшему образованию. Материалы были апробированы в 2019 году и завершены в 2020 году. В данном проекте будут разработаны следующие уровни материалов:

- Базовое Сестринское дело, на основании доказательств (для степени бакалавра, 1-й год обучения);
- Продвинутое сестринское дело (для бакалавров, 4-й курс обучения);
- Типовая учебная программа по дисциплине доказательная сестринская практика (для магистров).

Доказательное сестринское исследование предусматривает принятие обоснованного решения на основе опыта, основанного на лучших клинических доказательных исследованиях других специалистов. То есть медсестра должна полагаться на источники информации, основанные на доказательном исследовании, для проведения исследования.

Поэтому медицинская сестра должна уметь эффективно использовать мотивированные источники информации, необходимые для исследования. Это влияет на повышение качества сестринской практики.

Научные исследования в сестринском деле-это метод получения достоверной научно обоснованной информации, позволяющий осуществлять профессиональную деятельность, как и любая другая научная дисциплина.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	27 стр. из 28

В заключение, конечная цель проведения исследований в сестринском деле-повышение качества сестринской практики. А для повышения качества сестринской практики медсестры должны уметь использовать доказательную информацию, необходимую для исследования, знать, как правильно использовать информацию, какие публикации и рекомендации следует доверять. Важно, чтобы все действия, предпринимаемые в процессе оказания помощи пациентам, основывались на доказанной медицине. В ходе данного исследования были рассмотрены зарубежные источники доказательной информации. Также ожидается, что Центр усовершенствования сестринского дела в Казахстане (ЦМП) внесет свой вклад в улучшение практики сестринского дела, позволив медсестрам повысить качество медицинской помощи для улучшения здоровья людей.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература:

Основная литература

1. Мейірбике ісіндегі менеджмент [Мәтін] : оқу құралы / К. Ш. Сыздыкова [т. б.]. - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 246 б. с
2. Хамзина, Н. К. Менеджмент в сестринском деле: учеб. пособие 2-е изд. – Алматы : Эверо, 2015. – 196 с.
3. Дәріс кешені «Мейірбике ісіндегі менеджмент» пәні бойынша: дәріс кешені Мейірбике ісі кафедрасы анестезиология және реаниматология курсымен. – Шымкент : ОҚМФА, 2015. – 42бет.

Дополнительная литература:

1. Денсаулық сақтаудағы менеджмент [Мәтін] : дәрістік топтама / Ж. С. Төлебаев [ж/б.]. - Алматы : АҚНҰР, 2016. - 258 бет. с
2. Сыздыкова, К. Ш. Экономика и маркетинг в здравоохранении [Текст] : учебное пособие / К. Ш. Сыздыкова, Ж. С. Тулебаев, Э. А. Актуреева. - Алматы : ИП "Ақнұр", 2015. - 274 с.
3. Сыздыкова, К. Ш. Менеджмент в здравоохранении [Текст] : учебное пособие / К. Ш. Сыздыкова, А. Р. Рыскулова, Ж. С. Тулебаев. - Алматы : ИП Изд-во "Ақнұр", 2015. - 236 с.

6. Интернет-ресурсы:

1. К.Ш. Сыздыкова, Ж.С. Тулебаев, Н.С. Мусина, А.А. Маукенова, А.Р. Рыскулова, Н.Н. Авгамбаева МЕЙІРБИКЕ ІСІНДЕГІ МЕНЕДЖМЕНТ, Оқу құралы, Қарағанды 2020 <https://aknurpress.kz/reader/web/1434>
2. К.Ш. Сыздыкова, Ж.С. Тулебаев, Н.С. Мусина, А.А. Маукенова, А.Р. Рыскулова, Н.Н. Авгамбаева МЕНЕДЖМЕНТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ Учебное пособие, Караганда, 2020 <https://aknurpress.kz/reader/web/1433>
3. МЕНЕДЖМЕНТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ Учебное пособие. Второе издание/ Хамзина Н.К., Бейсенова Г.С., Имашева Б.С. – Алматы:Эверо, 2020. – 196 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/495/
4. Тасмагамбетова А.А., Сыздыкова К.Ш., Тулебаев Ж.С., Авгамбаева Н.Н., Административный процесс и менеджмент в сестринском деле: учебное пособие. -Алматы: ТОО «Эверо», 2020, - 304 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/431/
5. А.К. Тургамбаева ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ Учебник, Караганда, 2016 <https://aknurpress.kz/reader/web/1431>

7. Контрольные вопросы (обратная связь):

- Как использовать информацию DMT/EBN?
- Каковы основные компетенции медсестры в Казахстане?

<p> ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p>Кафедра «Сестринское дело-1»</p>		<p>№72/11 ()</p>
<p>Лекционный комплекс</p>		<p>28 стр. из 28</p>