

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени
И.М.Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Фонд оценочных средств

ТЕОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

(наименование дисциплины/ практики, либо – раздела дисциплины/ практики)

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования

Бакалавриат

34.03.01 Сестринское дело

Очная форма обучения

указывается код и наименование направления подготовки (специальности)

Тема 1.1 История и философия сестринского дела

1. Впервые в России организованный женский труд для ухода за больными в госпиталях и лазаретах был использован при
Петре I
Екатерине II
Александре I
Николае II
2. Институт сердобольных вдов был создан
в 1818 г. в Москве
в 1824 г. в Санкт-Петербурге
в 1837 г. в Екатеринбурге
в 1854г. в Севастополе
3. Первое руководство на русском языке для специальной подготовки персонала по уходу за больными вышло в свет
в 1822 г.
в 1818 г.
в 1824 г.
в 1836 г.
4. Автором первого руководства (учебника) на русском языке для специальной подготовки персонала по уходу за больными был
Х. Оппель
В.Хендерсон

Д.Орем
Н.Пирогов

5. Первыми сестрами милосердия, которые отправились на фронт для оказания помощи раненым на поле боя, были сестры
Крестовоздвиженской общины
Общества Красного Креста
Свято-Троицкой общины
Покровской общины
6. Руководить деятельностью сестер милосердия в Крыму было поручено
Н.И. Пирогову
Н.В.Склифосовскому
С.П.Боткину
И.П.Павлову
7. Одной из первых, кто организовал помощь больным на Руси, была
княгиня Ольга
Анна Ярославна
Мария Фёдоровна
Екатерина II
8. Первые больницы на Руси создавались при
монастырях
дворцах князей
ярмарках
купеческих домах
9. Повивальные бабки появились
в XI–XIII веках
в IX веке
в XV веке
в XVIII веке
10. Указ о введении должности повивальных бабок был издан при
Екатерине II
Петре I
Александре I
Анне Иоанновне
11. Первые воспитательные дома для ухода за детьми были созданы по указу
Петра I
Екатерины II
Марии Фёдоровны

Александра II

12. Императрица, основавшая институт сиротских вдов
Мария Фёдоровна
Екатерина II
Елена Павловна
Анна Иоанновна
13. Первое руководство по уходу за больными на русском языке вышло
в 1822 г.
в 1818 г.
в 1824 г.
в 1836 г.
14. Автором первого руководства по уходу за больными был
Х. Ф. Оппель
Н. И. Пирогов
С. П. Боткин
Е. М. Бакунина
15. Первую общину сестёр милосердия в России организовала
великая княгиня Елена Павловна
Мария Фёдоровна
Екатерина II
Анна Павловна
16. Первая община сестёр милосердия называлась
Крестовоздвиженская
Свято-Троицкая
Покровская
Благовещенская
17. Крымская война проходила в
1853–1856 гг.
1812–1814 гг.
1877–1878 гг.
1904–1905 гг.
18. Организатором деятельности сестёр милосердия в Крымской войне был
Н. И. Пирогов
Н. В. Склифосовский
И. П. Павлов
С. П. Боткин

19. Впервые в истории военно-полевой хирургии сёстры милосердия были разделены по функциям по инициативе
Н. И. Пирогова
Е. М. Бакуниной
А. Дюнана
В. Хендерсон
20. Российское общество Красного Креста было основано
в 1867 г.
в 1844 г.
в 1881 г.
в 1905 г.
21. Главная цель Российского общества Красного Креста заключалась в
обучении и организации сестёр милосердия
строительстве госпиталей
изготовлении лекарств
распространении санитарных правил
22. Одна из первых сестёр милосердия России, участница войн XIX века —
Е. М. Бакунина
Н. И. Пирогова
В. Хендерсон
М. Кюри
23. К концу XIX века в России было
около 10 тысяч сестёр милосердия
около 500 сестёр милосердия
около 50 тысяч сестёр милосердия
около 100 сестёр милосердия
24. Первый Всероссийский съезд сестёр милосердия состоялся
в 1917 г.
в 1867 г.
в 1901 г.
в 1924 г.
25. Что стало с общинами сестер милосердия после 1917 года
были упразднены
сохранились без изменений
стали частью Красного Креста
получили статус государственных учреждений
26. Единая система среднего медицинского образования в СССР была создана

- в 1936 г.
- в 1945 г.
- в 1960 г.
- в 1991 г.

27. В годы Великой Отечественной войны было подготовлено
- более 280 тысяч сестёр
 - около 10 тысяч сестёр
 - около 500 сестёр
 - менее 100 тысяч сестёр
28. Женщины, награждённые медалью Флоренс Найтингейл, были
- медицинскими сёстрами
 - фельдшерами
 - врачами
 - санитарками
29. Ассоциация медицинских сестёр России была создана
- в 1992 г.
 - в 1985 г.
 - в 1995 г.
 - в 2001 г.
30. Этический кодекс медицинской сестры в России был принят
- в 1997 г.
 - в 1991 г.
 - в 2000 г.
 - в 2005 г.
31. Россия вступила в Международный совет медсестёр
- в 2005 г.
 - в 1993 г.
 - в 2007 г.
 - в 2010 г.
32. Аккредитация специалистов в сестринском деле введена
- в 2016 г.
 - в 2005 г.
 - в 2010 г.
 - в 2020 г.
33. Основоположницей современного сестринского дела считается
- Ф.Найтингейл
 - В.Хендерсон

Д.Орем
К.Рой

34. Основные положения профессиональной медицинской этики в древности заложил:
- Гиппократ
 - Авиценна
 - Перикл
 - Асклепий
35. Философия сестринского дела представляет собой систему взглядов
- на профессию медицинской сестры
 - на систему здравоохранения
 - на потребности пациента
 - на взаимодействие врачей и медицинских сестер
36. В центре философии сестринского дела находится
- пациент (человек)
 - медицинская сестра
 - здоровье
 - окружающая среда

1.2 Биоэтические аспекты профессиональной деятельности

1. Основополагающим принципом биоэтики, утверждающим право личности на самоопределение, является принцип:
 - автономии
 - благодеяния
 - справедливости
 - «не навреди»
2. Принцип «не навреди» в биоэтике обязывает медицинского работника:
 - воздерживаться от причинения вреда пациенту своими действиями
 - предоставлять пациенту всю информацию о его состоянии
 - обеспечивать равный доступ к медицинским ресурсам
 - действовать в интересах пациента, даже вопреки его воле
3. Принцип справедливости в биоэтике регулирует вопросы:
 - справедливого распределения ресурсов и доступности медицинской помощи
 - честности во взаимоотношениях между врачом и пациентом
 - добровольности получения информированного согласия
 - правдивости при сообщении диагноза пациенту
4. Соблюдение врачебной тайны является непосредственным проявлением:
 - долга
 - совести
 - вины
 - стыда

5. Этическая категория «достоинство» в биоэтике подразумевает:
 - признание самоценности личности и права на уважение
 - высокий социальный статус человека
 - профессиональные достижения медицинского работника
 - материальное благополучие пациента
6. Категория морального сознания в профессиональной деятельности медицинского работника проявляется как:
 - внутренняя самооценка своих поступков и действий с точки зрения добра и зла
 - систематическое повышение профессиональной квалификации
 - владение техниками коммуникации с разными категориями пациентов
 - способность быстро принимать решения в экстренных ситуациях
7. Классическая модель врачевания, основанная на принципе «не навреди» и строгом соблюдении врачебной этики, известна как модель...
 - Гиппократ
 - Парацельса
 - деонтологическая
 - биоэтическая
8. Для модели Парацельса характерен тип взаимоотношений «врач-пациент», основанный на:
 - эмоционально-духовной близости и милосердии
 - принципах рыночной экономики и контракта
 - формальном выполнении профессионального долга
 - коллегиальном партнерстве и взаимной ответственности
9. Модель, рассматривающая пациента как набор биологических систем и органов, а врача – как инженера, ремонтирующего неисправный механизм, известна как:
 - техническая
 - деонтологическая
 - сакральная
 - коллегиальная
10. Основным принципом, лежащим в основе модели Гиппократ, является:
 - прежде всего – не навреди
 - цель оправдывает средства
 - делай добро
 - главное – успешный результат
11. Модель, в которой врач принимает решения, основываясь на чувстве сострадания и личной ответственности за пациента, восходит к идеям:
 - Парацельса
 - Гиппократ
 - утилитаристов
 - технической модели

12. Концептуальное отличие модели Парацельса от модели Гиппократов заключается в смещении акцента с:
 - формального долга на патернализм, основанный на любви и милосердии
 - автономии пациента на полный контроль со стороны врача
 - интересов пациента на интересы науки
 - духовных аспектов на биологические механизмы болезни
13. Модель взаимоотношений «врач-пациент», при которой врач принимает решения единолично, основываясь на своем авторитете, является:
 - патерналистской
 - коллегиальной
 - технической
 - договорной
14. Для коллегиальной модели взаимоотношений характерно:
 - партнерство и совместное принятие решений врачом и пациентом
 - механическое выполнение врачом предписаний пациента
 - полный контроль пациента над процессом лечения
 - принятие решений врачом без учета мнения пациента
15. Модель, учитывающая эмоциональные и духовные аспекты взаимоотношений, называется:
 - сакральной
 - технической
 - патерналистской
 - коллегиальной
16. Проблема получения добровольного информированного согласия непосредственно связана с реализацией принципа:
 - автономии
 - справедливости
 - конфиденциальности
 - благодеяния
17. Этические дилеммы, связанные с прекращением жизни неизлечимо больного человека по его просьбе, относятся к проблеме:
 - эвтаназии
 - клонирования
 - трансплантации органов
 - аборта
18. Этические вопросы, возникающие при проведении экспериментов с участием человека, в первую очередь касаются:
 - соблюдения прав и обеспечения безопасности испытуемых
 - стоимости исследований
 - скорости получения результатов
 - публикации результатов в научных журналах
19. Проблема справедливого распределения дефицитных ресурсов здравоохранения напрямую связана с принципом:
 - справедливости

автономии
конфиденциальности
«не навреди»

20. Модель, в которой пациент самостоятельно выбирает схему лечения из нескольких предложенных вариантов, называется:
- договорной
патерналистской
технической
сакральной
21. В условиях современного здравоохранения наиболее этически обоснованной считается модель, основанная на:
- взаимном уважении и разделенной ответственности
безусловном авторитете и решающей роли врача во всех аспектах лечения
строгом соблюдении медицинских стандартов и протоколов
полном подчинении медицинских рекомендаций воле и желаниям пациента
22. Этический принцип, закрепленный в законодательстве как «недопустимость клонирования человека», основан на защите...
- целостности человеческого рода и достоинства личности
экономических интересов государств
религиозных догм
интересов научного сообщества
23. Запрет на эвтаназию в законодательстве большинства стран основан на этической позиции, признающей:
- абсолютную ценность человеческой жизни и недопустимость ее прекращения по внешнему решению
право врача на прекращение страданий пациента
экономическую нецелесообразность поддержания жизни неизлечимых больных
приоритет мнения родственников над мнением пациента
24. Этическим обоснованием законодательства о психиатрической помощи является баланс между:
- автономией пациента и необходимостью принудительной госпитализации в интересах его безопасности или безопасности окружающих
стоимостью лечения и его эффективностью
мнением родственников и мнением пациента
интересами государства и медицинского учреждения
25. Законодательное требование оказания медицинской помощи в экстренной ситуации без согласия пациента основано на приоритете принципа:
- благодеяния и сохранения жизни
автономии
справедливости
конфиденциальности

26. Требование получения информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство является правовым закреплением принципа:
- автономии пациента
 - патернализма
 - медицинской тайны
 - справедливости

1.3 Потребности человека в здоровье и болезни

1. Потребность человека — это:
 - переживаемая и осознаваемая нужда в том, что необходимо для поддержания жизни и развития
 - осознанное чувство любви и принадлежности
 - любое желание, которое может сформулировать индивид
 - стремление к духовному самосовершенствованию
2. Согласно иерархической теории А. Маслоу, потребности:
 - выстраиваются в определенной последовательности от низших к высшим
 - имеют одинаковую значимость для индивида в любой момент времени
 - возникают хаотично и не поддаются систематизации
 - актуальны только для социально успешных людей
3. К витальным потребностям человека относят потребность в:
 - пище, воде, сне
 - уважении и признании
 - творческой самореализации
 - общении и социальных связях
4. Психогенные потребности, по теории Г. Мюррея:
 - формируются под влиянием окружающей социальной среды
 - являются врожденными и не меняются в течение жизни
 - идентичны у всех представителей человеческой культуры
 - сводятся исключительно к базовым инстинктам
5. К социогенным потребностям традиционно относят потребность в:
 - труде, образовании, социальном статусе
 - кислороде и поддержании температуры тела
 - безопасности и стабильности
 - двигательной активности и отдыхе
6. Теория потребностей У. Макдауголла основана на концепции:
 - врожденных инстинктов
 - социального научения
 - когнитивного диссонанса
 - самоактуализации
7. Классификация потребностей на материальные, духовные и социальные основана на:
 - характере предмета, способного удовлетворить потребность

уровне их осознанности индивидом
их принадлежности к определенной возрастной группе
степени их влияния на поведение личности

8. В основании пирамиды потребностей А. Маслоу находятся:
физиологические потребности
потребности в безопасности
потребности в любви и принадлежности
потребности в самоактуализации
9. Индивидуальные психологические особенности личности определяют:
предпочтительные стратегии удовлетворения социальных потребностей
универсальные физиологические параметры организма
общественные нормы поведения в социуме
биологические основы потребности в безопасности
10. Культурные традиции и нормы общества в наибольшей степени определяют:
конкретные способы удовлетворения базовых физиологических потребностей
универсальные физиологические параметры организма
генетически обусловленные особенности метаболизма
инстинктивные поведенческие реакции человека
11. Согласно А. Маслоу, потребность в любви, дружбе и чувстве общности:
относится к дефицитарным потребностям и актуализируется после
удовлетворения физиологических и безопасности
возникает после полного удовлетворения потребностей в уважении
является врожденной и не зависит от удовлетворения других нужд
присутствует только у эмоционально незрелых людей
12. Высшей ступенью в иерархии потребностей А. Маслоу является
потребность в:
самоактуализации
познании и понимании
безопасности
эстетическом наслаждении
13. Принцип иерархии в теории Маслоу предполагает, что:
доминирующие потребности, расположенные на более низких уровнях,
требуют первостепенного удовлетворения
человек одновременно стремится удовлетворить все свои потребности
потребности в самоактуализации являются самыми важными с момента
рождения
удовлетворение высших потребностей не зависит от удовлетворения
низших
14. Согласно теории А. Маслоу, потребности в безопасности и защищенности:
возникают после удовлетворения основных физиологических потребностей
являются врожденными и не зависят от внешних условий

формируются в процессе социального взаимодействия
присутствуют только в детском возрасте

15. Потребность в порядке, красоте и гармонии А. Маслоу относил к:
эстетическим потребностям
потребностям в уважении
потребностям в принадлежности
базовым физиологическим потребностям
16. Сублимация, как механизм регулирования потребностей, представляет собой:
перенос энергии нереализованной потребности на социально приемлемую деятельность
полное вытеснение потребности из сферы сознания
удовлетворение потребности незамедлительно и любым способом
отказ от признания существования потребности
17. Волевое регулирование потребностей основано на:
способности действовать в соответствии с сознательно поставленными целями, преодолевая внутренние и внешние препятствия
сиюминутных эмоциональных импульсах
бессознательных психологических защитах
полном подчинении доминирующей потребности
18. Депривация — это:
продолжительное лишение возможности удовлетворить значимую потребность
чрезмерное удовлетворение какой-либо потребности
мгновенная реакция на препятствие
процесс формирования новой потребности
19. Внутренний конфликт, вызванный столкновением двух равносильных, но противоречащих друг другу потребностей, называется:
мотивационный конфликт
фрустрация
когнитивный диссонанс
сублимация
20. Потребности в уважении, признании и самооценке по А. Маслоу:
формируют основу для самоактуализации личности
являются врожденными характеристиками человека
зависят исключительно от внешних обстоятельств
имеют биологическую природу происхождения
21. Привычка, как регулятор поведения:
автоматизирует способ удовлетворения потребностей, экономя психическую энергию
всегда является осознанной и контролируемой
характерна только для удовлетворения высших потребностей
абсолютно не влияет на процесс удовлетворения нужд

22. Осознанная отсрочка удовлетворения потребности является признаком:
развитой саморегуляции и волевых процессов
низкого уровня развития личности
фрустрации
депривации
23. Мотивационный конфликт возникает при:
столкновении противоречащих друг другу потребностей
полном удовлетворении всех потребностей
отсутствии значимых потребностей
осознании единственной потребности
24. Принцип доминирования в теории Маслоу предполагает, что:
неудовлетворенные базовые потребности подавляют высшие
все потребности имеют одинаковую значимость
высшие потребности могут игнорировать базовые
потребности возникают хаотично и бессистемно
25. Роль ценностных ориентаций в регулировании потребностей заключается в:
формировании иерархии значимости потребностей и выборе способов их
удовлетворения
полном устранении биологических нужд
увеличении числа материальных запросов
спонтанном удовлетворении любых возникающих желаний

Тема 1.4. Общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.

1. К какому уровню общения относится мысленное общение человека с самим собой?
внутриличностному
межличностному
общественному
профессиональному
2. К какому уровню общения относится общение между двумя и более людьми?
межличностному
внутриличностному
общественному
профессиональному
3. К какому уровню общения относится общение человека с большой аудиторией?
общественному
внутриличностному
межличностному

профессиональному

4. К внутриличностному уровню общения можно отнести
мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-либо планы
общение между двумя людьми
обмен опытом с другими людьми
общение человека с большой аудиторией
5. К межличностному уровню общения можно отнести
обмен опытом с другими людьми
общение на повышенных тонах
общение человека с большой аудиторией
обдумывание речи перед выступлением на конференции
6. Типы, каналы или средства общения делятся на
вербальные и невербальные
личные и общественные
профессиональные и любительские
словесные и письменные
7. Вербальное средство общения:
устная речь
мимика
жесты
Поза
8. По словесному каналу (и при письменном общении) передается
чистая информация, т.е. смысл,
отношение партнеров к информации и друг к другу
эмоции
чувства
9. Оптимальная дистанция между участниками разговора, которая устанавливает правильное соотношение между проявлением расположения и угрозой вторжения во внутренний мир собеседника – это
зона комфорта
зона интимности
социальная зона
общественная зона
10. Познавательная сфера обучения – это когда пациент узнает и понимает новые факты, анализирует информацию

обладает умением, благодаря умственной и мышечной деятельности, обучается новым движениям

получив информацию, изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями

способен изменить двигательную реакцию в необычной ситуации

11. Психомоторная сфера обучения – это когда пациент

обладает умением, благодаря умственной и мышечной деятельности, обучается новым движениям

узнает и понимает новые факты

анализирует информацию

получив информацию, изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями

12. Познавательная сфера обучения – это когда пациент

получив информацию, изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями

узнает и понимает новые факты, анализирует информацию

обладает умением, благодаря умственной и мышечной деятельности, обучается новым движениям

способен изменить двигательную реакцию в необычной ситуации

13. К словесным методам обучения в сестринском деле относится

устное изложение информации, инструктаж

демонстрация иллюстраций, видеофильмов

отработка самих манипуляций

демонстрация различных видов шприцев

14. К наглядным методам обучения в сестринском деле относится

демонстрация иллюстраций, видеофильмов

устное изложение информации, инструктаж

отработка самих манипуляций

консультирование

15. К практическому методу обучения в сестринском деле относится

отработка самих манипуляций

устное изложение информации, инструктаж

демонстрация иллюстраций, видеофильмов

демонстрация различных видов шприцев

16. Готовность пациента к обучению зависит от

состояния здоровья и умственных способностей пациента

состояния здоровья и умственных способностей медицинской сестры

графика работы лечащего врача

температуры воздуха и освещенности в помещении

17. К неблагоприятным факторам обучения относятся
 - усталость
 - достаточная вентиляция
 - тишина
 - достаточное освещение
18. Общение - это
 - социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми
 - односторонний процесс передачи информации
 - способ управления персоналом
 - метод диагностики заболеваний
19. Коммуникация - это
 - обмен вербальной информацией между людьми с помощью невербальных приёмов
 - эмоциональная связь между собеседниками
 - способ невербального воздействия
 - вид психологической защиты
20. Основными способами коммуникации являются
 - вербальный и невербальный
 - устный и письменный
 - звуковой и зрительный
 - личный и групповой
21. Вербальная коммуникация осуществляется с помощью
 - устной и письменной речи
 - жестов и мимики
 - зрительного контакта
 - интонации
22. Перед использованием письменной речи медсестра должна
 - убедиться, что пациент умеет читать и понимать текст
 - написать текст от руки крупными буквами
 - проверить подпись врача
 - спросить разрешение у родственников пациента
23. Невербальное общение отражает
 - поступки и поведение человека
 - грамотность речи
 - уровень интеллекта
 - социальный статус пациента
24. Наука, изучающая невербальное общение, называется
 - кинесика
 - психолингвистика
 - коммуникология
 - синергетика

25. Основными средствами невербальной коммуникации являются
мимика, жесты, поза
речь и письмо
интонация и громкость
психологический настрой
26. Основой эффективного общения являются
сопереживание, уважение, искренность
приказ, контроль, требовательность
дистанция, холодность, безэмоциональность
авторитет, сила, настойчивость
27. Цель гуманистического общения медицинской сестры -
установление доверительных отношений с пациентом
сбор медицинской информации
контроль выполнения назначений
соблюдение дисциплины
28. Речь как средство общения является
источником информации и способом воздействия на собеседника
формой эмоционального самовыражения
признаком интеллекта
методом психологического тестирования
29. Медицинская сестра должна учитывать, что манера говорить пациента
может зависеть от состояния здоровья
всегда одинакова
не имеет диагностического значения
определяется возрастом
30. В норме речь человека должна быть
плавной, спокойной, размеренной
громкой и быстрой
монотонной и невнятной
эмоциональной и торопливой
31. Речь медицинской сестры оказывает влияние на
эмоциональное состояние пациента
физическую силу пациента
уровень боли
скорость выздоровления
32. Мимика передает
внутреннее эмоциональное состояние человека
тембр голоса
физическое самочувствие
уровень интеллекта
33. К позитивным жестам относится

раскрытие рук ладонями вверх
руки на бедрах
скрещенные руки на груди
сцепленные пальцы рук

34. К закрытой позе относится
«поза Наполеона»
руки раскрыты ладонями вверх
спокойная расслабленная поза
вытянутые ноги при сидении
35. Для эффективного общения важно
согласованность слов и невербальных сигналов
громкость речи
избегание зрительного контакта
жесткий контроль эмоций
36. Элементами эффективного общения являются
отправитель, сообщение, канал, получатель, подтверждение
адрес, почта, получатель
слова, эмоции, жесты
говорящий и слушатель
37. К функциям общения относится
информационная, побудительная, координационная
эмоциональная и биологическая
организационная и логистическая
интеллектуальная и когнитивная
38. Эмотивная функция (улыбка, первый шаг к обмену эмоциями) общения -
это
обмен эмоциями между партнерами
обмен фактами
контроль действий собеседника
взаимопомощь в работе
39. Виды уровней общения включают
внутриличностное, межличностное, общественное
индивидуальное, групповое, профессиональное
вербальное и невербальное
ролевое и ситуативное
40. Конвенциональный стиль общения предполагает
дистанцию между людьми
отсутствие эмоций и инициативы
драматизацию общения
открытость и доброжелательность
41. Манипулятивный стиль общения — это
деструктивный стиль, при котором человек использует других

конструктивное взаимодействие
спокойное общение
эмпатическое слушание

42. Актуализированный стиль общения характеризуется
спокойствием и доброжелательностью
игрой на публику
эмоциональной вспыльчивостью
повышенным контролем
43. Зона личного общения составляет
примерно 0,45–1,2 м
0–15 см
1,2–3 м
более 3 м
44. Компоненты, способствующие эффективному слушанию, включают
участие, открытость, понимание, искренность
контроль, приказ, оценку
дистанцию, искренность, строгость
эмоции, раздражение, закрытость
45. Эмпатия - это
способность сопереживать и понимать другого человека
желание руководить собеседником
умение скрывать эмоции
психологическая защита от стресса

1.5 Обучение в сестринском деле

1. Основная цель обучения в сестринском деле — это:
формирование у пациента и его семьи знаний и умений, необходимых
для самостоятельного решения проблем, связанных со здоровьем
повышение общего культурного уровня пациента
полная передача ответственности за лечение пациенту
сокращение времени на непосредственный уход за пациентом
2. Обучение в сестринском деле направлено в первую очередь на:
пациента и его семью
лечащего врача
администрацию лечебного учреждения
студентов медицинских учреждений
3. Конечным результатом эффективного обучения пациента является:
повышение степени независимости пациента в уходе
увеличение количества назначаемых лекарств
уменьшение числа визитов родственников
сокращение времени общения медицинской сестры с пациентом

4. Внутренняя мотивация к обучению основана на:
 - личной заинтересованности пациента в сохранении и улучшении собственного здоровья
 - желании угодить медицинской сестре
 - страхе перед наказанием за невыполнение рекомендаций
 - получении материального вознаграждения
5. На мотивацию пациента к обучению негативно влияет:
 - депрессия, усталость и болевой синдром у пациента
 - позитивный настрой медицинской сестры
 - использование наглядных материалов
 - недоброжелательная атмосфера общения
6. При определении потребности в обучении медицинская сестра в первую очередь должна учитывать:
 - конкретные ограничения жизнедеятельности и проблемы данного пациента
 - свои личные предпочтения в методах обучения
 - стандартные программы обучения для всех заболеваний
 - мнение пациентов в соседней палате
7. Консультирование пациента по вопросам трудоустройства с учетом ограничений, вызванных заболеванием, относится к сфере:
 - социальной адаптации
 - манипуляционных умений
 - духовной поддержки
 - психологической адаптации
8. Для оценки готовности пациента к обучению медицинская сестра должна выяснить:
 - его физическое состояние, отношение к болезни и имеющиеся знания
 - наличие и исправность наглядных материалов и методических пособий
 - удобное для проведения инструктажа время в рабочем графике
 - наличие и полноту необходимой медицинской документации
9. При оценке исходных умений пациента, страдающего диабетом, медицинская сестра может попросить его:
 - продемонстрировать, как он пользуется глюкометром
 - объяснить механизм действия инсулина в организме
 - описать строение и функции поджелудочной железы
 - самостоятельно рассчитать дозу инсулина
10. Выявление ложных представлений пациента о его заболевании важно для:
 - коррекции содержания учебной программы и предотвращения ошибок
 - оценки уровня интеллектуального развития и общей грамотности пациента
 - формирования статистического отчета о наиболее распространенных мифах среди пациентов

определения степени доверия пациента к рекомендациям медицинского персонала

11. Оценка уровня грамотности и способности к обучению пациента необходима для:
 - подбора адекватных методов и языка изложения информации
 - отказа в обучении малограмотным пациентам
 - предоставления только устных рекомендаций
 - формирования группы пациентов для публичных лекций
12. Первым этапом процесса обучения пациента является:
 - оценка потребностей в обучении и исходного уровня знаний
 - демонстрация необходимой манипуляции
 - выдача печатных материалов
 - окончательный контроль усвоения материала
13. После определения потребностей пациента в обучении медицинская сестра переходит к этапу:
 - постановки целей обучения совместно с пациентом
 - написания отчета для врача
 - самостоятельного выполнения манипуляции пациентом
 - оценки эффективности обучения
14. Выбор методов и материалов для обучения пациента зависит от:
 - целей обучения и особенностей пациента
 - предпочтений медицинской сестры
 - строгого следования единственной утвержденной методике для всех пациентов
 - мнения родственников, участвующих в уходе
15. На этапе реализации плана обучения медицинская сестра:
 - проводит запланированные учебные мероприятия, адаптируя их к реакции пациента
 - строго следует первоначальному плану без каких-либо отклонений
 - окончательно оценивает результаты обучения
 - передает пациента другому специалисту для продолжения обучения
16. Заключительным этапом процесса обучения является:
 - оценка достижения целей обучения
 - установление доверительных отношений
 - подготовка помещения для занятий
 - определение потребности в обучении
17. При оценке эффективности обучения медицинская сестра ориентируется на:
 - степень достижения поставленных в начале целей
 - количество потраченного на обучение времени
 - формальное согласие пациента со всеми рекомендациями медсестры
 - субъективное мнение родственников
18. Если цели обучения не достигнуты, медицинская сестра должна:
 - выяснить причины и скорректировать план обучения

- считать процесс обучения завершенным
 - сделать вывод о неспособности пациента к обучению
 - передать пациента другому специалисту
19. При обучении пожилого пациента медицинской сестре важно:
- предоставлять информацию в медленном темпе, использовать крупные шрифты и повторение
 - говорить очень громко, независимо от состояния его слуха
 - избегать использования наглядных материалов
 - давать максимальный объем информации за один раз для полноты картины
20. При обучении пациента с низким уровнем грамотности
- предпочтительнее использовать:
 - визуальные пособия, простой язык и активную демонстрацию
 - рекомендацию изучить специализированную медицинскую литературу
 - предоставление доступа к англоязычным медицинским ресурсам
 - письменные тесты для проверки усвоения материала
21. Одним из принципов эффективного обучения пациента является:
- активное участие пациента в процессе
 - минимизация времени на обучение для экономии рабочего времени персонала
 - использование только одного метода подачи информации
 - использование исключительно лекционного метода подачи информации
22. Обучение пациента считается наиболее эффективным, когда оно:
- интегрировано в повседневную деятельность по уходу
 - проводится в формате длинной и подробной лекции медицинской сестры
 - проводится исключительно по инициативе самого пациента
 - полностью возложено на членов семьи пациента для более доверительного контакта
23. Барьером для эффективного обучения пациента является:
- отрицание пациентом своего заболевания и отсутствие мотивации
 - хорошее самочувствие и стабильное состояние пациента
 - использование медицинской сестрой простого и понятного языка
 - использование наглядных материалов и памяток
24. При обучении ребенка медицинская сестра должна привлекать к процессу...
- родителей или законных представителей
 - только самого ребенка, чтобы развивать его самостоятельность
 - других юных пациентов для создания коллективной динамики
 - младший медицинский персонал для выполнения технических заданий
25. Использование раздаточных материалов (памяток, брошюр) в процессе обучения:
- позволяет пациенту закрепить и вспомнить информацию в домашних условиях

- заменяет личное общение с медицинской сестрой
является обязательным для всех пациентов без исключения
необходимо только для пациентов с высшим образованием
26. Оценка эффективности обучения навыку инъекции инсулина может включать:
- наблюдение за тем, как пациент самостоятельно готовит и делает укол
 - устный опрос об истории создания инсулина
 - анализ скорости выполнения инъекции
 - опрос на знание анатомии поджелудочной железы
27. Процесс обучения пациента самоуходу является успешным, если пациент:
- демонстрирует умение применять полученные знания и навыки на практике
 - может пересказать содержание брошюры дословно
 - высказывает исключительно положительные отзывы о работе медицинской сестры
 - избегает обсуждения своей болезни

Тема 1.6. Роль общественных организаций в развитии сестринского дела.

1. Международный день медицинской сестры официально утвердил
Международный совет медсестер
Всемирная организация здравоохранения
Ассоциация медицинских сестер России
Международный красный крест
2. Международный день медицинской сестры отмечается
12 мая
20 июня
4 ноября
7 апреля
3. Всемирный день здоровья ежегодно отмечают
7 апреля
12 мая
в третье воскресенье июня
12 декабря
4. Международный комитет красного креста образован в
1863 г.
1818 г.
1914 г.
1902 г.

5. Всемирная организация здравоохранения объявила 2020 год
Международным годом медсестры и акушерки
Международным годом памяти Флоренс Найтингейл
Международным годом борьбы с covid-19
Международным годом паллиативной помощи

6. Президентом Международного совета медсестер является
Аннет Кеннеди
Говард Кэттон
Тедрос Аданом Гебреисус
Антониу Гуттереш

7. Российский красный крест основан
в 1867 году государем императором Александром II
в 1862 году Анри Дюнаном
в 1854 году великой княгиней Еленой Павловной
в 1715 году императором Петром I

8. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» активно действует с
1992 г.
1986 г.
2002 г.
2010 г.

9. Nursing Now - это
международная кампания по улучшению здоровья путем повышения статуса и профиля сестринского дела
общественная организация младшего медицинского персонала
второе название Международного совета медсестер
программа непрерывного профессионального развития

10. Основное направление деятельности имеет Ассоциация медицинских сестер России - это
Совершенствование сестринского дела и защита профессиональных прав
Контроль за деятельностью врачей
Оказание материальной помощи пациентам
Подготовка санитаров

11. Президентом Ассоциации медицинских сестер России более 20 лет является
Валентина Антоновна Саркисова
Анна Ивановна Щетинина
Мария Петровна Токарева
Наталья Сергеевна Петрова

12. Этический кодекс медицинской сестры России был принят в
1997 году
1994 году
1998 году
2002 году
13. Главный международный координирующий орган в области сестринского дела называется?
Международный совет медицинских сестер
Всемирная организация здравоохранения
Красный Крест
Совет Европы по сестринскому делу
14. В каком году был создан Международный совет медицинских сестер?
1899 год
1905 год
1888 год
1912 год
15. Какой символ имеет Международный совет медицинских сестер?
Белое сердце
Красный крест
Голубой круг
Золотая лампа
16. Сколько стран входят в Международный совет медицинских сестер?
Более 132 стран
100 стран
150 стран
90 стран
17. Ассоциация медицинских сестер России была переименована в Национальное объединение медсестер в
2002 году
1998 году
2005 году
1994 году
18. С какого года Россия участвует в Международном совете медицинских сестер
2005 года
2002 года
1997 года
2010 года
19. Сколько региональных сестринских ассоциаций существует в России на данный момент

Около 55
100
25
80

2.1 Образовательная траектория в Сестринском деле

1. Базовое образование для получения квалификации «медицинская сестра» в Российской Федерации обеспечивается в:
учреждении среднего профессионального образования
высшем учебном заведении
учреждении дополнительного профессионального образования.
ординатуре
2. Высшее сестринское образование позволяет занимать должности...
старшей медицинской сестры, преподавателя
палатной и процедурной медицинской сестры
младшей медицинской сестры
медицинской сестры по массажу и косметологии
3. Обучение в медицинском колледже по специальности «Сестринское дело» завершается присвоением квалификации:
медицинская сестра / медицинский брат
акушер/акушерка
старшая медицинская сестра
фельдшер
4. Непрерывное медицинское образование (НМО) представляет собой:
процесс постоянного совершенствования знаний и навыков на протяжении всей профессиональной жизни
единовременное повышение квалификации раз в пять лет
обучение только в стенах медицинского университета
обязательную стажировку за рубежом
5. Основная задача системы НМО — это:
поддержание и повышение профессионального уровня медицинских работников
замена аккредитации специалистов
формальное увеличение количества дипломов у медицинского работника
автоматическое продление действия сертификата специалиста
6. Для накопления баллов (кредитов) в системе НМО медицинский работник может:
посещать образовательные циклы, конференции и вебинары
работать сверхурочно в своем учреждении
публиковать статьи в научно-популярных журналах
участвовать в внутренних совещаниях и планерках в своем отделении
7. Одной из форм образовательных мероприятий в системе НМО является:
участие в образовательных модулях на портале НМО
чтение медицинской литературы и научных статей

- контроль за соблюдением санитарного режима в отделении
заполнение сестринской документации
8. Накопление баллов НМО является обязательным условием для:
прохождения периодической аккредитации специалиста
получения категории
прохождения первичной специализированной аккредитации
прохождения первичной аккредитации
9. Периодичность прохождения аккредитации для медицинских сестер составляет:
один раз в 5 лет
один раз в 10 лет
один раз в 3 года
каждый год
13. Профессиональный стандарт «Специалист по сестринскому делу» предназначен для:
определения требований к квалификации и трудовым функциям медицинских сестер
установления размера заработной платы
определения графика работы
замены должностной инструкции
14. Срок действия свидетельства об аккредитации специалиста составляет:
5 лет
1 год
3 года
бессрочно
15. Первичная аккредитация специалиста проводится для:
выпускников медицинских образовательных учреждений, впервые получающих допуск к профессии
всех медицинских работников ежегодно
выпускников медицинских образовательных учреждений, повторно получающих допуск к профессии
медицинских сестер, достигших пенсионного возраста
16. Основной единиц измерения в системе НМО является:
зачетная единица обучения - ЗЕТ
академический час
астрономический час
лекционное занятие
17. Допуск к работе медицинской сестры без прохождения обязательного медицинского осмотра:
запрещен законодательством
разрешен в исключительных случаях
является внутренним делом учреждения
возможен с письменного согласия главной медицинской сестры

18. Финансирование участия медицинских работников в мероприятиях НМО может осуществляться за счет средств:
различных источников, включая бюджет и средства работодателя
только федерального бюджета
исключительно самих медицинских работников
только фондов обязательного медицинского страхования
19. Информация о накопленных медицинским работником баллах НМО хранится в:
личном кабинете на портале НМО
отделе кадров медицинской организации
региональном департаменте здравоохранения
Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения
20. При невыполнении требований по накоплению баллов НМО медицинский работник:
не допускается к периодической аккредитации
подлежит увольнению
получает выговор от работодателя
должен пройти внеочередную аттестацию
21. Образовательные мероприятия в системе НМО подразделяются на:
основные, дополнительные и стажировки
формальные и неформальные
основные и дополнительные
платные и бесплатные
22. К основным образовательным мероприятиям в системе НМО относятся:
обучение на циклах повышения квалификации
участие в научных конференциях и симпозиумах
стажировки в медицинских организациях
самостоятельная работа с литературой
23. Координацию деятельности по реализации системы НМО осуществляет:
Министерство здравоохранения РФ
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
Профсоюз медицинских работников
Совет ректоров медицинских вузов
24. Данные о накопленных баллах НМО являются:
конфиденциальной информацией
коммерческой тайной
общедоступной информацией
собственностью работодателя
25. При проведении аккредитации учитываются баллы НМО, накопленные за:
весь период между аккредитациями
последний год работы
последние 3 года работы
всю профессиональную карьеру

26. При невозможности выполнения требований НМО по уважительной причине медицинский работник может:
- получить отсрочку прохождения аккредитации
 - быть освобожден от аккредитации
 - продолжить работу без аккредитации
 - перейти на другую должность

2.2 Профессиональная траектория в Сестринском деле

1. Основное назначение профессионального стандарта "Специалист по сестринскому делу" — это:
 - установление единых требований к квалификации и трудовым функциям
 - определение размера заработной платы медицинской сестры
 - замена должностной инструкции в медицинской организации
 - регулирование графика работы среднего медицинского персонала
2. Профессиональный стандарт "Специалист по сестринскому делу" обеспечивает:
 - единство требований к квалификации медицинских сестер по всей стране
 - различный подход к подготовке медицинских сестер в регионах
 - индивидуальные требования к каждой медицинской сестре
 - дифференциацию требований в зависимости от стажа работы
3. Профессиональный стандарт является документом:
 - нормативного характера, обязательным для применения
 - рекомендательного характера для ознакомления
 - информационного характера для пациентов
 - справочного характера для студентов
4. Профессиональный стандарт устанавливает:
 - возможные пути карьерного роста медицинской сестры
 - размер заработной платы для каждого сотрудника
 - положения должностной инструкции
 - перечень образовательных организаций, выпускники которых имеют право на трудовую деятельность
5. При соответствии работника требованиям профессионального стандарта работодатель может:
 - допустить сотрудника к выполнению трудовых функций
 - установить сотруднику повышенный оклад без оснований
 - предоставить сотруднику дополнительный отпуск
 - разрешить сотруднику работать без контроля
7. Для занятия должности "медицинская сестра палатная" необходимо иметь образование:
 - среднее профессиональное по специальности "Сестринское дело"
 - высшее образование по специальности "Сестринское дело"
 - среднее профессиональное по специальности "Лечебное дело"
 - среднее профессиональное по специальности "Акушерское дело"

8. Квалификационная категория медицинской сестры устанавливается на основании:
 - результатов аттестации, проводимой специальной комиссией
 - решения врачебной комиссии медицинской организации
 - количества отработанных лет в здравоохранении
 - устной рекомендации главной медицинской сестры
9. Для прохождения первичной аккредитации выпускник медицинского колледжа должен:
 - успешно сдать экзамены по образовательной программе
 - иметь не менее трех лет практического стажа
 - иметь не менее пяти лет практического стажа
 - предоставить академическую справку с места обучения
10. Периодическая аккредитация специалиста проводится с целью:
 - подтверждения соответствия квалификации современным требованиям
 - повышения размера заработной платы
 - перевода на другую должность
 - получения высшего медицинского образования
11. Одним из условий допуска к периодической аккредитации является:
 - накопление необходимого количества баллов НМО
 - наличие действующего сертификата специалиста
 - наличие диплома о получении среднего профессионального образования
 - прохождение ежегодного диспансерного обследования
12. Периодичность аккредитации для медицинских сестер составляет:
 - 5 лет с момента предыдущей аккредитации
 - 3 года с даты получения свидетельства
 - 1 год с последнего повышения квалификации
 - 10 лет с начала профессиональной деятельности
13. Допуск к осуществлению медицинской деятельности подтверждается:
 - свидетельством об аккредитации специалиста
 - сертификатом специалиста установленного образца
 - дипломом о профессиональном образовании
 - трудовой книжкой с записью о приеме на работу
14. Профессиональный стандарт устанавливает:
 - уровень квалификации, необходимый для выполнения трудовой функции
 - размер заработной платы для каждой должности
 - график работы медицинских сестер в ночную смену
 - перечень личных качеств сотрудника
15. Профессиональная компетентность медицинской сестры оценивается через:
 - соответствие требованиям профстандарта
 - количество отработанных смен
 - размер заработной платы
 - количество пациентов

16. К должностям руководителей сестринских служб относят:

- главную медицинскую сестру
- старшую медицинскую сестру
- заведующего отделением
- главного врача

Тема 2.3. Стандартизация в профессиональной деятельности медицинской сестры.

1. Основа управления качеством работы среднего медицинского персонала

- Наличие стандартов
- Система отчетности
- Количество пациентов
- Контроль со стороны врачей

2. Документ, устанавливающий требования к качеству медицинских услуг

- Стандарт
- Инструкция
- Памятка
- Рекомендация

3. Норма поведения медицинской сестры закреплена в

- Этическом кодексе медицинской сестры
- Уставе больницы
- Трудовом кодексе
- Приказе Минздрава

4. В сестринском деле применяются виды стандартов

- Структуры, процесса, результата и содержания
- Финансовые и организационные
- Этические и психологические
- Физиологические и санитарные

5. К управленческим стандартам сестринского дела относятся стандарты

- Структуры
- Процесса
- Результата
- Содержания

6. К технологическим стандартам относятся стандарты

- Процесса
- Структуры
- Результата
- Содержания

7. Критерием, отражающим реакцию пациента на работу медсестры, являются стандарты

- Результата

Процесса
Содержания
Структуры

8. Первым элементом систематизации медицинских услуг в России стал классификатор

«Простые медицинские услуги»
«Базовые медицинские процедуры»
«Основные лечебные стандарты»
«Типовые сестринские операции»

9. Основное значение стандартов в медицинской практике

Повышение качества помощи и объективная оценка труда
Сокращение персонала
Снижение нагрузки врачей
Упрощение документации

10. Объективная оценка качества сестринской работы достигается через

Количественные показатели
Личные наблюдения
Мнение пациентов
Рекомендации руководителя

13. Главная цель анализа ошибок в деятельности медсестер

Обучение и исправление ошибок
Наказание нарушителей
Повышение зарплаты
Повышение лояльности среди администрации

14. К объективным критериям оценки качества работы относятся

Статистические данные
Отзывы пациентов
Мнение коллег
Результаты опросов

15. К субъективным критериям оценки качества сестринской помощи относятся

Собеседования с пациентами и родственниками
Лабораторные анализы
Статистические данные
Финансовые отчёты

16. Обеспечение высокого качества сестринской деятельности требует

Комплекса организационных и воспитательных мероприятий
Только контроля со стороны руководства
Увеличения рабочего времени
Сокращения требований стандартов

17. Дайте определение ОСТ в здравоохранении

Отраслевой стандарт

Общегосударственный стандарт терапии

Образцовый санитарный термин

Общероссийская система технологий