

Ю.Ю. БОРИСОВ

**ТЕОРИЯ
СЕСТРИНСКОГО
ДЕЛА**

КРАСНОДАР 2014

УДК 616-083.075.8

ББК 53.5

**Автор: Борисов Ю.Ю. доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАЕ, Заслуженный деятель науки Кубани**

**Борисов Ю.Ю. Теория сестринского дела. Учебник для студентов
вузов, обучающихся по направлению подготовки 34.03.01
Сестринское дело. - Краснодар, 2014. - 121 с.**

**Рецензенты: Адамчик А.С. д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики
внутренних болезней ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Горбань В.В. д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической
терапии с курсом общей врачебной практики ФПК и ППС
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.**

**Учебник составлен в соответствии с требованиями
Федерального государственного образовательного стандарта
высшего профессионального образования по направлению
подготовки Сестринское дело, утвержденного приказом
Министерства образования и науки РФ от 17 января 2011 г. N 57.**

**Печатается по решению редакционно-издательского совета МАОУ
ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего
сестринского образования».**

**© Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего
сестринского образования**

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр
Предисловие.	4
Глава 1. Сестринское дело как профессия.	5
Глава 2. Эволюция сестринского дела.	16
Глава 3. Философия сестринского дела.	47
Глава 4. Основные потребности человека. Понятие стандарта сестринского ухода.	56
Глава 5. Модели сестринского дела.	65
Глава 6. Сестринский процесс. I этап сестринского процесса.	76
Глава 7. II-V этапы сестринского процесса.	87
Глава 8. Обучение в сестринском деле.	102
Глава 9. Инновационные процессы в сестринском деле.	109
Литература	120

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сестринское дело является важной частью системы здравоохранения. В настоящее время сестринский персонал численностью более миллиона человек составляет самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Предоставляемые ими услуги удовлетворяют потребности населения в доступной медицинской помощи. При этом Россия - одна из немногих стран, где средний медицинский персонал традиционно считают лишь помощниками и исполнителями воли врача. Между тем роль, функции и организационные формы деятельности сестринского звена значительно шире.

В современных условиях особо следует выделить такие функции средних медицинских работников, как оказание первичной медико-санитарной помощи и проведение профилактики заболеваний, обучение населения основам гигиены, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, расширение объемов помощи на дому, увеличение количества и улучшение качества реабилитационных мероприятий, формирование отделений с различной интенсивностью лечения и ухода, оказание паллиативной помощи и многие другие.

Потребность в этих видах деятельности чрезвычайно велика, особенно в настоящее время в связи с ухудшением состояния здоровья и старения населения. Мировая практика показывает, что при рациональном использовании сестринских кадров значительно улучшается качество медицинской помощи, увеличиваются ее доступность и экономичность, эффективно используются ресурсы в здравоохранении. Проведенные в разных странах исследования раскрывают универсальный характер сестринской помощи и подчеркивают потребность в ее стандартизации. Повышение уровня образования средних медицинских работников создает реальные возможности для соблюдения необходимых стандартов медицинских технологий, обеспечения гарантий качества лечения, диагностики и ухода, накопления и использования знаний о потребностях больных в сестринской помощи.

В настоящее время медицинским сестрам, фельдшерам, акушеркам и тем более бакалаврам сестринского дела необходимы современные знания в области истории, философии и теории сестринского дела, общения в сестринском деле, сестринской педагогики, психологии, требований по обеспечению безопасной больничной среды лечебных учреждений. Для осуществления сестринского процесса медицинская сестра должна владеть теоретическими основами сестринского дела, практическими навыками, уметь пользоваться предметами ухода за больными

ГЛАВА I. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК ПРОФЕССИЯ

Рассматриваемые вопросы

1.1. Определение сестринского дела.

1.2. Миссия медицинской сестры.

1.1. Определение сестринского дела.

Существует множество определений сестринского дела, на формулировку которых повлияли различные факторы, включая особенности исторической эпохи, уровень социально-экономического развития общества, географическое положение страны, уровень развития системы здравоохранения, особенности обязанностей сестринского персонала, отношение медицинского персонала и общества к сестринскому делу, особенности национальной культуры, демографические ситуации, потребности населения в медицинской помощи, а также личное мировоззрение человека, дающего определение сестринской науке. На Конгрессе специалистов сестринского дела Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), прошедшем в 1944 г. в Ганновере, было дано следующее определение: сестринское дело - это искусство и наука; оно целиком охватывает тело, разум и духовную сферу пациента, поддерживает духовное, умственное и физическое здоровье посредством обучения и примера, акцентирует внимание на сохранении здоровья, а также на оказании помощи больным, включает в себя заботу о социальной и духовной сфере пациента так же, как и о физической, и осуществляет медицинское обслуживание семьи, общества и индивида.

Одно из «классических» определений сестринского дела, получившее позже международное признание, дала в 1961 г. американская медицинская сестра Вирджиния Хендерсон - выдающийся преподаватель, просветитель, исследователь и лектор. Она писала, что уникальная функция медицинской сестры заключается в оказании помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. И делается это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость.

Первое определение сестринского дела дала легендарная Флоренс Найтингейл (1820-1910 гг.) в «Записках об уходе», изданных в 1859 г., определив его как действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению. При этом задача заключалась в создании для больного таких условий, при которых природа оказала бы свое целительное воздействие. Ф.Найтингейл считала, что уход за больными и

здоровыми - это две важные сферы сестринского дела. При этом уход за здоровыми - это поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает, а уход за больными - это помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение. Путем наблюдения и сбора информации о больном Ф.Найтингейл устанавливала связь между состоянием здоровья пациента и факторами окружающей среды. Разработанная Ф.Найтингейл концепция окружающей среды как основного компонента сестринского ухода, а также призывы избавить медицинских сестер от необходимости все знать о том, как протекает болезнь, можно рассматривать как попытку провести различия между сестринским делом и врачебной практикой. Она первая отметила, что сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний, организации, практической и научной подготовки. Теории Ф.Найтингейл позволили многим медицинским сестрам понять суть сестринского дела и использовать основные принципы на практике, в исследованиях и профессиональной подготовке. Ее идеи, взгляды, убеждения, получили широкое признание и распространение во многих странах мира. Современные исследователи рассматривают работы Ф.Найтингейл в качестве первой теории концептуальной модели сестринского дела.

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 г. в аристократической английской семье и получила достаточно всестороннее образование, которое тогда получали только мужчины. Современники Ф.Найтингейл отмечали, что она была талантливой личностью и свои способности могла реализовать в самых различных сферах деятельности, но ее выбором стала медицина.



Флоренс Найтингейл

Флоренс Найтингейл в 20 лет решила стать сестрой милосердия, но женщины ее круга не могли думать о профессии сестры и только в 33 года она осуществила свою мечту и стала ею. Работая в больнице, она понимала, что необходима школа для подготовки сестер. Сама Ф.Найтингейл получила образование в Германии в школе медсестер, основанной Ф.Флендером в 1836 году. Желанию Флоренс служить в госпитале категорически противилась вся семья.

В то время в госпиталях работали опустившиеся женщины, которых не брали ни на какую другую работу. Госпиталь был тем местом, где больным становилось хуже, а не лучше. В 1851 г., несмотря на протест семьи, Флоренс

поехала в Германию в общину дьякониц, которая имела свою больницу и школу для обучения уходу за больными. Блестяще сдав экзамены, девушка вернулась домой, а в 1853 г. уехала в Париж, чтобы ознакомиться с монашескими больницами и пройти подготовку у сестер-монахинь. После возвращения домой мисс Найтингейл предложили взять на себя руководство учреждением по уходу за больными. Это привело семейство Найтингейл в ярость, и Флоренс была вынуждена покинуть семью и уехать в Англию.

В 33 года Флоренс заняла должность суперинтенданта в учреждении по уходу за больными женщинами из высшего лондонского общества, где в полной мере показала свои организаторские способности и профессиональные навыки по уходу.

В октябре 1854 г. в период Крымской войны Флоренс вместе с 38 помощницами отправилась в полевые госпитали сначала в Скутари (Турция), а затем в Крым. Взору сестер милосердия предстала жуткая картина: госпиталь был переполнен, завшивленные раненые и больные лежали в коридорах на соломе среди нечистот, по полу бегали крысы, не хватало самого необходимого - лекарств, белья, продовольствия и топлива.

Появление в госпитале женщин было воспринято врачами с неприязнью. Первое время им даже запрещали входить в палаты и поручали самую грязную работу и самых безнадежных больных. Однако Флоренс удалось доказать, что раненые нуждаются в постоянном грамотном уходе. Последовательно проводя в жизнь принципы санитарии и ухода за ранеными, она добилась поразительных результатов. Ф.Найтингейл так организовала работу госпиталя, что смертность в нем снизилась с 49% до 2%! Именно она увеличила в госпиталях число палат, чтобы ликвидировать скученность раненых, организовала кухни и прачечные. Флоренс считала, что дело сестер милосердия - спасти раненых не только физически, но и духовно: заботиться об их досуге, организовывать читальни и помогать наладить переписку с родными. По ночам она обходила раненых со светильником в руке, за что была прозвана Леди с лампой.

По возвращении в Англию в 1856 г. Ф.Найтингейл было поручено реорганизовать армейскую медицинскую службу. При поддержке военного министра Флоренс добилась того, чтобы больницы были оснащены системами вентиляции и канализации, больничным персоналом в обязательном порядке проходил необходимую подготовку, в больницах велась строгая статистическая обработка всей информации. Была организована военно-медицинская школа, в армии велась разъяснительная работа о важности профилактики болезней. В своей книге «Записки о госпиталях» мисс Найтингейл показала связь санитарной науки с организацией госпитального

дела. Она решительно выступила против «коридорной системы» содержания больных, отстаивая необходимость внедрения павильонной системы. Именно Ф. Найтингейл создала систему подготовки кадров среднего и младшего медицинского персонала в Великобритании. Школа, созданная Ф. Найтингейл, стала моделью подготовки управленческого и педагогического звена сестринского персонала. Она настаивала на том, чтобы в сестринских школах преподавали профессиональные медицинские сестры, а управление ими в больницах взяли на себя специально обученные дипломированные медицинские сестры. Ф. Найтингейл считала, что сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний.

В процессе своей деятельности Ф. Найтингейл написала ряд трудов, которые оказали неоценимую услугу для развития сестринского ухода. Книгу «Как нужно ухаживать за больными» врачи того времени ценили очень высоко, считая ее выдающимся учебным пособием. Изучив социальные и экономические условия жизни в Индии, Ф. Найтингейл опубликовала ряд статей, в которых высказала мысль о том, что профилактика лучше лечения. В работе «Вводные записки о пребывании в учреждении» (1871) мисс Найтингейл сделала вывод о том, что роды безопаснее в домашних условиях, так как в больнице велик риск перекрестных инфекций.

Мисс Флоренс всю свою жизнь отстаивала равные права всех людей на уход и лечение во время болезни и на достойную смерть. Английское правительство по достоинству оценило ее вклад в развитие медицинской помощи и в 1883 г. Наградило ее Королевским Красным крестом. В 1907 г. Ф. Найтингейл была награждена одним из высших британских орденов «За заслуги». Во время Крымской войны, которую вела Россия с Англией, Францией, Италией и Турцией в течение двух лет Флоренс Найтингейл вместе с 38 сестрами работала в Скутари, в Турции в бараке, где находилось 2300 раненных и больных. После Крымской войны за свои деньги Ф. Найтингейл в 1856 году поставила на высокой горе под Балаклавой в Крыму большой крест из белого мрамора в память о погибших солдатах, врачах и сестрах. 26 июня 1860 года была открыта Найтингельская испытательная школа для сестер милосердия при больнице святого Фомы в Лондоне.



По окончании ее сестры давали клятву Ф. Найтингейл. Я, торжественно перед Богом и в присутствии этого собрания даю обязательство: Провести

мою жизнь в чистоте и верно служить моей профессии. Я буду воздерживаться от всего, что влечет за собой вред и гибель и не стану брать или сознательно давать вредоносное лекарство. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддержать и возвысить уровень моей профессии, а также обещаю держать в тайне все личные вопросы, относящиеся к моему ведению и семейные обстоятельства пациентов, ставшие мне известны в ходе моей практики. С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе.

В своих «Записках об уходе» Ф. Найтингейл дала определение сестринского дела, показала его отличие от врачебного дела, она создала модель сестринского дела, то есть теорию, которую преподавали в первых сестринских школах Европы и Америки. Имя Ф. Найтингейл стало символом милосердия. Ф. Найтингейл умерла 13 августа 1910 г. В 1912 г. Лига Международного



Медаль имени Ф. Найтингейл

Красного креста и Красного полумесяца учредила медаль имени Флоренс Найтингейл, до сих пор самую почетную и высшую награду для сестер милосердия во всем мире. Каждые 2 года Международный комитет Красного Креста присуждает в день ее рождения (12 мая) 50 медалей ее имени. Это высшая награда для медицинских сестер, активистов Красного Креста. В положении об этой



медали говорится, что дается она «не для увенчания карьеры, а для того, чтобы отметить выдающиеся действия и признать исключительно моральные качества награждаемых».

В 1907 г. в США впервые в мире медицинская сестра Колумбийского университета А. Нуттинг получила ученое звание профессора сестринского дела. Именно с этого события при активном участии кафедр университета начался новый период развития и научного обоснования сестринского дела. В своей работе А. Нуттинг отмечала, что сестринское дело связано с избавлением от страданий, уходом за больными и защитой здоровья людей. У большинства людей нет возможности получать лечение в больнице, поэтому им необходимо обеспечить помощь на дому. И каждой медицинской сестре нужно помнить, что не существует двух абсолютно одинаковых пациентов или абсолютно одинаковых потребностей у разных пациентов. Следовательно, не может быть и одинакового ухода за двумя разными людьми.

Постепенно сестринская практика трансформировалась в самостоятельную профессиональную деятельность, базирующуюся на

теоретических знаниях, практическом опыте, научных суждениях и клиническом мышлении. Сестринское дело не конкурировало с врачебной деятельностью, оно преимущественно занимало те ниши, которые не представляли области интересов врачей, но требовали профессионального сестринского участия. К ним, в первую очередь, относились дома сестринского ухода, где велось наблюдение и осуществлялся уход за стариками, больными с хроническими заболеваниями и инвалидами. Медицинские сестры взяли на себя ответственность за предоставление этой категории пациентов необходимого уровня помощи и поддержание оптимального качества их жизни и благополучия. Организация домов и отделений сестринского ухода, а также помощь на дому и создание служб консультативной помощи матерям и детям из числа малоимущих слоев населения обеспечили большую доступность медицинской помощи для населения, чем и заслужили признание со стороны правительственных кругов и общественности.

По мнению Д.Орэм, сестринское дело - это забота о другом ради его блага. Однако что в нем особенного по сравнению с врачебной деятельностью, которая также согласуется с принципами благорасположенности к больному? Врач стремится принести пользу больному путем активного воздействия на его болезнь. Эти воздействия чаще всего заключаются в назначении лечебных средств или ограничиваются во времени определенной технологией, процедурами и т.п. В промежутках между этими эпизодами или после них у пациента может возникнуть ощущение неблагополучия, дискомфорта, но врач этими проблемами, как правило, не занимается. В связи с тем, что проблемы пациента возникают независимо от того, какой характер носит его заболевание (хирургическое, терапевтическое и т.д.), возникают специализации сестринского дела в хирургии, педиатрии, реабилитации, геронтологии и т.п.

По мере изменения роли медицинской сестры ведущие специалисты в этой области стремились закрепить статус сестринского дела как профессии. В 1945 г. группа экспертов разработала критерии ухода за больными. Эти критерии включали не только применение специальных знаний, приобретенных в учебных заведениях, но и автономность в выработке политики и контроля профессиональной деятельности. Американская ассоциация медицинских сестер занималась вопросами становления сестринского дела как профессии, разрабатывая и уточняя политику, стандарты и нормативы, регулирующие профессиональную деятельность. В «Кодексе медсестер» (1950, 1976 и 1985 гг.) представлены нормы профессиональной этики. В работе «Уход за больными» изложена социальная политика (1981 и 1995 гг.), определяются социальный контекст ухода за

больными, характер и рамки этой деятельности, а также практическая специализация. В «Стандартах ухода за больными» (1973 и 1991 гг.) описаны функции, которые должна выполнять медицинская сестра.

В 1960-е гг. Сестринская школа Йельского университета выдвинула новое толкование сестринского дела. Предлагалось рассматривать сестринское дело как процесс, а не конечный результат, как взаимодействие, а не содержание, как взаимоотношения между двумя конкретными индивидами, а не связи между абстрактными медицинской сестрой и пациентом. В основу процесса был положен системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента. Тогда же Комиссия экспертов ВОЗ определила сестринское дело как практику человеческих взаимоотношений. Медицинская сестра согласно этому определению должна уметь распознать потребности больных, вытекающие в связи с болезнью, рассматривая больных как индивидуальные личности.

В России до недавнего времени не предпринималось попыток дать четкое определение сестринского дела. Традиционно сформировавшееся в прошлом представление о медицинской сестре лишь как о вспомогательном техническом помощнике врача, работающем по его указаниям и под его наблюдением, не претерпело значительных изменений. Это привело к значительному отставанию сферы сестринской деятельности от уровня развития науки, современных медицинских технологий и негативно сказалось на качестве сестринской помощи населению, статусе медицинской сестры и престиже профессии.

Понятие «сестринское дело» сравнительно недавно вошло в профессиональный язык российских медиков. Впервые это понятие было официально введено в 1988 г. В номенклатуре образования специальностей в сфере здравоохранения место специальности «Медицинская сестра» заняла специальность «Сестринское дело». В связи с этим в базовую подготовку медицинских сестер вошла новая учебная дисциплина «Основы сестринского дела».

Впервые сравнила сестринское дело в России и за рубежом Г.М.Перфильева в 1994-1995 годах. Она считает, что сестринское дело - важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи. В настоящее время лидеры сестринского дела берут за аксиому положение о том, что оно отделилось от медицины как особая сфера профессиональной деятельности и базируется на собственной науке. О высокой профессиональной культуре этой группы свидетельствует многоуровневое

сестринское образование, научные исследования в области сестринских наук, звание докторов наук у многих зарубежных медицинских сестер. Все выявленные показатели сестринского дела в развитых странах позволяют уверенно говорить о сформированной институциональной культуре сестринского дела.

В чем же состоит отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача? Все знания и практические действия врача направлены на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Большинство видов врачебной деятельности, будь то лечение, преподавание или исследовательская работа, направлены на различные аспекты патологических состояний конкретных болезней. Сестринское дело ориентировано в большей мере на человека или группу людей (семья, коллектив, общество), чем на болезнь. Оно направлено на решение проблем и нужд людей, их семей и общества в целом, которые возникли или могут возникнуть в связи с изменениями в здоровье. Таким образом, сестринское дело - это самостоятельная профессия, обладающая достаточным потенциалом, чтобы стать такой же важной, как и лечебное дело. Функции медицинской сестры значительно шире, чем простое выполнение указаний врача. На нее возложены основные обязанности по уходу за пациентами, профилактика заболеваний, сохранение здоровья, реабилитация и облегчение страданий. Сестра должна быть компетентным руководителем, обладающим задатками лидера, менеджера, педагога и психолога.

На совещании национальных представителей Международного совета медицинских сестер, прошедшем в 1987 г. в Новой Зеландии, было единогласно принято следующее определение сестринского дела: «сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп». Такая помощь оказывается медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где в ней есть потребность.

1.2. Миссия медицинской сестры.

Миссия медицинской сестры заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей их среды.

В последнее время меняется взгляд на функции медицинской сестры. Если раньше акцент делался на уход за больными людьми, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями. В развитых странах считается предпочтительным уход за больными и их лечение в условиях муниципальной (амбулаторно-поликлинической) медицины.

Функции медицинской сестры. Функции медицинской сестры определены Европейским региональным бюро ВОЗ по сестринскому делу и об этом свидетельствует международный проект Европейского регионального бюро ВОЗ - LEMON. Данный проект предусматривает сотрудничество разных стран (в том числе и России) в рамках вопросов сестринского дела и акушерства, предоставляет информацию о нуждах, достижениях и потенциальных проектах в странах - членах международного сообщества.

Первой функцией является осуществление сестринского ухода, например, профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи. Эта функция наиболее эффективна, если осуществляется в рамках сестринского процесса.

Осуществление сестринского ухода включает в себя:

- оценку потребностей человека и его семьи;
- выявление потребностей, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены благодаря сестринскому вмешательству;
- определение первоочередных проблем со здоровьем, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому вмешательству;
- планирование и осуществление необходимого сестринского ухода;
- привлечение пациента, а при необходимости и членов его семьи, друзей к уходу;
- использование принятых профессиональных стандартов.

Вторая функция - обучение пациентов и сестринского персонала. Она включает:

- оценку знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;
- подготовку и предоставление нужной информации на соответствующем уровне;
- помощь другим медицинским сестрам, пациентам и другому персоналу в получении новых знаний и навыков.

Третья функция - исполнение медицинской сестрой зависимой и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента, - в России только начинает вводиться. Однако без нее сестринское дело не сможет занять должного места в системе здравоохранения. Компонентом этой функции является сотрудничество с пациентом, его семьей, медицинскими работниками в планировании и организации ухода за больным.

Четвертая функция - развитие сестринской практики с помощью исследовательской деятельности - также только начинает реализовываться.

Основными целями сестринского дела являются:

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

Сестринское дело решает следующие задачи:

- 1) развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;
- 2) консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;
- 3) ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;
- 4) разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;
- 5) осуществление консультативной сестринской помощи;
- 6) обеспечение высокого уровня медицинской информации;
- 7) ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;
- 8) проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;
- 9) создание стандартов качества сестринской помощи.

Приоритетное развитие сестринского дела, несомненно, обеспечит качественно новый уровень медицинской помощи населению путем эффективного использования медицинских сестер, расширения их

профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребности населения.

Таким образом, стратегия сестринской практики должна соответствовать меняющимся потребностям системы здравоохранения, иметь научное обоснование, быть социально приемлемой, обеспечивать общедоступность медицинской помощи (особенно тем группам населения, которые испытывают наибольшую потребность в ней), предоставлять помощь в стенах лечебного учреждения, дома и на уровне семьи, гарантировать высокое качество помощи.

ГЛАВА 2. ЭВОЛЮЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.

Рассматриваемые вопросы:

- 2.1. Исторические аспекты развития сестринского дела до начала XVIII века.
- 2.2. Развитие сестринского ухода в XVIII веке.
- 2.3. Сестринский уход в XIX-XX веках.
- 2.4. Современный этап развития сестринского дела в России.
- 2.5. Программа развития сестринского дела в России на 2010-2020 годы.

2.1. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ДО НАЧАЛА XVIII ВЕКА

Как всякая наука, сестринское дело имеет свою историю, которая охватывает тысячелетия. Зарождение медицины связано с ранними этапами развития человека и человеческого общества. Весьма вероятно, что вначале медицина была достоянием всех и каждого, а не профессией немногих избранных. Впоследствии, женщина, став главой человеческого рода, первой начала сознательно обобщать этот народный опыт и в силу своего ответственного положения в обществе, использовать его на практике в целях излечения сородичей. История дает основания полагать, что именно женщина была первым лекарем нашей планеты, и народный эпос сохранил об этом добрую память. Женщина, как глава рода, заботилась не только о питании, поддержании очага, но также о благополучии и здоровье своих сородичей. Древние славяне называли их «берегинями».

Первобытный человек увековечил память о женщинах-врачевательницах, оставив их изображения, которые находят сегодня на всех континентах и многочисленных островах в археологических слоях, относящихся к позднему палеолиту. Подробных данных о первых женщинах-врачевательницах история не сохранила. Однако народный эпос из глубины веков донес до нас имена врачевательниц, живших в эпоху матриархата: в Египте это Могучая Полидамна, а в Чехии - мудрая Каза, в Колхиде - Медея. В древнейших памятниках письменности сохранились имена женщин-врачевательниц, живших в эпоху первобытного строя.

Женщина в силу своих природных особенностей (меньшая по сравнению с мужской физической силой, врожденный инстинкт материнства) на первых этапах становления человеческой цивилизации выхаживала больных, раненых, страдающих, отождествляя их с беспомощными детьми. Можно утверждать, что накапливавшийся в период матриархата опыт врачевания лег в основу медицинских знаний, которые человечество обрело гораздо позднее. Первые медицинские познания зародились в человеческом обществе не в связи с

верованиями, а в тесной связи с условиями жизни, питанием, борьбой за существование. Религия возникла в человеческом обществе значительно позже в связи с расслоением его на классы. Когда же общество достигло достаточно высокого уровня развития и возникла необходимость ухода за большим количеством страждущих, это благородное дело стало неотъемлемым атрибутом тех, кто исповедовал христианство. Вера в бога была и организатором помощи страждущим недугами и мощной психологической поддержкой для тех, кто занимается этой тяжелой работой.

Помощь больным, страждущим являлась долгом каждого, кто исповедовал христианство. Основными «лекарями» были священники, а потому и основными «лечебными учреждениями» были храмы (например, храмы Асклепия). Больницы развивались из церквей. В средние века они скорее походили на прибежище бедняков, на пресловутые приюты. По мере утверждения христианства как государственной господствующей религии в Европе, христианская церковь взяла на себя заботу о немощных и больных.

В византийских христианских монастырях в обязательном порядке создавались богадельни и убежища-кельи для больных. Как правило, там проживала небольшая группа бедных (до 10 больных). Это было милосердие «Богу угодное». Начиная с XI века такие дома-кельи стали называться больницами, а в странах Европы - госпиталями. Христиане верили, что спасение в загробной жизни будет зависеть от хорошего обращения друг с другом в этой жизни. Это оказывало сильное воздействие на развитие заботы о бедняках, голодных и больных.

Исторических сведений о женской медицинской деятельности на Руси очень мало. В XI веке появились первые богадельни и убежища-кельи при монастырях. Так, в 1070 году в Киево-Печерском монастыре была открыта богадельня-убежище - дом во имя св. Стефана для проживания нищих, слабых, хромых, слепых и прокаженных. Такое же заведение было открыто в 1091 году Переславским епископом Ефимом. Осуществляли уход за калеками и больными монахи. После принятия христианства при монастырях стали создаваться «больничные палаты». То место, где боль кладет человека «нищ», стали называть «больницами». Некоторые так и назывались - больничными, например, монастырь Федора Студита в Москве.

Николай Святоша (в крещении Панкратий Давыдович Черниговский) в 1142 году построил в Киеве монастырь, именуемый в летописях «больничным». Как правило, в больничных кельях количество больных не превышало 10-12. За больными присматривали монахи-лечцы - безвозмездные врачеватели, которые осуществляли уход и лечили молитвами, «зельями» и овощами. Выздоровление объяснялось и считалось исключительно божьей

помощью. В исторических источниках XIV упоминались имена крестьянской девушки Февронии, княжеской дочери Ефросинии, Феодосии Морозовой и других, занимавшихся уходом за больными.

Многие отечественные историки медицины (в их числе Л.Ф.Змеев, Н.Я.Новомбергский и др.) полагали, что первая в современном понимании больница, в которой лечили врачи, а обслуживали монахи, была построена в 1618 году при Троицком монастыре (Сергиев Посад). До конца XVII века благотворительность на Руси оставалась деятельностью, угодной Богу и влекущей отпущение самых тяжких грехов.

В 1650 году появилась больница на территории Андреевского монастыря. Достоверных данных нет, но возможно в этих больницах применялся женский уход. В XVII в. многие русские монастыри богатели, что позволяло строить при них богадельни и небольшие дома для больных. Большую помощь в создании таких келий, богаделен и домов оказал патриарх Никон. С его помощью были основаны богадельни в Московском Знаменском монастыре, Гранатном дворе у Никитских ворот, Ново-Иерусалимском монастыре. В «Слове о приютах» он предложил создать общество милосердия, члены которого будут посещать дома бедных и несчастных и заниматься благотворительностью.

Со вступлением на трон династии Романовых благотворительностью, помимо царя и высших церковных иерархов, начали заниматься и представители знатных семей. Одним из таких пионеров был придворный дворянин Ф.М.Ртищев, который в 1650 г. на территории Андреевского монастыря открыл приют для бедных больных, нищих и пьяных, где врачевали лекари и даже доктор. Доктором тогда назывался специалист с университетским образованием, в то время это были исключительно иностранцы. Лекари имели монастырское образование, которое не давало обширных медицинских познаний.

С конца XVII века больницами стал управлять патриарший приказ, а затем они перешли в ведение приказа аптекарского. В это время за счет государственной казны в Москве строится больница для получивших тяжелые ранения на государственной службе. В том же указе монастырям предписывалось «лечить безденежно» и «лекарства держать недорогие». При каждой больнице должны находиться трое: «дохтур, аптекарь и лекарь».

2.2. РАЗВИТИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В XVIII ВЕКЕ

Примерно в 1707 году в Москве был создан первый гражданский госпиталь. Впервые в России женский труд для ухода за больными в госпиталях и лазаретах был использован при Петре I. По его указу в 1715 г.

были созданы воспитательные дома, в которых должны были служить женщины. Однако затем привлечение женщин для работы в больницах было отменено. Роль сиделок была отведена отставным солдатам.

Допетровская благотворительность, выражающаяся в случайной милостыне, способствовала появлению нищих-профессионалов. Поэтому Петр I развернул активную борьбу с промысловым нищенством, которая сопровождалась полным запретом частной благотворительности. Основная забота Петра I сосредоточилась не на гражданских, а на военных медицинских учреждениях, которые в мирное время обслуживали всех больных. В вышедшем в 1716 г. Воинском уставе отмечена преимущественная роль женщины в уходе за больными: «потребно всегда при десяти больных быть для услужения одному здоровому солдату и нескольким женщинам, которые оным больным служить имеют и платье на них мыть».

В последующих регламентах и уставах военных госпиталей характер женской санитарной помощи все более конкретизируется и уточняется. В результате проведения реформ была создана Медицинская коллегия, которая для работы в госпиталях в 1728 г. ввела штатные единицы для женщин по уходу за больными. В 1735 году вышел генеральный регламент о госпиталях, в котором определяется сфера деятельности женщин (мытьё полов, стирка белья). Количество работниц определялось характером и тяжестью заболеваний больных. Отсутствие прочной системы организации женского труда в госпиталях и заинтересованности командования в нем привело к тому, что в большинстве госпиталей он со временем либо исчез совсем, либо носил временный характер. В результате больные и раненые в госпиталях, особенно в военное время, находились практически на полном самообеспечении. Женский труд в гражданских больницах вновь начали использовать в середине 18 века.

К середине XVIII в. женщины начали ухаживать за больными и в гражданских больницах. 1763 году в Москве учреждена Павловская больница, где для ухода за больными по штату полагалось иметь баб-сидельниц из жен и вдов больничных солдат. Одна из них осматривала больных женщин и проводила простейшие процедуры. Позже для улучшения ухода за больными в Павловской больнице было решено нанимать исключительно женскую прислугу: сидельниц и кухарок. Специального обучения сестер не было.

В XVIII в. в России появились фельдшеры. Их тогда называли рудометами или цирюльниками. Для первых медицинских школ в России было характерно единство фельдшерского и врачебного образования. Через 2-3 года после поступления успевающие ученики получали звание подлекарей (что примерно соответствует званию фельдшера), затем еще через 1-2 года им

присваивалось звание лекаря. Лекарские ученики учились оказывать неотложную помощь, делать кровопускания, лечить больных и готовить лекарства. В 1798 г. врачебное образование было отделено от фельдшерского.

2.3. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В XIX-XX ВЕКАХ

До конца 18 века специальных сестёр для ухода за больными в светских больницах вероятно не было. Первые попытки создать благотворительную организацию для помощи ближним относятся к началу XIX века, когда в 1803 г. при воспитательных домах Санкт-Петербурга и Москвы были основаны «вдовьи дома», а при них - отделения сердобольных вдов. Поэтому можно считать, что сестринское дело в России зародилось в 1803 г., когда впервые началась подготовка женского сестринского персонала.

В 1812 г. во время нашествия Наполеона помощь раненым на добровольных патриотических началах оказывали женщины. Они кормили и обогревали раненых солдат, перевязывали им раны, выхаживали вплоть до выздоровления. Это привело к созданию в ноябре 1812 г. в Санкт-Петербурге Патриотического женского общества, предназначенного для оказания помощи населению, пострадавшему от нашествия противника. Идея организации систематического ухода за больными специально обученным для этих целей персоналом принадлежит императрице Марии Федоровне. Еще в 1804 г. она выдвинула идею привлечения вдов к уходу за больными в Московском вдовьем доме. Но только в 1813 г. в Санкт-Петербурге стали открываться вдовьи дома для призрения престарелых и не имеющих средств к пропитанию своему вдов. Со временем они стали многоструктурными учреждениями как, например, Санкт-Петербургский вдовый дом, который включал отделение для малолетних детей, сиротское отделение для дворянских детей, дом призрения больных девиц благородного звания, приют для детей, родители которых умерли от эпидемии холеры, училище для детей-сирот военнослужащих.

В 1814 г. по распоряжению императрицы Марии Федоровны женщины из Санкт-Петербургского вдовьего дома на добровольных началах были приглашены и направлены на работы в больницы, чтобы ухаживать за больными. Дежурные вдовы должны были надзирать за порядком в палатах, при раздаче больным пищи, питья и лекарств, содержать в чистоте и опрятности как больных, так и их постели. Доктора давали вдовам необходимые наставления по уходу за больными, а дежурные вдовы учились у них всем медицинским приемам, чтобы в случае необходимости самим оказывать помощь больным. После годичного испытания 12 марта 1815 г. 16 из 24 вдов были приведены к присяге, и императрица на каждую

посвящённую вложила особый знак - «Золотой Крест», на одной из сторон которого написано «СЕРДОЛЮБИЕ».

В январе 1818 г. императрица Мария Федоровна распорядилась привлечь «сердобольных вдов» к уходу за больными в Московской Мариинской больнице для бедных. Круг обязанностей «сердобольных вдов» был довольно широким. Они должны были хорошо знать правила больничной гигиены: содержать в чистоте палату, регулярно проветривать ее, поддерживать чистоту полов, постели. Персонал по отношению к больным должен быть приветлив, предупредителен и ненавязчив. При уходе за лихорадящим больным медицинский персонал «должен нагреть ему постель кувшинами с горячей водой, с плотно заткнутыми пробками, которые потом можно положить у ног, когда больной пропотеет, следует переменить ему белье и напоить его жидкостью»

При больницах стали организовывать специальные курсы сиделок для женщин. Первым организатором их работы стал штаб-лекарь, главный врач Мариинской больницы для бедных Х.Оппель (прадед известного хирурга и главного врача больницы Петра Великого). Х.Оппель В 1822 г. составил для медицинского персонала вверенной ему больницы «Руководство и правило, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших».

Это было первое руководство по уходу за больными на русском языке, которое вышло в свет в 1822 г. В данном руководстве впервые давались основы деонтологии и требования к нравственным качествам ухаживающего персонала. В руководстве подробно рассказывалось, как ставить горчичники, припарки, пиявки, шпанские мушки, готовить ванны, ставить клистиры. Все перечисленные манипуляции были достаточно подробно описаны. Например, подчеркивалось, что при постановке клистира важны степень теплоты воды, количество вводимой жидкости, положение больного, при обмороке нужно освободить больного от стесняющей его одежды, слегка похлопать по щекам, обрызгать лицо прохладной водой, а если это не поможет, то поднести к носу нюхательную соль. Давались советы, как давать жидкие лекарства, как удобнее приспособить пузырек для отсчета определенного числа капель, каким образом скрыть вкус горького лекарства, как помочь больному принять твердое лекарство, неприятное на вкус, придать ему форму пилюли. Х.Оппель в своем труде обратил внимание на особенности ухода за роженицами, родильницами и новорожденными, сформулировал правила по профилактике внутрибольничных инфекций. С этого времени в России начинается специальная подготовка женского медицинского персонала.

С 1829 г. в течение 32 лет благотворительную организацию, созданную императрицей Марией Федоровной, возглавляла императрица Александра Федоровна. По ее инициативе в 1842 г. был утвержден устав Санкт-Петербургского вдовьего дома, который регламентировал деятельность «сердобольных вдов». Устав был рекомендован для использования во всех аналогичных учреждениях Российской империи. Параграф 6 устава гласил: «Вдовы, пожелавшие посвятить себя богоугодному попечению о больных, составляют во вдовьем доме особый разряд под названием сердобольных и до принятия в которые подвергаются испытательному сроку». После испытательного срока, который включал дежурства в Мариинской больнице под руководством опытных коллег и главного врача в течение одного года, женщина в церкви вдовьего дома приводилась к присяге. Вместе со свидетельством ей вручали знак отличия - золотой крест на зеленой ленте с надписью на одной стороне «Всех скорбящих радость», а на другой - «Сердоболие». Одежда «сердобольных вдов» отличалась от одежды остальных обитательниц вдовьего дома: они носили платье коричневого цвета. За две недели дежурства в больнице они получали по 1,5 р. серебром и пищу по особому расписанию. «Сердобольные вдовы» могли быть отпущены в частные дома для ухода за больными и имели право получать за свой труд денежное вознаграждение.

Институт сердобольных вдов просуществовал до 1892 г., а затем был упразднен. Он явился прототипом общин сестер милосердия, которые стали создаваться в России с 1844 г. Движение общинных сестер милосердия было весьма знаменательным явлением подвижничества, охватившим русское общество во второй половине XIX века. В этом движении выразилась борьба женщин за социальное равноправие. Общины сестер милосердия были своеобразными трудовыми коммунами. При них функционировали детские приюты и школы, больницы и амбулатории, ремесленные и художественные мастерские и постоянно действующие курсы медицинских сестер.

Уставы общин мало отличались друг от друга. Их неизменными условиями были целомудрие и строгость поведения, милосердие и любовь к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Уставы общин, хотя и были строгими, но в отличие от монастырских сохраняли за членами общины некоторые элементы свободы. Сестры имели право владеть наследственным и собственным имуществом, при желании могли вернуться к родителям, требующим ухода, или вступить в брак. Среди сестер милосердия было много женщин и девушек знатного происхождения. Однако устав не позволял делать им никаких скидок, да никто и не стремился к привилегиям. Все с одинаковой

самоотверженностью переносили тяготы трудовых будней мирного времени, лишения и опасности фронтовой жизни.

В 1844 г. в Санкт-Петербурге по инициативе и на средства Великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской была основана первая в России община сестер милосердия (с 1873 г. - Свято-Троицкая община сестер милосердия, названная так в честь существующей при общине церкви святой Троицы). Согласно уставу общины, который был утвержден в 1848 г., ее целью было попечение о бедных больных, утешение скорбящих, приведение на путь истинный лиц, предававшихся порокам, воспитание бесприютных детей и исправление детей с дурными наклонностями. Община включала отделение сестер милосердия, женскую больницу, богадельню для неизлечимых больных, исправительную школу, пансион, приют для приходящих детей, отделение «кающихся Магдалин», аптеку. В общину принимались вдовы и девицы всех сословий в возрасте от 20 до 40 лет. Сестры не были связаны монашескими обетами, хотя религиозной направленности в их воспитании придавалось важное значение. Если сестра милосердия выходила замуж, то она исключалась из общины. Прежде чем получить звание сестры милосердия, женщины должны были отработать в общине в течение года. По истечении испытательного срока женщина должна была решить, может ли она принять на себя обязанности сестры милосердия. Комитет общины также высказывал о ней свое мнение, которое было решающим. Процедура посвящения в сестры милосердия проходила в торжественной обстановке, так же как при посвящении в «сердобольные вдовы». Звание сестер милосердия в течение года получали 3-4 человека.

Следует отметить, что суровый, ограничивающий инициативу и лишаящий свободы в личной жизни режим общины большинство сестер выносило не более 5-10 лет. Лишь отдельные сестры служили в общине пожизненно. Профессиональная подготовка сестер милосердия была сугубо практической и включала обучение основным гигиеническим правилам ухода за больными, некоторым лечебным процедурам. Впоследствии сестры милосердия стали осуществлять уход за больными в малоимущих и бедных семьях. К деятельности Свято-Троицкой общины проявил большой интерес великий русский хирург Н. И. Пирогов. Он часто посещал ее, присутствовал на совещаниях комитета общины, давал советы, проводил сложные операции. Деятельность Свято-Троицкой общины сестер милосердия с момента основания и до ликвидации в 1917 г. осуществлялась на благотворительные средства, в том числе средства царской семьи. Также община имела доход от оплаты ухода за больными в частных домах. Принц Александр Петрович

Ольденбургский, являясь почетным опекуном общины, в 1886 г. создал при ней Пастеровскую прививочную станцию для лечения больных бешенством, а в 1890 г. на ее базе был создан Императорский институт экспериментальной медицины (первое в России научно-исследовательское учреждение в области медицины и биологии).

В 1847 г. звание сестёр милосердия было присвоено первым 10 женщинам, получившим подготовку в общине. В общине не только ухаживали, воспитывали, но и обучали сестер милосердия гигиеническим правилам ухода за больными и некоторым лечебным процедурам. «Если сестра удовлетворяет своему назначению, - писал историограф общины в 1864 году, - она есть друг его семьи, она облегчает физические страдания, она же успокаивает порой и душевные муки, она нередко посвящается больным в самые интимные его заботы и скорби, она записывает его предсмертные распоряжения, напутствует его в вечность, принимает его последний вдох. Сколько нужно для этого терпения, находчивости, скромности, твердой веры и горячей любви. Есть глубокий смысл в требовании безвозмездности труда сестры милосердия, ибо за оказание ею услуг нет и не может быть земной платы».

В общину принимались, согласно Уставу, вдовы и девицы всех сословий и вероисповедания, но с 1855 года - только православные. Всем поступившим давался годичный испытательный срок, затем проходила церемония принятия в сестры милосердия в торжественной обстановке. После литургии, совершенной митрополитом Санкт-Петербургским, на каждую принимаемую в сестры возлагался золотой крест с изображением на одной стороне Пресвятой Богородицы с надписью «Всех скорбящих радость», а на другой - с надписью «Милосердие». Принимаемая в сестры произносила присягу, в которой были следующие слова: «...буду тщательно наблюдать все, что по наставлению врачей будет полезным и нужным для восстановления здоровья вверенных моему попечению болящих; все же вредное для них и запрещенное врачами всемерно удалять от них».

По Уставу сестры милосердия не должны были иметь ни собственной одежды, ни мебели, ни собственных денег. «Все, что может за свои услуги сестра получить подарками или деньгами - говорилось в Уставе, - принадлежит общине. Если имелись нарушения, сестра исключалась из общины по Уставу, но в истории общины не было такого случая.

В 1844 г. в Санкт-Петербурге княгиня М.Ф. Барятинская основала общину сестер милосердия Литейной части. Целью общины было оказание помощи нуждающимся и страждущим, проживающим на территории данного района. Согласно уставу она состояла из следующих отделений: сестер

милосердия, призваемых бедных старушек и детских яслей. В сестры милосердия принимались совершеннолетние девушки или вдовы после шестимесячного испытательного срока. Сестры осуществляли уход за больными, преимущественно бедными, в их жилищах. Кроме того, в 1854 г. при общине была открыта больница для раненых офицеров Балтийского флота, реорганизованная в 1856 г. во временный дом призрения для вдов и сирот офицеров, убитых в Севастополе, а с 1863 г. при общине стала работать детская больница на 10 коек.

В Санкт-Петербурге в 1859 г. Великой княгиней Александрой Петровной была учреждена Покровская община сестер милосердия. Целью общины являлось попечение о приходящих больных, подготовка опытных сестер милосердия и воспитание бедных и бесприютных детей. Данная община включала отделение для сестер милосердия, больницу, лечебницу для амбулаторных больных, аптеку, отделение для грудных детей, отделение для детей младшего возраста (сюда принимались дети-сироты, калеки, слепые, дети из бедных семей), школу для мальчиков (которые оставались в общине до 12 лет), училище для подготовки фельдшериц. В общину принимались девушки и вдовы в возрасте от 17 до 40 лет. Испытательный срок составлял 3 года. По его истечении в торжественной обстановке после принесения клятвы сестры получали золотой крест на ленте синего цвета с надписью «Любовь и милосердие». Сестры милосердия и воспитанницы училища дежурили в больнице, лечебнице для амбулаторных больных, аптеке и обязаны были выполнять распоряжения врачей. Обучение фельдшериц включало два этапа: подготовительный (гимназический) и специальный (медицинский). Учебная программа предусматривала изучение анатомии, физиологии, физики, фармакологии, клинических дисциплин, малой хирургии, десмургии, методов ухода за больными. Курс обучения составлял 4 года. Окончившие училище сестры милосердия получали аттестат, дающий право работать в качестве помощника лекаря.

В 1861 г. княгиня М. М.Дондукова-Корсакова создала в Псковской губернии общину сельских сестер милосердия. В Москве в 1863 г. княгиня А.В.Голицына организовала приют для иногородних монахинь, а при нем больницу и общину сестер милосердия. А в 1866 г. появилась община сестер милосердия под названием «Утоли моя печали» (по названию иконы Божьей Матери), в создании которой принимала активное участие княгиня Н. Б. Шаховская. Данная община была создана при тюремной больнице, позднее при ней были открыты сиротский приют для девочек, больница и амбулатория. С течением времени община стала самой крупной в России.

Расцвет христианской женской медицинской помощи связан с образованием Крестовоздвиженской общины.

Свои требования за больными в России предъявила Крымская война 1853-1856 гг. В результате столкновения политических и экономических интересов России и коалиции Турции, Англии, Франции и Сардинии на Ближнем Востоке началась Крымская война. Боевые действия преимущественно велись в Крыму и на Черном море, а также на Кавказе, Балтике и даже Камчатке. Первыми отправились оказывать помощь раненым на поле боя сестры милосердия Крестовоздвиженской общины (Община воздвижения животворящего креста сестер попечения о раненых и больных).

Великая княгиня Елена Павловна Романовой (сестра императора Николая I) на свои средства учредила и организовала Крестовоздвиженскую общину сестер милосердия для ухода за ранеными и больными не только на поле битвы, в перевязочных пунктах, но и в военных госпиталях. Изначально общине хотели придать исключительно религиозный характер, но Н. И. Пирогов по-другому понимал назначение сестер милосердия.

Трудно переоценить участие Н.И. Пирогова в развитие «сестринского дела». Он подчеркивал, что сестра милосердия не должна быть православной монахиней. Она должна быть простой богопочтительной женщиной с практическим рассудком «и хорошим техническим образованием, но непременно должна сохранить чувствительное сердце». Н.И. Пирогов провел основательную реорганизацию общины. Любая женщина, желавшая вступить в нее, в течение года проходила под руководством старших сестер испытания в госпиталях. По окончании первого месяца срока, когда она еще оставалась «на наблюдении», ей выдавалась форменная одежда. В период службы сестра не могла вступать в брак и обязывалась жить в общине. Отличившиеся каким-либо образом - ревностностью, особенным поведением, даже хорошим образованием, - могли быть приняты ранее установленного срока. Жалованья сестры не получали, но имели, помимо казенной одежды, стол и жилье. Непосредственной руководительницей сестер являлась настоятельница. Описанная структура в последующем легла в основу устройства большинства российских общин сестер милосердия.



В.И. Щедрина

По идее Н.И.Пирогова, сестры милосердия должны были сохранять максимальную независимость от госпитальной администрации, а старшие сестры нравственно влиять на больничный персонал - в этом и состояли

главные функции сестер во время Крымской войны. В октябре 1855 г. в Севастополе Н.И.Пирогов для каждой категории сестёр Крестовоздвиженской общины разработал подробную инструкцию деятельности и устав. Однако и от врачей, особенно от молодых, он требовал «исполнения опыта сестёр», считая, что сёстры «не слепые исполнительницы приказов лица, только что вступившего на врачебное поприще». Членами общины были женщины разных сословий и уровня образования. Ее устав был написан Н.И.Пироговым. Он считал: «...главная начальница общины и начальницы отделений сестер не должны пользоваться особыми привилегиями в общине, так как это только увеличило бы расстояние между ними и сестрами, и роль начальниц в этом случае сводилась бы к общему наблюдению за сестрами, а не к конкретному руководству практической работой сестер по уходу за больными».

Н.И.Пирогов внес понятие о специализации в работе сестер общины: появились «хозяйки», «аптекарьши», перевязочные и операционные сестры, появилось понятие «старшая медсестра» вместо должности «главной начальницы». Пирогов отстаивал идею введения женского труда в госпиталях (до этого уход осуществляли в большей степени мужчины). Н.И. Пирогов высоко оценил способности таких сестер милосердия, как В.И.Щедрина, Е.А.Хитрово, Е.П.Карцева, Е.М.Бакунина. Е.А.Хитрово, одна из первых российских сестер милосердия, соратница Н.И.Пирогова, получив домашнее образование, сначала работала воспитательницей, а в 1852 г. поступила в Одесскую богадельню сиротобольных сестер, где в конце того же года приняла должность надзирательницы. Во время Крымской войны Е.А.Хитрово подготовила и направила на театр военных действий сестер милосердия из Одессы. Весной 1855 г. она отправилась в Николаев, в июне в Херсон, а в августе в Крым «ревизовать» работающие там отделения Крестовоздвиженской общины. Широкую известность получила Е.П.Карцева, приехавшая в Крым в 1855 г. и ставшая впоследствии одной из самых известных сестер милосердия. В последующем Е.П.Карцева возглавила в Симферополе отряд из 28 «дежурных» сестер, осуществляющих медицинский надзор за самыми тяжелыми ранеными и «ампутированными». Примером героизма и самоотверженности во время Крымской войны является Даша Севастопольская (Михайлова), первая Российская сестра милосердия, безвозмездно помогавшая страдалцам, применявшая для перевязки ран обычный уксус, как средство дезинфекции.



Даша Севастопольская
(Михайлова)

Солдаты и матросы называли Дашу сестричкой. Николай I приказал пожаловать ей золотую медаль на Владимирской ленте с подписью «За усердие» и 500 руб. серебром, а также велел объявить, что по выходу ее в замужество пожалует ей еще 1000 руб. серебром на обзаведение. Особое место среди сестер милосердия заняла Екатерина Михайловна Бакунина, истинная аристократка, глубоко верующая женщина. Она одной из первых отправилась в составе Крестовоздвиженской общины в Крым для оказания помощи раненым и больным воинам. Во время Крымской войны Е.М.Бакунина проявила себя как очень хороший организатор. Она неустанно объезжала самые отдаленные госпитали, вникая в проблемы снабжения медикаментами, продовольствием, теплой одеждой. По ее ходатайству раненым регулярно выдавалось теплое белье. Часто она сопровождала обозы с ранеными, разделяя с ними все невзгоды тяжелого пути и оберегая от равнодушия и разгильдяйства нерадивых работников. После войны она уехала в родовое имение в Тверской губернии и организовала там лечебницу для крестьян (некоторые авторы считают Е.Бакунину основоположницей сестринского дела и сельской медицины в России).

Н.И. Пирогов назначил Е.Бакунину старшей медсестрой Крестовоздвиженской общины. Она была твердо убеждена, что не религиозные, а моральные принципы важны в уходе за больными и ранеными. После крымской войны Е.М.Бакунина принялась за создание новой общины сестёр милосердия. Но к сожалению, её стремление, её борьба против превращения общины в религиозный орден, за дальнейшие совершенствования подготовки сестёр не принесла успеха. У неё появилось твёрдое убеждение в том, что в основу таких общин следует положить не религиозные, а моральные принципы. Не важно, к какому вероисповеданию принадлежит сестра, а важны её общественные взгляды и моральные принципы. Однако с этим не согласилась княгиня Елена Павловна, и летом 1860 г. Бакунина навсегда простилась с общиной, где она была сестрой Настоятельницей. Простившись с общиной Бакунина у себя в имении, в Тверской губернии, организовала на собственные средства небольшую лечебницу для крестьян.

Основные принципы формирования общин сестер милосердия были сформулированы только к 70-м годам 19 столетия. Общины имели свой устав, утвержденный местным архиереем. В общины принимались физически здоровые и нравственно безупречные женщины в возрасте 20-45 лет. Престарелым сестрам обеспечивался пожизненный должный уход.

Среди крупных общин можно назвать Покровскую общину в Москве (1872 г.). Иверскую, Александровскую и Марфо-Мариинскую (1909 г.,

основатель - княгиня Елизавета Федоровна - преподобно мученица, впоследствии канонизирована Русской Православной Церковью).

Общины сестер милосердия в России возникли не только как специальные организации по уходу за больными, но и как религиозные учреждения, основанные на искреннем порыве женщин ухаживать за больными, ранеными и детьми. В этом смысле им более близкой была монашеская традиция.

В 1863 г. был издан приказ военного министра Д.А.Милютина о введении по договоренности с общиной постоянного сестринского ухода за больными в госпиталях. Эту дату следует считать годом рождения профессии медицинской сестры в России, что, несомненно, стало важным событием в борьбе за женское равноправие. Сестрам, прослужившим в госпиталях не менее 25 лет, назначали из государственной казны пенсию в размере 100 рублей.

В 1878 г. в Одессе была создана Касперовская община сестер милосердия, названная так в честь местной чудотворной иконы Касперовской Божьей Матери. Целью общины была подготовка женщин для оказания помощи раненым и больным в военное и мирное время в военных госпиталях, гражданских лечебных заведениях и у частных лиц. Поступающие в общину женщины назывались испытуемыми (сестрами-ученицами). В течение 2 лет они получали теоретическую и практическую подготовку в городской лечебнице под руководством работающих в ней врачей.

В 1897 г. Общество Красного Креста учредило в Санкт-Петербурге институт братьев милосердия, программа подготовки которого не отличалась от программы подготовки сестер милосердия. В военное время братья милосердия оказывали помощь раненым на поле боя, в перевязочных пунктах, находившихся на передовых позициях, осуществляли уход за больными в госпиталях и лазаретах, сопровождали транспорт с ранеными. Сестры милосердия принимали участие во всех событиях, связанных с военными действиями. В Крымской войне (1853- 1856 гг.), в русско-турецкой войне (миссия Красного креста в Яссах 1877-1878 гг.), в Русско-японской войне (1904-1905 гг.), первой мировой войне (1914-1918 гг.). Всего в военных действиях работало 160 сестёр, 17 из них погибли при исполнении долга.

В начале XX столетия руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна. В 1909 году была открыта Марфо-Марьянская обитель, которая к 1911 году становится «центром милосердия» в Москве. В 1914 году община была превращена в госпиталь в связи с началом Первой Мировой Войны. Подготовка сестринского персонала осуществлялась при общинах.

В 1914 г. началась Первая мировая война. С первых же дней все находившиеся в России женщины дома Романовых принялись за организацию лазаретов, санитарных поездов, складов белья и медикаментов, приютов и мастерских для увечных воинов, помощи семьям солдат. Уже к декабрю 1914 г. в Москве было открыто 800 лазаретов. Вдовствующая императрица Мария Федоровна учредила госпитали в Минске, Киеве и Тифлисе. Организовали лазареты и все Великие княжны. Но они не ограничились только попечительством и ассигнованием денег. Когда началась война, императрица Александра Федоровна вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татьяной прошла кратковременные курсы по уходу за ранеными. Они ежедневно трудились в Царскосельском лазарете простыми сестрами милосердия: подавали на операциях инструменты, делали перевязки, в том числе самые сложные, требовавшие большого профессионализма, ухаживали за ранеными, чистили инструменты, работали на складе - делали бинты, готовили к отправке на фронт одежду и медикаменты. В сохранившихся дневниках Великой княгини Ольги Николаевны особенно чувствуется неподдельный интерес, любовь и сострадание к людям. Императрица Александра Федоровна писала о перевязках, которые делала, состоянии подопечных раненых, смерти тех, к кому успела привязаться и кого успела полюбить.

В 1914 г. вышло распоряжение пригласить на добровольных началах вдов и направить их в Санкт-Петербургскую больницу для «прямого назначения как ходить и смотреть за больными». После годичного испытания они были приведены к присяге, после которой на каждую посвященную вдовствующая императрица Мария Федоровна возложила особый знак - золотой крест, на одной из сторон которого было написано «Сердоболие». Женский труд в медицине стал заметным явлением и занял подобающее ему место в лечении и уходе за ранеными и больными. Высокие моральные качества, служение страдающим людям стали традицией русских сестер милосердия.

26 августа 1917 года в Москве состоялся I Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было учреждено Всероссийское общество сестер милосердия. До Октябрьской революции подготовка медицинских сестер практически не велась. Впоследствии подготовкой медицинских сестер занялись в специальных школах, открытых в 1920 г. Для этих школ Наркомздрав утвердил «План обучения и программы школ сестер милосердия». В задачу школ входила подготовка «ухаживающего» персонала. В Положении о школах особенно подчеркивалась необходимость сугубо практического метода обучения, поэтому признавалось необходимым постоянное пребывание учащихся в больнице на протяжении всего рабочего

дня. Были разработаны программы по подготовке акушерок, медсестер и санитаров.

25-30 октября 1922 года была проведена 1-я Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию, на которой были определены типы средних медицинских учебных заведений и основные профили подготовки медицинских сестер. Для практической работы лечебных учреждений было признано необходимым готовить медицинскую сестру по следующим направлениям: сестра для лечебных учреждений, по охране материнства и младенчества (позже сестра-воспитательница), для социальной помощи. В стране начали создаваться фельдшерско-акушерские школы, школы по подготовке сестер по уходу за больными, сестер по охране материнства и младенчества, курсы по переподготовке ротных фельдшеров. В 1925-1929 гг. прошли 3-я и 4-я Всероссийские конференции по среднему медицинскому образованию. На смену определения «сестра милосердия» пришло другое - «медицинская сестра».

В 1927 году под руководством Н.А. Семашко, издано «Положение о медсестрах» в котором определены обязанности медицинских сестер по уходу за больными. С этого времени профессиональный статус медицинской сестры был определен.

В 1934-1938 годах подготовлено 9 тысяч медсестер, насчитывалось 967 медицинских и санитарных школ и отделений. В это время появляются новые требования к подготовке медсестер: «для сознательного отношения к назначениям врача, она должна быть «медицински грамотна». Но на деятельности медсестер это не сказалось. Сознательное отношение к назначениям врача, даже если оно и вырабатывается, остается невостребованным, поскольку всю ответственность несет врач. К 1940 обеспеченность средними медицинскими кадрами, по сравнению с 1913 годом, возросла в 8 раз.

В годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) вместе со всем народом выполняли свой патриотический долг 500 тысяч средних медицинских работников - фельдшеров и медицинских сестер. За два первых года войны организациями Красного Креста было подготовлено 205 тысяч медицинских сестер и 285 тысяч сандружинниц. В 1942 г. начинает выходить журнал «Медицинская сестра».

Многие медсестры за проявленные в годы войны, мужество и героизм были награждены правительственными наградами, семнадцати наиболее прославленным из них было присвоено звание Героя Советского Союза, 41 медицинскую сестру Международный комитет Красного Креста и Красного

Полумесяца награбил медалью имени Флоренс Найтингейл, 19 сестер награждены орденом Славы всех трех степеней.

В 1953 году медицинские школы были реорганизованы в медицинские училища, которые готовили специалистов со средним медицинским образованием. В 60-х годах для улучшения качества и ухода за больными некоторые больницы в порядке опыта были переведены на двухступенный метод обслуживания, сущность которого заключается в том, что уход за больными осуществляется младшими медицинскими сестрами, имеющими специальную медицинскую подготовку. Практика работ по двухступенной системе показала, что это прогрессивная форма обслуживания, особенно в отношении тяжелобольных, но она требует увеличения штата медицинских сестер.

Рост сети медицинских учреждений, развитие специализированной медицинской помощи, внедрение в практику сложных методов лечения, оснащение лечебных учреждений медицинской аппаратурой вызвали необходимость усовершенствования организации труда средних медицинских работников. Им была предоставлена возможность повышать свою квалификацию: создана специальная медицинская литература, серия книг «Библиотека среднего медицинского работника», журналы «Фельдшер и акушерка» и «Медицинская сестра», организовывались семинары и др. формы учебы.

В 1965 году были организованы курсы повышения квалификации средних медицинских работников при крупных учреждениях здравоохранения. К 1981 году функционировали уже первые 15 училищ повышения квалификации.

В 1965 году приказом МЗ СССР № 395 была утверждена должность главной медицинской сестры. В 1977 году приложением № 45 к этому же приказу в штатное расписание лечебных учреждений вводится должность старшей медицинской сестры, а в 1979 году главные и старшие медицинские сестры включены в штатное расписание лечебных учреждений с числом коек более пятидесяти.

Главное назначение сестринского дела заключается в оказании помощи пациенту. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития подвижничества, стало профессией. Изменилось понимание роли медицинской сестры в системе здравоохранения и ее статус в обществе.

2.4. СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОССИИ

В наше время в России возникают медицинские общины нового типа, основанные на религиозных принципах. Так, 1 сентября 1992 года по

решению Главного медицинского управления г. Москвы было открыто первое в современной России православное медицинское учреждение - Свято-Димитриевское училище сестер милосердия. 9 сентября того же года его освятил и благословил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей. Основной его задачей является подготовка квалифицированных специалистов из числа православных христианок, желающих сочетать учебу с активной церковной жизнью. В Свято-Димитриевское училище невозможно поступить, не проработав определенный срок в больнице, исполняя самую грязную санитарную работу: мытье полов, раковин и унитазов, смена белья у лежащих больных и их кормление. После подобной практики у абитуриентов не должно остаться никаких иллюзий относительно больничной действительности. Студенткам запрещено пользоваться косметикой, курить, употреблять спиртные напитки или ходить в брюках, они обязаны носить форму установленного образца (платье, передник и косынка). Эти ограничения призваны способствовать внутренней дисциплине, необходимой для полноты духовной жизни. Аналогичное сестричество во имя святой преподобномученицы Елизаветы Федоровны было создано 16 июля 1991 года при другом московском храме Митрофания Воронежского. У обеих общин сходная структура управления: во главе - духовник, от мнения которого зависит решение основных вопросов; организационные моменты разбираются на собрании сестричества, рабочим органом которого является Совет, куда входят главная и старшие сестры. Аналогичные учреждения возникают сейчас в различных городах России и ближнего Зарубежья: в Санкт-Петербурге, Новосибирске, Минске и т. д., то есть прерванная в XX веке традиция сестринского дела активно возрождается.

С 1992 года в России работает Ассоциация медицинских сестер.

В 1993 была создана и принята философия сестринского дела.

В 1994 г. создана Ассоциация Медицинских сестёр России, принимающая участие в работе Международного Совета сестёр.

В 1995 г. впервые в России Г.М.Перфильева, лидер сестринского дела, инициатор создания факультета высшего сестринского образования в Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, защитила докторскую диссертацию на тему: «Сестринское дело в России».

С 1996 года все вопросы реформы сестринского дела освещаются в профессиональных журналах «Сестринское дело», «Медицинская сестра» и «Медицинская помощь».

С 3-го по 5-е ноября 1998 года в Санкт-Петербурге прошел Первый Всероссийский съезд средних медицинских работников. Он явился событием огромного значения для всех медсестер России, поскольку стал первым

съездом самого многочисленного отряда медицинских работников. Около полутора миллионов медсестер, фельдшеров, акушерок заботятся о здоровье россиян, и вполне естественно их стремление объединить свои усилия в этой благородной миссии. На нем был принят важнейший документ - проект Государственной программы развития сестринского дела в России, в котором четко и последовательно определена стратегия реформирования сестринского дела в нашей стране.

К 1996 году окончательно сформировалась многоукладная система среднего и высшего сестринского образования, которая предполагает 4 профессионально-образовательных уровня:

- **базовый** (основной) – уровень подготовки на базе медучилища или колледжа с присвоением квалификации «медицинская сестра», срок обучения 2 года и 10 месяцев. Целью базового уровня является первичная подготовка специалистов для всех должностей и специальностей среднего звена лечебных учреждений;
- **повышенный** (углубленный) уровень подготовки на базе медицинского колледжа с присвоением квалификации «семейная медсестра», «медсестра- организатор» и пр., срок 10 месяцев. Предусмотрен для стажировки работников, имеющих среднее медицинское образование, занимающих руководящие должности или резерва для них;
- **высшее сестринское образование** на базе медицинского ВУЗа, срок обучения 4 года, квалификация «менеджер». Предусмотрено для лиц, имеющих среднее медицинское образование, предполагает подготовку медсестер-менеджеров, медсестер-организаторов и преподавателей медицинских колледжей, училищ.
- **послевузовское образование** (интернатура).

В целях совершенствования системы сертификации и аттестации среднего медицинского и фармацевтического персонала издан приказ МЗ России от 19.08.97 № 249 № «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». Он содержит «Перечень соответствия специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала должностям специалистов», «Положения о специалистах со средним медицинским и фармацевтическим образованием» и «Квалификационные характеристики» специалистов. В ряде территорий, с целью улучшения организации и развития сестринского дела, введены должности главных специалистов по сестринскому делу органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В рамках реализации реформы здравоохранения приказами Минздрава РФ № 267 от 16.08.02 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ» и № 288 от 13.09.02 «О специалисте по управлению сестринской деятельностью» пересмотрена номенклатура должностей в учреждениях здравоохранения РФ и специально введены 9 должностей, которые могут занимать исключительно медсестры с высшим образованием. В частности, на должности главных медицинских сестер, главных акушерок, зам. главврачей по работе с сестринским персоналом, специалистов по управлению сестринской деятельностью теперь должны назначаться только лица с высшим сестринским образованием.

В 2009 году начался новый этап реформирования сестринского образования, - создание и реализация на территории Российской Федерации федеральных образовательных стандартов среднего медицинского образования по всем направлениям подготовки (сестринское дело, акушерское дело, лечебное дело и др.), ориентированные на идеологию сестринского процесса с сохранением лучших традиций отечественной школы.

Коренная реформа проведена также в системе высшего сестринского образования с внедрением в 2011 году федерального образовательного стандарта бакалавриата по направлению подготовки 060500.62 «Сестринское дело». В соответствие с указанным стандартом профессиональная деятельность бакалавров осуществляется в сохранение и обеспечение здоровья населения, улучшение качества его жизни путем оказания квалифицированной сестринской помощи, проведения профилактической работы с населением, обеспечения организации работы сестринского персонала.

Объектами профессиональной деятельности бакалавров являются пациент и его окружение, население, сестринский персонал. Бакалавр по направлению подготовки Сестринское дело готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- лечебно-диагностическая;
- реабилитационная;
- медико-профилактическая;
- организационно-управленческая;
- исследовательская.

Бакалавр по направлению подготовки Сестринское дело должен решать следующие профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности.

В области лечебно-диагностической деятельности:

- участие в лечебно-диагностической помощи пациентам различных возрастных групп в условиях стационара и поликлиники;

- организация и осуществление сестринского ухода в стационаре и на дому;
- оценка состояния пациента и оказание неотложной доврачебной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях;
- медицинская помощь населению в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения.

В области реабилитационной деятельности:

- проведение реабилитационных программ и мероприятий;
- организация сестринского обеспечения реабилитационной работы;

В области медико-профилактической деятельности:

- проведение мер по укреплению и поддержанию здоровья населения различных возрастных групп;
- организация обучения и контроль обученности пациента и его окружения;
- выявление физических, психических, социальных, экологических, этнических факторов риска для здоровья пациента (семьи) и консультирование населения по вопросам уменьшения их влияния на здоровье;
- обеспечение безопасной больничной среды; обучение пациента и его семьи поддержанию здоровья в различные возрастные периоды, уходу и самоуходу, здоровому образу жизни.
- обеспечение работы отделения (кабинета) профилактики, центра здоровья.

В области организационно-управленческой деятельности:

- ведение учетно-отчетной медицинской документации;
- организация работы сестринских служб различных уровней;
- внедрение инновационных технологий сестринской деятельности;
- организация сбора и обработки медико-статистических данных;
- разработка методических и обучающих материалов для подготовки и профессионального развития сестринских кадров.

В области исследовательской деятельности:

- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров;
- проведение научно-практических исследований в области сестринского дела и общественного здоровья.

Таким образом, в стандарте бакалавриата предусмотрено изучение как всех дисциплин среднего профессионального медицинского, так и высшего сестринского образования, а бакалавр сестринского дела способен в соответствии с объемом его подготовки работать не только в должности

среднего медицинского персонала, в том числе в сфере высоких медицинских технологий, но и руководить сестринскими службами.

Первый набор студентов по направлению подготовки 060500.62 Сестринское дело (степень) "бакалавр" в России провел Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования в 2011 году.

1.5. ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОССИИ НА 2010-2020 ГОДЫ

(по материалам на III Всероссийского съезда средних медицинских работников 15-16 октября 2009 г.)

Сроки и этапы реализации

Первый этап: 2010-2015 гг.

Будут подготовлены нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность специалистов с различным уровнем сестринского образования в сфере здравоохранения и определяющие дифференцированную нагрузку на сестринский персонал с учетом контингента пациентов, внедрения новых сестринских технологий ухода и вида сестринской помощи.

Будет завершена разработка профессиональных стандартов и порядков оказания доврачебной медицинской помощи специалистами со средним медицинским образованием, начата информатизация деятельности сестринского персонала, начато внедрение информационной системы персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной гражданам.

Будут осуществлены подготовительные мероприятия по переходу на новую систему организации медицинской помощи, будет сформирована интегративная система непрерывной подготовки кадров, основанная на единой кадровой политике; будут разработаны и внедрены программы технологий профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний и патологических состояний специалистами со средним медицинским образованием.

Будет продолжена реализация национального проекта «Здоровье» по направлениям: развитие первичной медико-социальной помощи и совершенствование профилактических мероприятий; повышение доступности и качества специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи; совершенствование медицинской помощи матерям и детям; совершенствование онкологической помощи, снижение заболеваемости и смертности; обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных с туберкулезом, проведение профилактических мероприятий, снижение заболеваемости и смертности; совершенствование медицинской

помощи детям-инвалидам; диспансеризация детей-подростков, детей-сирот, детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; перинатальная диагностика наследственных заболеваний; формирование мотивации здорового образа жизни у населения Российской Федерации; развитие службы крови и донорства; снижение заболеваемости и смертности от социально значимых заболеваний.

Второй этап: 2016-2020 гг. Предполагается повышение статуса специалиста со средним медицинским образованием, будет создана система социальной защиты медицинского работника, будет осуществлен поэтапный переход к саморегулируемой системе организации оказания медицинской помощи. Будет проведена повсеместная компьютеризация рабочих мест, будут созданы федеральная база данных по используемым сестринским технологиям в ЛПУ, стандартизация и информатизация деятельности персонала со средним медицинским образованием с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения.

Исполнители основных мероприятий Программы:

- Профильная комиссия Экспертного совета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по управлению сестринской деятельностью;
- Совет директоров медицинских и фармацевтических образовательных учреждений среднего профессионального образования Российской Федерации;
- Профессиональные общественные организации специалистов со средним медицинским образованием.

Источники финансирования: Средства федерального бюджета, средства бюджетов субъектов федерации, муниципальных образований, средства профессиональных общественных организаций специалистов со средним медицинским образованием, средства из других источников, не противоречащих законодательству РФ.

1. Общие положения. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. определила новые требования к модернизации и развитию сестринского дела. В современной системе здравоохранения сестринское дело остается важнейшей составной частью, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения ожидаемых потребностей общества в услугах системы здравоохранения. Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального

размещения и использования среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения.

2. Современное состояние сестринского дела в РФ.

2.1. Кадровое обеспечение системы здравоохранения.

В системе здравоохранения работает более 1349,3 тыс. специалистов со средним медицинским образованием. Укомплектованность сестринским персоналом составляет 69,7%. Показатель обеспеченности средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения составляет 94,9. Соотношение «врач - средний медицинский персонал» составляет 1:2,2.

Среди наиболее важных проблем в области управления здравоохранением следует отметить низкую заработную плату средних медицинских работников, уравнилельные подходы к оплате труда сестринского персонала, низкие социальную защищенность и престиж профессии, несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего сестринского и среднего медицинского и фармацевтического образования современным потребностям здравоохранения и невысокое качество преподавания, отсутствие системы непрерывного медицинского образования (НМО), низкую информированность средних медицинских работников о современных средствах и методах ухода за больными, методах диагностики, профилактики и реабилитации, невысокий профессиональный уровень медицинских работников.

От сестринского персонала требуется не только высокий профессионализм, но и умение соблюдать нормы этико-деонтологического общения с коллегами и больными. Учитывая большое значение этического начала в медицине и здравоохранении на современном этапе и то, что реформирование сестринского дела подтвердило возможность автономии профессии медицинской сестры, возникает необходимость пересмотра, дополнений и уточнений юридического статуса медицинской сестры России, законодательно закреплённого распределения полномочий между медицинской сестрой и врачом.

2.2. Ресурсное обеспечение деятельности специалистов со средним медицинским образованием. Современное ресурсное обеспечение развития здравоохранения осуществляется в ситуации динамичного разграничения ответственности муниципальных и государственных структур. Следует отметить, что материально-техническая база учреждений здравоохранения значительно разнится по уровням учреждений здравоохранения. Сложно требовать исполнения технологий, если материально-техническое оснащение деятельности не соответствует. Финансовые потоки, которые направляются в

ЛПУ, в самую последнюю очередь направляются на изменение условий работы сестринского персонала.

2.3. Инновационное обеспечение деятельности специалистов со средним медицинским образованием. На сестринский персонал возложена обязанность обеспечения обучения населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволяет облегчить решение ряда медико-социальных проблем силами населения и самих пациентов, а также повысить эффективность деятельности специальных служб в условиях чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий, дорожно-транспортных происшествий.

С каждым годом увеличивается количество экспериментальных площадок по внедрению новых организационных сестринских технологий... Накоплен опыт по внедрению сестринских технологий, ведению сестринской документации.

Имеется положительный опыт профилактической работы медицинских сестер в медико-профилактических отделениях, акушерок в кабинетах планирования семьи. Активнее стал участвовать сестринский персонал в проведении занятий в «Школах пациентов», «Школах активного долголетия», школах «Здоровье для здоровых», «Астма-школах», «Школах диабета», «Артериальная гипертензия» и др. Качество сестринской помощи определяется внедрением новых организационных форм ухода за пациентами, технологий выполнения простых медицинских услуг и стандартов.

2.4. Система управления сестринским делом.

В Министерстве здравоохранения и социального развития РФ в 2008 г. введена должность главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью, который вошел в состав Экспертного совета по здравоохранению Минздравсоцразвития России. В феврале 2009 г. была создана Профильная комиссия Экспертного Совета по здравоохранению по управлению сестринской деятельностью, которая обеспечила как иерархическую связь подчинения, так и систему взаимосвязи министерства, главного внештатного специалиста Российской Федерации, главного специалиста региона, области и др., определила горизонтальные связи с учебными и научными заведениями, общественными организациями. Комиссия будет выполнять функции координирующего органа, она определяет современные стратегические направления развития сестринского дела, взаимодействует с главными специалистами и органами управления здравоохранения субъектов РФ по вопросам перспектив развития и совершенствования сестринского дела.

В апреле 2009 г. приказом зам. министра Минздравсоцразвития России был восстановлен институт главных внештатных специалистов по управлению сестринской деятельностью федеральных округов, по сути, создана вертикаль управления сестринской деятельностью. При этом в номенклатуру должностей региональных и местных органов управления здравоохранением введены должности главных специалистов по сестринскому делу, созданы советы по сестринскому делу. В штатных расписаниях больниц вводятся должности заместителей главного врача по работе с сестринским персоналом.

В марте 2009 г. создана Всероссийская общественная организация Союз директоров медицинских и фармацевтических учреждений среднего профессионального образования. Все это создает условия для четкой и целенаправленной деятельности в области подготовки и эффективного использования специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

3. Цели и задачи Программы развития сестринского дела в Российской Федерации. Создание правовых, организационных, экономических условий развития сестринского дела в Российской Федерации, улучшение качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективное использование ресурсов здравоохранения, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения:

- формирование мотивации населения на ведение здорового образа жизни;
- совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей роль и функции (характеристику правового статуса) специалистов сестринского дела в системе российского здравоохранения;
- развитие системы государственной и общественной системы управления сестринской деятельностью в соответствии с едиными целями и задачами развития здравоохранения;
- анализ кадрового обеспечения специалистами со средним медицинским и фармацевтическим образованием лечебных учреждений в субъектах РФ и по федеральным округам;
- проведение анализа действующей номенклатуры специальностей работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием и обоснование предложений по ее совершенствованию;
- подготовка стандартов профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием;

- совершенствование системы оплаты труда специалистов сестринского дела с учетом специфики их работы, уровня знаний, умений и навыков, а также по результатам труда;
- повышение качества подготовки специалистов со средним медицинским образованием через систему непрерывного сестринского образования;
- формирование информационной инфраструктуры в профессиональной сестринской среде при их профессиональной подготовке;
- обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела;
- развитие международного сотрудничества в области сестринской деятельности.

4. Основные направления Программы развития сестринского дела в Российской Федерации.

4.1. Развитие кадровой политики и профессионального образования сестринского персонала. Развитие кадровой политики заключается:

- в восполнении кадрового дефицита путем формирования механизма прогнозирования, мониторинга и регионального регулирования подготовки специалистов;
- развитии системы управления кадровым потенциалом на основе рационального планирования подготовки, переподготовки, повышения квалификации;
- определении субсидиарной ответственности региона (в т.ч. финансовой), муниципалитетов в последипломной подготовке специалистов сестринского дела;
- улучшении качества подготовки в рамках среднего, высшего медицинского и последиplomного образования специалистов сестринского дела путем совершенствования общенаучной и общепрофессиональной подготовки сестринских кадров на компетентностной основе, обеспечения соответствия государственного образовательного стандарта медицинских специальностей профессиональному стандарту и потребностям ЛПУ;
- использовании сестринских кадров не только с учетом структуры потребностей учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, но и с учетом уровня образования специалистов;
- восстановлении престижа профессии через материальную заинтересованность, достойную дифференцированную оплату труда, систему льготного кредитования жилья и т.п.;
- обеспечении интеллектуализации и развития творческих способностей сестринских кадров, рассматривая финансовые затраты на это как долгосрочные инвестиции в развитие здравоохранения.

4.2. Определение ресурсного обеспечения развития сестринской деятельности в учреждениях здравоохранения. Бюджетные ресурсы должны быть задействованы системой здравоохранения в первую очередь на формирование условий для повышения эффективности оказания медико-санитарной и медико-социальной помощи населению, на совершенствование системы управления сестринской деятельностью и профессиональной подготовки специалистов всех уровней, для их активного участия в научных и научно-технических проектах для нужд региона. Средства субъектов федераций, отдельных ЛПУ должны быть направлены на приобретение (изготовление) средств малой механизации труда среднего медицинского персонала.

При планировании расходов на здравоохранение при введении унифицированной системы определения стоимости медицинской услуги для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения необходимо включать в расчетную стоимость сестринские услуги. Необходимо совершенствовать методики расчета стоимости (установления тарифов) на сестринские услуги с учетом использования дополнительных вспомогательных средств.

4.3. Развитие современных технологий сестринской деятельности. В соответствии с задачей по развитию сестринского дела в РФ по формированию условий для усиления роли сестринского персонала в оказании медико-санитарной помощи населению путем совершенствования нормативно-правовой, организационно-методической и материально-технической базы сестринской деятельности, использования современных и экономически приемлемых организационных форм и ресурсосберегающих технологий, обеспечивающих качество медицинской, медико-санитарной помощи, ее профилактическую направленность, повышение удовлетворенности населения предоставляемыми медицинскими услугами, предусматривается:

- **на первом этапе (2010-2015 гг.)** осуществить разработку стандартов и порядков оказания доврачебной медицинской помощи, начать внедрение информационной системы персонифицированного учета оказанной гражданам медицинской помощи;

- **на втором этапе реализации Программы (2016-2020 гг.)** предполагается поэтапный переход к саморегулируемой системе организации медицинской помощи на основе созданной инфраструктуры и кадрового ресурса здравоохранения, информатизации отрасли, дальнейшее внедрение новых технологий, разработанных с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения региона.

4.4. Развитие системы управления сестринской деятельностью.

На первом этапе необходимо осуществить приведение в соответствие с современными требованиями приказов, регулирующих вопросы штатного расписания и штатных нормативов, положения об ЛПУ, главной медицинской сестре и другом персонале со средним медицинским образованием с учетом современных компетенций и профессиональных стандартов; координацию работы по созданию стандартов и технологий сестринской деятельности в Российской Федерации, их законодательному закреплению; разработку пакета документов по аккредитационным и лицензионным критериям оценки ЛПУ в области сестринского дела. Качественным показателем профессионального уровня медицинских работников являются аттестация и сертификация специалистов, для единообразного проведения процедуры которых необходимо на первом этапе разработать единые требования к аттестации специалистов сестринского дела с учетом требований единых стандартов и новых технологий сестринской помощи, а также сформировать банк тестовых заданий в соответствии с номенклатурой специальностей для проведения контроля уровня знаний.

4.5. Развитие научной деятельности в области сестринского дела.

Для реализации мероприятий, направленных на улучшение профессионального статуса медицинских сестер, необходимо на первом этапе провести исследования и представить научно обоснованные факты по оценке эффективности деятельности сестринских служб, безопасности сестринских вмешательств, целесообразности участия в лечебно-диагностических реабилитационных, профилактических мероприятиях; провести исследования причин дефицита и текучести медицинских кадров, показать возможные прогнозы этих негативных явлений и их влияние на качество медицинских услуг, профессиональную деятельность медицинских сестер и функционирование системы здравоохранения в целом, получить шифр научной специальности «Управление сестринской деятельностью» в ВАКе РФ.

На втором этапе реализации Программы необходимо провести разработку научно обоснованных образовательных стандартов по специальностям, программ обучения и контрольно-измерительных материалов итоговой государственной аттестации. Необходимо обеспечить подготовку специалистов сестринского дела, способных решать проблемы и применять технологии сестринского процесса на рабочем месте, умеющих работать в условиях чрезвычайных ситуаций и на современной медицинской аппаратуре, обладающих знаниями, умениями и навыками для обеспечения пациенту

всестороннего комплексного ухода, проведения реабилитационных мероприятий, владеющих основами этики, психологии права.

4.6. Обеспечение создания единой информационной среды.

Современное развитие любой отрасли немыслимо без применения информационных и телекоммуникационных технологий. В сфере оказания сестринской помощи они должны быть направлены на информирование пациентов по условиям предоставления медицинской помощи, в том числе и на сестринские услуги, на информационную открытость функционирования системы здравоохранения, на повышение эффективности использования материальных и финансовых ресурсов, на формирование единого информационного пространства, регламентированного единой системой стандартов и технологий услуг, на информационную поддержку специалистов с помощью инфокоммуникационных систем, включая дистанционные консультативные системы, электронные истории болезни, программно-аппаратные комплексы диагностики, системы контроля качества и пр.

Ожидаемые результаты и оценка эффективности. Реализация Программы создаст возможности решения приоритетных вопросов сестринского дела, в частности:

1. Создание нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность специалистов с высшим сестринским образованием, медицинских сестер с углубленной подготовкой и базовым образованием.

2. Подготовка нормативно-правовых актов, регламентирующих дифференцированную нагрузку на средний медицинский персонал, оплату труда специалистов сестринского дела в зависимости от уровня образования, качества и объема выполняемой работы, а также охрану труда и профилактику профессиональных заболеваний специалистов сестринского дела.

3. Повышение престижа профессии специалистов сестринского дела. Закрепление молодых специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в системе здравоохранения.

4. Реализация предложений по развитию кадрового потенциала специалистов сестринского дела. Увеличение соотношения «врач - сестра» до 1:3 к 2012 г.

5. Совершенствование действующей номенклатуры специальностей работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

6. Повышение эффективности проведения процедур аттестации и сертификации специалистов сестринского дела.

7. Создание стандартов профессиональной деятельности сестринского персонала с различным уровнем образования, стандартов сестринских услуг, стандарта оснащения рабочих мест.

8. Формирование модели управления сестринскими службами, что позволит совершенствовать организацию деятельности сестринского персонала.

9. Повышение уровня профессиональной ответственности специалистов сестринского дела и расширение спектра сестринских услуг за счет рационального распределения участников оказания медицинской помощи.

10. Формирование многоуровневого сестринского образования в системе непрерывного образования при сохранении его качественной определенности и практической направленности.

11. Подготовка конкурентоспособных специалистов такого уровня и качества, которые отвечали бы текущим и перспективным потребностям общества, а также необходимости рационального использования бюджетных средств.

12. Достижение соответствия между потребностями рынка сестринских услуг, уровнем оказания медицинской помощи и объемами подготовки специалистов. Создание условий для развития научных исследований в области сестринского дела, профилактической и клинической медицины.

В основе формирования качественно нового уровня сестринской помощи должно быть совершенствование профессиональной подготовки, развитие научных исследований в области сестринского дела и использование их результатов в практическом здравоохранении. Особое внимание при решении этой проблемы необходимо уделить развитию высшего сестринского образования, которое создаст потенциал для научных исследований, обеспечит высококвалифицированные управленческие кадры.

ГЛАВА 3. ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Рассматриваемые вопросы

- 3.1. Основные понятия и содержание философии сестринского дела.
- 3.2. Сестринская деонтология.
- 3.3. Этические принципы сестринского дела.

3.1. Основные понятия и содержание философии сестринского дела.

Философия (от греч. phil - любовь, sophia - мудрость; в более точном понимании стремление к истине) - это форма духовной деятельности человека, в которой находят свое отражение вопросы целостной картины мира, положения человека в мире, отношений между человеком и миром в результате этого взаимодействия. Необходимость философского осмысления сестринского дела возникла потому, что в профессиональном сестринском общении все чаще появлялись новые термины, которые уточнялись, развивались, обсуждались. Они обсуждаются и сейчас. Возникла необходимость нового качества знаний медсестры. Согласно международной договоренности, философия сестринского дела базируется на четырех основных понятиях:

- Пациент как личность;
- Сестра, сестринское дело как искусство и наука;
- Окружающая среда;
- Здоровье.

Пациент - человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его. Понятие «личность» занимает в философии сестринского дела особое место. Проблема личности в философии это прежде всего вопрос о том, какое место занимает человек в мире. Человек - это целостная, динамическая, саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой. Биологические, психологические, социальные и духовные компоненты составляют единое целое человека, пациента. Они характерны для всех людей, но индивидуальны для каждого и образуют уникальную личность. Медицинская сестра должна быть готова иметь дело с любым пациентом, уважительно относиться к его прошлому и настоящему, жизненным ценностям, обычаям и убеждениям.

Медицинская сестра - это специалист с профессиональным образованием, разделяющая философию сестринского дела и имеющая право на сестринскую деятельность. Сестринское дело - часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем, это наука и искусство, направленные на решение существующих и

потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Сестринское дело опирается не только на медицинские знания, но и на психологию, социологию, культурологию, историю, этику и эстетику. Искусство оказывает большое воздействие на духовный мир человека. Сила воздействия искусства на общее состояние и настроение человека и его благотворное влияние на здоровье были замечены еще в глубокой древности. В свое время Ф. Найтингейл говорила, что сестринское дело - одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах.

Окружающая среда - существенный фактор в предотвращении заболеваний и поддержания здоровья. Окружающая среда - это совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и условий, в которых происходит жизнедеятельность человека. Она подразделяется на:

- физическую, включающую географическое положение, климат, качество воздуха, воды и т.п., в дополнение к природной окружающей среде необходимо учитывать и техногенную;
- социальную, оказывающую огромную роль на личность пациента (семья, школа, знакомые, рабочий коллектив и т.д.);
- культурную, которая включает поведение человека, его взаимоотношение с другими людьми (язык, традиции, обычаи, вера, манеры общения и т.п.).

Медицинская сестра строит свои взаимоотношения с пациентом в зависимости от окружающей среды, в которой он рос, живет и работает. Следует помнить, что среда обитания накладывает отпечаток на конституцию и характер людей, а значит, на их болезни и здоровье. Здоровье - динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

Основными принципами философии сестринского дела являются: уважение к жизни, достоинству, правам человека. Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинской сестрой. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издание законодательных актов.

Сущность философии сестринского дела состоит в том, что она является фундаментом профессиональной деятельности медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее общения с пациентом. Сестра,

разделяющая принятую философию, принимает на себя следующие этические обязанности (правильно или неправильно мы поступаем): говорить правду, делать добро, не причинять вреда, уважать обязательства других, держать слово, быть преданной, уважать право пациента на самостоятельность.

Согласно теории сестринской философии цели, к которым стремится сестра, т.е. результаты ее деятельности, называются этическими ценностями (идеалам): профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход).

Философия сестринского дела определяет и личные качества медсестры, которыми должна обладать хорошая медсестра - добродетели, определяющие что является добром, а что злом в людях: знание, умение, сострадание. Этические принципы определяют Этический Кодекс медсестры в каждой из стран, в том числе, и в России и являются стандартами поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медсестры.

Этический Кодекс медицинской сестры России принят на III Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 г., рассмотрен Этическим комитетом России и одобрен Минздравом в апреле 1997 года, после чего вступил в действие. Основным этическим принципом сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам пациента. Этические обязанности медицинской сестры в процессе работы с пациентом - это определенный круг действий, безусловных для выполнения. Например, следует уважать пациента и его право на самоопределение, т.е. выявление своей воли в отношении чего-либо, не причинять вреда, держать слово, сотрудничать с пациентом.

Пациент - это человек, который нуждается в сестринском (медицинском) уходе и получает его. В системе взаимоотношений «медицинский работник - пациент» им обоим принадлежит одинаково важная роль. Пациенты могут быть разного пола, возраста, национальности, специальности, социального положения, состояния здоровья. Однако все они имеют право на то, чтобы медицинская сестра видела в них личность, заслуживающую уважения, внимания, сострадания. Сотрудничество с пациентом означает совместную работу над решением проблем с его здоровьем. Взаимоотношения медицинских работников и пациентов должны быть партнерскими. В современной медицине надежность партнера зачастую определяет успех лечения, операции, диагностической или профилактической процедуры.

Медицинские сестры не только участвуют в лечении, но и вносят в него очень важную часть, долю труда, без которой не может обойтись ни хирург, ни терапевт. В процессе таких взаимоотношений формируется коллектив (команда) - объединение людей, связанных постоянной совместной работой

или деятельностью. Медицинский коллектив - это больница и поликлиника, отделение и лаборатория, курс медицинского института и колледжа, бригада скорой помощи и эпидемиологический отряд. Коллектив может состоять из отдельных и совсем не одинаковых по возрасту, психологии, культуре, знаниям, опыту личностей. Поэтому эффективность труда медицинских работников повышается при правильно налаженном сотрудничестве при лечении пациента.

Медицинская сестра должна стремиться быть профессионально грамотным, компетентным, независимым специалистом, обладающим необходимыми для данной работы личностными характеристиками, а также достаточно крепким здоровьем. Чтобы осуществлять свои профессиональные обязанности, медицинскому персоналу очень важно поддерживать свое физическое и психическое здоровье, т.е. динамическую гармонию личности с окружающей средой, достигнутую посредством адаптации. Этический принцип приносить добро другому, действие, направленное на благо другого человека или общности, называется благодеянием. Это не только доброжелательность, бескорыстие, щедрость, но и понимание другого человека, сострадание к нему, соучастие в его судьбе. Философия, которая рассматривает человека как наивысшую ценность и поощряет его творческое и моральное развитие сознательным разумным путем, называется гуманизмом.

Совокупность высоких моральных качеств, а также уважение этих качеств в самом себе формирует в человеке собственное достоинство. Осознание собственного достоинства наряду с совестью и честью является одним из способов понимания человеком ответственности перед собой как личностью. Совесть, в свою очередь, является внутренним контрольным механизмом, показывающим, в какой мере личность сохраняет верность своим нравственным убеждениям и в какой мере сами нравственные убеждения соответствуют принятым общественным образцам. Если представление о достоинстве личности исходит из принципа равенства всех людей в моральном отношении, то понятие «честь», наоборот, дифференцированно оценивает людей, что находит отражение в их репутации.

Честь требует от человека поддерживать (оправдывать) ту репутацию, которой обладает он сам или коллектив, к которому он принадлежит. Репутация - это сложившееся у окружающих мнение о нравственном облике того или иного человека (коллектива), основанное на его предшествующем поведении и выражающееся в признании его заслуг, авторитета, в том, что от него ожидают в дальнейшем, какая мера ответственности на него возлагается и как оцениваются его поступки.

3.2. Сестринская деонтология

Сестринская деонтология - наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики. Наш соотечественник А.П. Чехов писал: «Профессия медика - подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это». Медицинскому работнику доверяется самое дорогое - жизнь, здоровье, благополучие людей. Он несет ответственность не только перед пациентом, его родственниками, но и перед государством в целом. К сожалению, и сейчас встречаются случаи безответственного отношения к пациенту, стремление снять с себя ответственность за него, найти предлог, чтобы переложить ответственность на другого и т.д. Все эти явления недопустимы. Надо помнить: интересы пациента превыше всего.

Медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента. Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную устойчивость. Культуру поведения медицинского работника можно разделить на два вида.

1. Внутренняя культура. Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбие, чувство коллегиальности.

2. Внешняя культура. Это приличие, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид и т.п.

Что же такое внешняя культура медицинского работника?

1. Внешний вид. Основное требование к одежде медика - чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, шапочка и наличие сменной обуви. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности медицинского работника, степень его заботы, внимания к пациенту. «Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных» (Гиппократ). Помните! Медицинская форма не нуждается в украшениях. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов, строгость в выполнении профессиональных обязанностей. Не будет доверия у пациента к медицинскому работнику, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит так, словно делает одолжение. Медицинский работник должен держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно.

2. Культура речи является второй составной частью внешней культуры. Речь медицинского работника должна быть четкой, негромкой,

эмоциональной, отличаться вежливостью. Нельзя использовать уменьшительные эпитеты при обращении к пациенту: «бабулька», «голубушка» и т.д. Нередко приходится слышать, как о пациенте говорят: «диабетик», «язвенник», «астматик» и т.д. Иногда речь медицинских работников пересыпана модными, жаргонными словами, примитивна, пациент не проникается доверием к ним. Такие издержки речевой культуры медицинских работников как бы отгораживают его от пациента, отодвигают на задний план личность пациента, его индивидуальность, а у пациента вызывают негативную реакцию.

Основными принципами сестринской этики и деонтологии, изложенными в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе Международного совета медицинских сестер и Этическом кодексе медицинских сестер России являются:

1. Гуманность и милосердие, любовь и забота.
2. Сострадание.
3. Доброжелательность.
4. Бескорыстие.
5. Трудолюбие.
6. Учтивость.

При составлении этого кодекса были учтены основные международные документы, относящиеся к работе медицинских сестер. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности. В США приняты пять фундаментальных принципа медицинской этики.

1. Принцип философии информированного согласия. Независимость пациента основана на праве и свободе пациента на информацию о своем состоянии, плане лечения, информации о том, что будет выполнено. Также признается право пациента на сохранение тайны его заболевания. Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения и процедур после предоставления медицинским работником компетентной и адекватной информации и получения согласия.

2. Принцип милосердия. Он включает в себя доброе отношение к другим и отзывчивость к тем, кто в беде.

3. Принцип исключения должностных преступлений. Это принцип «не навреди», который обязывает как врача, так и среднего медицинского работника защищать других от опасности, снимать боль и страдания в меру своей компетенции.

4. Принцип справедливости. Включает в себя беспристрастность, уважение человеческого равенства и равное распределение дефицитных средств.

5. Принцип правдивости (сообщение правды пациенту). Он формирует основу открытых взаимоотношений между пациентом и лечебным учреждением и выполнение своих обязанностей последним.

3.3. Этические принципы сестринского дела.

Термин «биоэтика» или этика жизни предложен В.Р. Поттером в 1969 году. Предметом изучения биоэтики являются моральные и нравственные аспекты взаимоотношений между людьми. Тысячелетиями существовала тесная связь этики и медицины.

Медицина - наука о болезнях человека и их лечении.

Этика - учение о нравственности, означает систему непротиворечивых суждений о смысле и назначении морали. Слово «этика» произошло от греческого *ethos* - обычай. Именно нормы, правила, обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей в обществе. Медицинская этика является составной частью этики. Этика не только изучает нравственность человека, но и воздействует на его идеологическое формирование. Принципы медицинской этики должны соблюдаться медицинскими работниками в их повседневной деятельности. На основе норм, правил, обычаев сформулированы наиболее обобщенные понятия морали или этические категории: долг, честь, достоинство, совесть, счастье.

Нравственность - это совокупность норм, ценностей, идеалов и установок, которые регулируют человеческое поведение и являются основными составными культуры общества (достижений в науке, искусстве, медицине, технике). Это код человеческих отношений, запрещающий следовать злу. Нравственность должна быть глубоко усвоена человеком, «войти в его душу», стать частью внутреннего мира.

Пациент, доверяющий сестре свое здоровье, должен быть уверен в ее высоком профессионализме и в порядочности, честности, доброте, милосердии, чуткости и отзывчивости. Поэтому с давних времен общество, больные, пациенты предъявляли высокие требования именно к моральным, нравственным качествам врача, медицинской сестры и подчинялись моральным законам, традициям.

Понятие «мораль» - это совокупность принципов и норм поведения людей в обществе. Каждый поступок человека является результатом взаимодействия его права («природы», «свободы») и моральных норм («долга», «обязанностей» и т. д.). Человек морален, если соответствует

нормам общества. Тогда нравственное поведение становится органичным. Для него не нужен надсмотрщик, который проверяет и понукает. Это «внутренний голос» человека, который помогает упорядочить поступки, страсти, силы и помогает жить нравственно. Нравственной, моральной основой поведения медицинских сестер, ее эталоном (стандартом) поведения является Этический Кодекс медицинской сестры России.

Нравственный долг - это категория морали, которую не следует отождествлять с наукой о должном - деонтологией, имеющей более узкое содержание. Профессиональный долг медицинского работника - это комплекс исторически сложившихся норм и требований, регулирующих отношения врача и больного, врачей между собой, врача и общества. Профессиональный долг, с одной стороны, служит проявлением главного принципа врачебной морали - гуманизма (человечности, человеколюбия), а с другой - гуманизм и врачебный долг часто могут выступать как противоположности. Врач никому не должен отказывать в медицинской помощи. Это моральное требование отражено в клятве Гиппократов, Женевской декларации и в других документах, хотя врачи нарушают эти каноны (примером этому служит частная медицина - когда врач устраняется от медицинской помощи больному, если не получает за нее гонорара). На протяжении 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации. Разновидностью этики является биомедицинская этика. Она выполняет социальную функцию защиты личности медицинского работника, его права поступать не только по закону, но и по совести, выполняя свой профессиональный долг. Сегодня «биомедицинская этика» существует в четырех формах или моделях.

1. Модель Гиппократов. Основным принцип этой модели - «не навреди». Врач завоевывает социальное доверие пациента. Принципы врачевания, заложенные отцом медицины Гиппократом (460-377 г.г.), лежат у истоков врачебной этики и отражены в знаменитой «Клятве», которая и сегодня актуальна.

2. Модель Парацельса (1493-1541 гг.) - «делать добро», сложилась в средние века. Основное значение имеет эмоциональный контакт врача с пациентом, на основе которого строится весь лечебный процесс.

3. Деонтологическая модель или врачебная этика, которая возникла в 1840 г. (автор Петров). Основным принципом является «нравственная безупречность», «соблюдение долга». Она базируется на строжайшем исполнении «кодекса чести», устанавливаемого медицинским сообществом, а также собственным разумом врача для обязательного исполнения.

4. Биоэтика - современная форма традиционной биомедицинской этики, основным принципом которой является принцип уважения прав и достоинства человека.

Биоэтика представляет собой важную точку философского знания, связанного с грандиозными изменениями в технологическом оснащении современной медицины, возникновении генной инженерии, трансплантологии, появлении оборудования для сохранения и поддержания жизни пациента и накопления соответствующих практических и теоретических знаний. Сегодня существуют этические проблемы аборта, зачатия, искусственного оплодотворения, клонирования, сексологии, эвтаназии. Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, родственниками пациента, перед средним медицинским персоналом.

В отличие от деонтологической этики, где речь идет об осторожных высказываниях при пациенте «о завоевании доверия», «о ровном, спокойном, разумном, заботливом поведении врача», в биоэтике основным становится конфликт прав, например, «права плода на жизнь» с правом женщины на аборт (прерывание беременности),

В современной медицине речь идет уже не только о «помощи больному», но и возможностях управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными нравственными последствиями этого для человеческой популяции в целом. Сегодня медицина стремится сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней, но всегда на пути стоят люди, движимые жадой власти и зараженные тоталитарной идеологией. Поэтому и возникла такая форма медицинской этики, как биоэтика, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Это меняет основной вопрос медицинской этики - вопрос об отношении врача и пациента. Неоспоримого приоритета врача в решении проблем пациента сегодня во многих странах не существует.

ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА. ПОНЯТИЕ СТАНДАРТА СЕСТРИНСКОГО УХОДА.

Рассматриваемые вопросы:

- 4.1. Уровни потребностей человека по А. Маслоу.
- 4.2. Понятие стандарта сестринского ухода.

4.1. Уровни потребностей человека по А. Маслоу

Люди чтобы жить, быть здоровыми и счастливыми, нуждаются в пище, воздухе, сне и т.п. Эти способности человек самостоятельно удовлетворяет на протяжении всей своей жизни. Обеспечиваются они функцией различных органов и систем организма. Заболевания, вызывая нарушения функции того или иного органа, той или иной системы, мешают нормальному удовлетворению потребностей, что приводит к дискомфорту.

Одной из наиболее распространенных является классификация потребностей, предложенная в 1943 году Абрахамом Маслоу. Согласно его теории, одни потребности для человека более существенны, чем другие. Маслоу классифицировал их по иерархической системе: от физиологических (низший уровень) до потребностей в самовыражении (высший уровень). Он изобразил уровни потребностей человека в виде пирамиды, поскольку эта фигура имеет широкое основание (фундамент), как и физиологические потребности человека, являющиеся основой жизнедеятельности (схема 4.1.).



Схема 4.1.

* фундаментом иерархии являются физиологические потребности: голод, жажда, потребность во сне и другие (physiological needs).

* Следующая ступень иерархии - (need for safety) потребность в безопасности.

* Третья ступень (need for group) - потребность в хорошем отношении, быть любимым, принадлежать к группе.

* Последняя ступень (respect) – потребность в уважении, одобрении.

Возможность удовлетворять свои проблемы у людей различна и зависит от нескольких общих факторов, таких как:

- возраст;
- окружающая среда;
- знания, умения, желания и способности самого человека.

И прежде, чем не будут удовлетворены потребности низшего уровня, человека не будут волновать проблемы высшего. Следует помнить, что физиологические потребности одинаковы у всех людей, но испытываются они в разное время.

Физиологические потребности

(I-й уровень: обеспечивают выживание человека)

Человеку необходимо удовлетворять физиологические потребности в воздухе, пище, воде. Кроме того, каждый из нас нуждается в возможности двигаться, спать, выделять продукты жизнедеятельности и общаться с людьми, ощущать прикосновение и удовлетворять свои сексуальные интересы.

Человек, который в течение нескольких дней спал меньше, чем он привык, имеет огромное желание выспаться. Если потребности удовлетворены, люди здоровы; люди с неудовлетворенными потребностями рискуют заболеть.

Задача сестры состоит в том, чтобы выявить неудовлетворенные потребности и помочь пациенту справиться с возникшей проблемой.

Потребность в кислороде (нормальном дыхании)

Это основная физиологическая потребность человека. Дыхание и жизнь – неразделимы. Человек давно усвоил: *dum spiro spero* (лат.) - пока дышу - надеюсь. Поддержание этой потребности должно стать для медсестры приоритетной задачей. При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным. Оно не способствует обогащению тканей кислородом, так как вдыхаемый воздух не доходит до ацинусов, где в норме происходит газообмен, а остается в мертвом пространстве (дыхательных путях). Возникает одышка, кашель и пр. Следовательно, в основе проявления данной потребности лежат нарушения физиологических процессов дыхания и поддержания газового состава крови.

Потребность в пище

Питание также имеет важное значение для сохранения здоровья и хорошего самочувствия. Родители, удовлетворяя потребность младенцев и детей в рациональном питании, проявляют не столько родительскую заботу,

но и обеспечивают ребенку возможность нормального роста и развития. Рациональное и адекватное питание взрослого помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Адекватное питание при тех или иных заболеваниях обеспечивает возможность выздоровления. Например, высокое содержание белка в пище способствует заживлению ран. И это положено в основу диетотерапии.

Потребность в жидкости

Для нормального функционирования здоровый человек должен выпивать 1,5–2 л. жидкости ежедневно - вода, чай, кофе, молоко, суп или фрукты, овощи, мороженное. Такое количество восполняет потери в виде мочи, кала, пота и испарений при дыхании. Чтобы сохранить водный баланс, человек должен употреблять жидкости больше, чем выделяет. В противном случае появляются признаки обезвоживания. Это может привести к очень серьезным нарушениям функции многих органов и систем. От умения сестры предвидеть опасность обезвоживания зависит возможность пациента избежать многих осложнений.

Потребность в выделении продуктов жизнедеятельности

Непереваренная часть пищи выделяется из организма в виде разных отходов: мочи, кала, пота. Режимы их выделения у каждого человека индивидуальны. Большинство людей считают процесс выделения отходов глубоко личным, интимным и предпочитают не обсуждать эти вопросы. В связи с этим, сестра, оказывающая помощь пациенту, имеющему проблемы с выделением продуктов жизнедеятельности, должна быть особенно деликатна и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

Потребность во сне

А. Маслоу также относит к физиологическим потребностям. Последние исследования показали, что женщины больше всего страдают от усталости, вызванной недосыпанием. Недосыпание стоит на втором месте после работы по дому среди обычных причин усталости. В тех случаях, когда человек «выкраивает» время, отведенное на сон, для занятий какими-то делами, мы увеличиваем «долг недосыпания», поскольку продолжительность сна современного человека, как правило, не менее 8-8,5 часов, необходимых для полноценного отдыха. При недосыпании человек становится заторможенным, не доволен своей жизнью, иногда даже хочет умереть.

При этом в крови снижается уровень глюкозы, ухудшается питание мозга и замедляются мыслительные процессы: рассеивается внимание, ухудшается кратковременная память, замедляется скорость и точность вычислений. Недосыпание снижает способность к обучению и, следовательно, ночные «зубрежки» приносят больше вреда, чем пользы.

Потребность в отдыхе

Отдых - это состояние пониженной физической и психической активности. Отдыхать можно не только лежа на диване, но и во время длительной прогулки, чтения книг, или выполнения специальных релаксирующих упражнений. В лечебном учреждении отдыху может помешать резкий шум, яркий свет, присутствие других людей, а также частые лечебные процедуры.

Потребность в движении

Ограничение подвижности или неподвижность создают множество проблем для человека. Неподвижностью называется состояние, при котором человек не может двигаться или испытывает затруднения при движениях, необходимых для нормального функционирования. Это состояние бывает продолжительным, или не продолжительным, временным или постоянным. Оно может быть обусловлено применением какого-либо специального средства для удержания тела (шина, корсет и пр.), хроническим заболеванием или нарушением психики. Человек, не способный передвигаться лишается возможности общения с окружающей средой, которая оказывает значительное влияние на формирование собственного «Я». В связи с этим у человека, лишённого подвижности достаточно длительный период времени, могут появиться проблемы в психосоциальной сфере: изменяются способность к обучению, мотивация, чувства и эмоции.

Сестринская помощь, направленная на максимально возможное восстановление подвижности, имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

Сексуальная потребность

Сексуальная потребность — это одна из наиболее важнейших физиологических потребностей, влияющая на качество жизни. Она остается и при болезни, и даже при достижении человеком преклонного возраста. На сексуальное здоровье человека прямо или косвенно могут влиять его болезнь, дефекты развития, а у женщин - рождение ребенка. Но, как правило, люди

говорят на эту тему весьма неохотно, даже при наличии серьезных сексуальных проблем.

Ощущение «неудобства» при беседе с пациентом на эту тему может испытывать и медицинская сестра. Поэтому при разговоре с пациентом на эту тему необходимо:

- выработать твердую научную основу для понимания здоровой сексуальности и наиболее распространенных ее нарушений и дисфункций;
- понимать, как влияют на сексуальность сексуальная ориентация, культура и религиозные убеждения человека;
- определить лично для себя границы, в которых обсуждение с пациентами вопросов и проблем сексуальности не вызовет у вас неудобства;
- научиться определять проблемы сексуальности, находящиеся в пределах сестринской компетенции, и рекомендовать пациенту помощь соответствующего специалиста.

Рассмотренные физиологические потребности, согласно теории А. Маслоу, являются потребностями низшего уровня и существуют у любого человека независимо от возраста и социального окружения.

Потребности в безопасности и уверенности в будущем (II-й уровень)

Физическая и психическая безопасность - это потребности второго уровня. Для большинства людей безопасность означает надежность и удобство. Каждый из нас нуждается в крове, одежде и в ком-то, кто может оказать помощь. Пациент чувствует себя в безопасности, если кровать, кресло-каталка, каталка зафиксированы, покрытие пола в палате и в коридоре сухое и на нем нет посторонних предметов, помещение в темное время суток достаточно освещено, а при плохом зрении есть очки. Человек одевается соответственно погоде, а в жилище достаточно тепло, и при необходимости ему будет оказана помощь. Человек должен быть уверен, что он в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинить вреда окружающим.

Социальные потребности (III-й уровень)

После удовлетворения потребностей второго уровня, важнейшее значение для человека приобретают потребности третьего уровня - социальные потребности. Это потребности в семье, друзьях, общении, одобрении, привязанности, любви. Люди хотят, чтобы их любили, понимали. Никто не

желает быть покинутым, нелюбимым и одиноким. Если это случилось, значит, социальные потребности человека не удовлетворены.

При тяжелой болезни, нетрудоспособности или в преклонном возрасте часто возникает вакуум, социальные контакты нарушаются. К сожалению, в таких случаях потребность в общении не удовлетворена, особенно у пожилых и одиноких людей. Следует всегда помнить о социальных потребностях человека даже в тех случаях, когда он предпочитает не говорить об этом. Помогая пациенту решить социальную проблему, можно значительно улучшить качество его жизни.

Потребность в самоуважении и уважении (IV-й уровень)

Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушными к оценке своего успеха со стороны окружающих. У человека появляется потребность в уважении и самоуважении. Но для этого необходимо, чтобы труд ему приносил удовлетворение, а отдых был насыщенным и интересным. Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворяются потребности в самоуважении. Нетрудоспособные и пожилые пациенты теряют это чувство, так как больше ни для кого не представляют интереса, некому порадоваться их успеху, а поэтому у них нет возможности удовлетворить свою потребность в уважении.

Потребность в самовыражении (V-й уровень)

А. Маслоу назвал самовыражение наивысшим уровнем потребностей человека. Он считал, что удовлетворяя свою потребность, каждый верит, что делает что-то лучше, чем другие. Причем, для одного самовыражение заключается в написании книги, для другого - в выращивании сада, для третьего - в воспитании ребенка и пр.

Итак, на каждом уровне иерархии у пациента могут быть одна или несколько неудовлетворенных потребностей. Сестра, составляя план ухода за пациентом, должна помочь ему реализовать хотя бы несколько из них. Согласно теории А. Маслоу, приоритет у основных физиологических потребностей связан с поддержанием жизни человека.

4.2. Понятие стандарта сестринского ухода

Реформа сестринского дела, начатая в России в 1993 году, предусматривает кардинальные изменения в осуществлении сестринского процесса. Реформа определила образовательный и профессиональный стандарты деятельности сестринского персонала, разработаны стандартные медицинские документы, которые помогают осуществить сестринский уход на профессиональном уровне.

Одной из наиболее острых и актуальных проблем сегодня является контроль качества сестринского обслуживания и связанные с этим вопросы создания стандартов сестринской практики. Не случайно данной проблеме было уделено большое внимание на Всероссийской конференции по сестринскому делу, проходившей в 2009 году в Санкт-Петербурге.

Минздрав РФ и Ассоциация медсестер России поручили группе специалистов по сестринскому делу, состоящей из представителей как образовательных, так и лечебных учреждений, создание стандартных планов ухода за пациентами с различными заболеваниями, стандартов выполнения отдельных манипуляций и т.д. После рецензирования и утверждения созданных стандартов в МЗ РФ они становятся обязательными при осуществлении ухода за пациентами и могут использоваться для оценки качества сестринского обслуживания. Региональным руководителям сестринского дела дано право вносить изменения в утвержденный министром здравоохранения стандарт только в том случае, если есть возможность его улучшения на региональном уровне.

На данный момент времени некоторые регионы России и даже отдельные лечебные учреждения самостоятельно создают различные «стандарты» и «технологии». Это связано с тем, что руководители учреждений здравоохранения пытаются разработать конкретные критерии оценки качества сестринской помощи. Однако, к сожалению, анализ сборников рекомендуемых технологий показывает, что в них часто содержится неоднозначно трактуемая информация, а в некоторых случаях - устаревшие технологии выполнения той или иной манипуляции. А основным недостатком таких сборников является их несоответствие требованиям реформы сестринского дела и его новой концепции.

Итак, что же такое стандарт? В русском языке (С.И. Ожегов, Словарь русского языка) термин «стандарт» означает типовой вид, образец, которому должно удовлетворять что-либо по своим «признакам, свойствам и качествам». Создаваемый **стандарт должен удовлетворять естественную потребность населения в профессиональном, качественном сестринском обслуживании.** Примером такого стандарта служит шкала специалиста в области сестринского дела Д. Нортон (США), предназначенная для определения степени риска развития пролежней в зависимости от некоторых общих показателей пациента. Использование данной шкалы в качестве стандарта при обследовании пациента помогает предвидеть развитие пролежней у конкретных больных и выполнить ряд мероприятий по стандартному плану ухода, позволяющих предотвратить данное осложнение (это план ухода будет различен для «сидячего» и «лежачего» пациента).

В качестве примера стандартного плана по уходу за пациентами можно привести «Стандарт ухода и наблюдения за пациентами с лихорадкой», разработанный специалистами сестринского дела ГKB №36 г. Москвы (Схема 4.2).

Схема 4.2.

Стандарт ухода и наблюдения за пациентами с лихорадкой

ЛИХОРАДКОЙ называется повышение температуры тела, возникающее как активная защитно-приспособительная реакция организма в ответ на разнообразные патогенные раздражители.	
ТИПЫ ЛИХОРАДОК: - субфебрильная - до 38 С; - фебрильная - до 39 С; - пиретическая - 39 - 40 С; - гиперпиретическая - выше 40 С.	РАЗЛИЧАЮТ ТРИ СТАДИИ ЛИХОРАДКИ: 1. подъем температуры тела; 2. стояния температуры тела на высоких цифрах; 3. спад температуры тела (постепенное снижение Т- лизис, резкое снижение Т - кризис).
Проблемы пациента	Действия сестры
1 период: подъем температуры	
1) озноб, похолодание конечностей, мышечная дрожь; 2) общее недомогание, ломота, головная боль.	1.1. Пациента тепло укрыть, положить грелку к ногам (Т - 60 С). 1.2. Пациенту давать сладкий, горячий чай (5-6 раз в сутки). 2.1. Строгий постельный режим. 2.2. Регулярное измерение температуры тела (каждый час). 2.3. По назначению врача давать обезболивающие.
2 период: относительного постоянства температуры тела	
1) чувство жара 2) сухость во рту, образование трещин на губах 3) снижение функции	1.1. Для улучшения теплоотдачи не следует тепло укрывать пациента. 1.2. Обтирать пациента легко испаряющимися растворами (спирт, уксус). 1.3. Частое обильное питье (до трех литров). 2.1. Полость рта обрабатывать вазелиновым маслом, 20% р-ром буры в глицерине. 2.2. Губы смазывать детским кремом, гигиенической помадой. 3. Кормить пациента 6-7 раз в сутки, небольшими порциями, жидкой или

пищеварительных желез 4) эйфория, галлюцинации, бред, двигательное возбуждение, судороги	полужидкой, легкоусвояемой пищей. 4.1. Назначить индивидуальный пост. 4.2. На лоб пузырь со льдом, или холодный компресс. 4.3. Каждый час измерять температуру, АД, ЧДД, пульс. 4.4. Регистрировать в температурном листе. 4.5. Регулярно следить за состоянием кожных покровов, проводить профилактику пролежней!
3 период: снижения температуры тела - кризис	
1) развитие коллаптоидного состояния: а) резкая слабость; б) обильное потоотделение; в) бледность и цианоз кожных покровов; г) падение АД; д) учащение пульса, снижение его наполнения; е) одышка.	1 Строгий постельный режим. Индивидуальный пост. 2. Каждый час контроль Т, АД, пульса, ЧДД. 3. При резком падении АД вызвать врача, придать пациенту позу Тренделенбурга. 4. Дать обильное витаминизированное питье и крепкий чай. 5. Пациента тепло укрыть, по возможности обложить грелками (Т воды - 60 С). 6. Обтирать пациента сухим полотенцем (в случае обильного потоотделения). 7. Своевременно менять постельное и нательное белье.
3 период: снижения температуры тела - лизис.	
1) повышенное потоотделение п.3.7) 2) постепенное улучшение общего состояния пациента	1. Диета № 15 (ОВД). 2. Тщательный туалет кожи. 3. Расширение режима двигательной активности.

Таким образом, в России мы находимся в начале большого пути по созданию и внедрению стандартов сестринской практики. Эта работа требует взвешенного и профессионального подхода, совместных обсуждений и согласованных действий.

Глава 5. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Рассматриваемые вопросы

- 5.1. Основные положения моделей сестринского дела.
- 5.2. Модель В. Хендерсон.
- 5.3. Модели Н. Роупер, В. Логан и А.Тайэрни.
- 5.4. Модель Д. Джонсон.
- 5.5. Модель К.Рой.
- 5.6. Модель Д. Орем.

5.1. Основные положения моделей сестринского дела

Модель - это образец, по которому что-то должно быть сделано. Различают модели политические, экономические, социальные, медицинские и многие другие. По определению Райхл и Рой (1980) модель сестринского дела - это систематически построенный, научно обоснованный и логически связанный набор понятий, которые составляют элементы сестринской практики. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели. Значение моделей сестринского дела для развития сестринской практики очень велико, они помогают по-новому взглянуть на функции медицинской сестры. Если раньше она только ухаживала за тяжелобольными пациентами, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями.

В настоящее время в мировой практике сестринского дела насчитывается более 30 концептуальных моделей сестринской помощи. Отличаются они главным образом различиями в понимании потребностей пациента, этапов сестринского процесса и роли сестры в его осуществлении. Наибольшее распространение получили следующие модели: добавочно-дополняющая (В.Хендерсон), модель поведенческой системы (Джонсон), адаптационная модель (Рой), модель дефицита самоухода (Орем).

5.2. Модель В.Хендерсон

Модель, предложенная Вирджинией Хендерсон (1966 г.), акцентирует внимание сестринского персонала на биологических, психологических, социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одно из неперенных условий этой модели - участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

Пациент, согласно утверждению В. Хендерсон, имеет фундаментальные человеческие потребности, являющиеся одинаковыми для всех людей: «...вне

зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде, любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...”. В. Хендерсон приводит 14 фундаментальных потребностей. Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей. В то же время, в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек может быть не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно. Именно в это время ему требуется сестринская помощь. Согласно данной теории, сестринский уход во все времена должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Фундаментальные потребности по В. Хендерсон

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять из организма продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.
7. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и меняя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасности для окружающих.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Источник проблем пациента

В. Хендерсон разрабатывала свою модель на основе теории американского психолога А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей. При этом потребностей по Хендерсон значительно меньше в каждом уровне, чем по Маслоу (табл. 5.1.)

Проблемы, требующие сестринского вмешательства, возникают в том случае, когда человек в силу определенных обстоятельств не в состоянии осуществлять уход за собой.

Таблица 5.1.

**Взаимосвязь основных потребностей по А. Маслоу
с фундаментальными потребностями по В. Хендерсон**

Уровни основных потребностей человека по А. Маслоу	Виды повседневной деятельности по В. Хендерсон
Первый уровень: физиологические потребности	Нормально дышать. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости. Выделять продукты жизнедеятельности. Двигаться и поддерживать нужное положение. Спать и отдыхать.
Второй уровень: потребность в безопасности	Одеваться и раздеваться, выбирать одежду. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде. Обеспечивать свою безопасность и не вредить другим людям.
Третий уровень: социальные потребности	Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
Четвертый уровень: потребность в уважении и самоуважении	Выполнять работу, результаты которой приносят удовлетворение. Отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях и играх. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

В. Хендерсон утверждает, что способность человека удовлетворять свои фундаментальные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния, физиологических и интеллектуальных возможностей.

Направленность сестринского процесса

В. Хендерсон считает, что при обследовании пациента сестра должна обсуждать с ним условия оказания сестринской помощи. «...Только в

состоянии очень высокой зависимости пациента, таких как кома или состояние полной протрации, у сестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него в данном случае является благом...».

Цель ухода

По мнению автора данной теории, сестре следует ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении потребностей. Краткосрочные и промежуточные цели тоже имеют право на существование, но только при острых состояниях (шок, лихорадка, инфекция или дегидратация).

Способы сестринского вмешательства

В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан с лекарственной терапией и процедурами, назначенными врачами, при этом для осуществления сестринского вмешательства может потребоваться участие членов семьи пациента.

Оценка качества и результатов ухода

По данной модели можно окончательно оценить результат и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все фундаментальные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.

Роль

Медицинскую сестру В. Хендерсон видит, с одной стороны, как самостоятельного и независимого специалиста в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнять пациент, с другой, - как помощника врача, выполняющего его назначения.

5.3. Модель Н.Роупер, В.Логан и А.Тайэрни

Модель была предложена Н.Роупер в 1976 г и дополнена в 80-е годы В.Логан и А.Тайэрни. Авторы модели установили 12 видов повседневной жизнедеятельности, которые являются потребностями человека (табл. 5.2.). Часть из них имеет биологическую основу, другие - культурную и социальную. Степень удовлетворения потребностей человека зависит от возраста, его социального статуса и культурного уровня.

Проявления повседневной жизнедеятельности

1. Поддержание безопасной окружающей среды (функции самосохранения).
2. Общение.
3. Дыхание.
4. Потребление пищи и жидкости.
5. Выведение продуктов жизнедеятельности.

6. Поддержание личной гигиены и опрятности в одежде.
7. Регулирование температуры тела.
8. Двигательная активность.
9. Работа и досуг, развлечения.
10. Сексуальность.
11. Сон.
12. Умирание.

Таблица 5.2.

Проявления повседневной жизнедеятельности по Н. Роупер

Потребности согласно модели Н.Роупер	Проявления повседневной жизнедеятельности
Необходимые для поддержания жизнедеятельности	1. Дыхание. 2. Питание и питье. 3. Выведение продуктов жизнедеятельности. 4. Регулирование температуры тела. 5. Двигательная активность. 6. Сон. 7. Способность поддерживать собственную безопасность.
Способствующие улучшению качества жизни	8. Поддержание личной гигиены и чистоты в одежде и жилище. 9. Одежда (наряды, украшения и пр.). 10. Общение. 11. Учеба. 12. Работа. 13. Наличие любимого занятия, досуга, развлечений. 14. Секс. 15. Семья.
Смерть	16. Умирание.

Источник проблем пациента

Авторы данной модели определили 5 факторов, которые могут вызывать потребность в сестринском уходе:

- инвалидность и связанные с этим нарушения физиологических функций;
- патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- несчастный случай;

- инфекционное заболевание;
- последствия влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.

Эти факторы могут сделать человека частично или полностью зависимым.

Направленность сестринского вмешательства

По данной модели сестра совместно с пациентом последовательно оценивает его возможности в удовлетворении фундаментальных потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы, непрерывно проводя оценку степени их удовлетворения.

Цель ухода

Цель ухода определяется совместно с пациентом при первичной оценке его состояния. В дальнейшем сестра определяет лишь средства для осуществления конкретных вмешательств.

Способы сестринского вмешательства

Способы сестринского вмешательства зависят от конкретных потребностей пациента и направлено только на их удовлетворение.

Оценка качества результатов ухода

Критериями оценки качества и результата ухода должна быть степень удовлетворения каждой потребности в соответствии с поставленными целями. Если желаемый результат не достигнут, то сестра совместно с пациентом пересматривает цели и предполагаемые вмешательства.

Роль сестры

Роль сестры в системе здравоохранения может быть: независимой, зависимой и взаимозависимой.

Независимая роль заключается в оценке (совместной с пациентом) его состояния, планировании, осуществлении сестринских вмешательств и оценке результатов предоставленного ухода.

Зависимая роль - помощь врачам при выполнении тех или иных процедур, а также назначений лечащего врача.

Взаимозависимая роль - работа в составе бригады с другими специалистами.

5.4. Модель поведенческой системы Д.Джонсон

Данная модель рассматривает пациента как **поведенческую систему**.

Пациент, согласно модели Д.Джонсон, это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, причем каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя». Человек имеет семь главных подсистем, которые так или иначе изменяют его поведение (табл. 5.3.).

Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прошлого опыта достичь определенных целей. Этот результат зависит от того, как он воспринимает свое поведение, как он оценивает свои возможности в изменении поведения (что может и не может изменить). Поведение, выбираемое человеком, определяется его предрасположенностью к тому или иному типу поведения (установке). Д. Джонсон различает два основных типа: установка, создаваемая действиями и объектами непосредственно вокруг человека и установка, создаваемая прошлыми привычками.

Таблица 5.3.

**Таблица подсистем человека, влияющих на его поведение
согласно модели Д.Джонсон**

Подсистема	Мотивы поведения
1. Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
2. Присоединяющая (устанавливающая)	Близкое взаимоотношение с другими людьми
3. Агрессивная	Самозащита от угрозы, самоутверждение
4. Зависимая	Зависимость от других
5. Выделительная	Выделение продуктов жизнедеятельности
6. Пищеварительная	Поддержание целостности организма, состояние телесного удовольствия
7. Сексуальная	Сексуальное удовольствие

Источник проблем

Источником проблем пациента является функциональный и структурный стресс, связанный с болезнью или изменением образа жизни.

Направленность сестринского вмешательства

Чтобы определить направленность вмешательства, необходимо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы. Эту оценку осуществляют в два этапа: сначала определяют нарушение равновесия в какой-либо подсистеме, а затем определяют причины этого нарушения (структурные или функциональные).

Цель ухода

Нарушение равновесия внутри подсистем поведения служит причиной для сестринского ухода. Целью ухода должно быть восстановление

(максимально, насколько это возможно) равновесие в каждой подсистеме. Он может быть направлен на изменение:

- мотивов поведения;
- действия подсистемы, ограниченного прошлым опытом человека;
- поведение человека, определяемого прошлой предрасположенностью к тому или иному типу действия;
- установки, создаваемой окружающей средой (1-й тип) или прошлым опытом (2-й тип).

Приоритетная задача

Приоритетная задача сестры в данной модели - обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности.

Способы вмешательства

Способы вмешательства подразумевают действия предупреждающие, защищающие, сдерживающие и расслабляющие пациента в ситуациях функционального или структурного стресса:

- контроль или ограничение поведения какими-то рамками;
- защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс;
- торможение (подавление) неэффективных реакций;
- стимулирование к изменению поведения, партнерство, помощь в виде опеки.

Ожидаемый результат

Д. Джонсон полагает, что, во-первых, можно оценить результаты ухода в пределах какой-то подсистемы по поведению пациента, вызванному теми или иными структурными изменениями. Во-вторых, в том случае, если ожидаемые результаты связаны с изменениями окружающей среды, изменение поведения может быть обусловлено сестринским вмешательством в связи с функциональными изменениями. Если сестринское вмешательство не привело к ожидаемому результату (цели), то вновь формулируются новые цели и новые вмешательства.

Роль сестры

Роль сестры по определению Д. Джонсон является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. Сестре отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие поведенческих подсистем пациента во время психологического и физиологического кризиса.

5.5. Адаптационная модель К.Рой

Согласно данной модели пациент рассматривается как личность, индивидуум.

Источником проблем пациента являются настоящие или предстоящие изменения в его жизни, особенно в ее критические периоды, которые оказывают негативное влияние на состояние здоровья.

Приоритетной задачей сестры является оказание помощи пациенту в достижении и поддержании оптимального уровня здоровья в критические периоды жизни. Здесь сестра выступает в роли наставника-координатора. Фокусом вмешательства медицинской сестры являются способы адаптации пациента к окружающей обстановке во время происходящих изменений в его жизни, требующие усилия или изменения для поддержания оптимального уровня здоровья.

Способы вмешательства медицинской сестры включают применение различных способов стимулирования пациента.

Ожидаемый результат - это достижение оптимального уровня здоровья пациента в критические периоды его жизни.

5.6. Модель Д. Орем

Модель, предложенная Д. Орем (1971), рассматривает человека как единую функциональную систему, имеющую мотивацию к самоуходу. Возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии, независимо от того, здоров он или болен. Д. Орем выделяет три группы потребностей в самоуходе:

Универсальные:

- достаточное потребление воздуха;
- достаточное потребление жидкости;
- достаточное потребление пищи;
- достаточная возможность выделения и потребления, связанные с этим процессом;
- сохранение баланса между активностью и отдыхом;
- время одиночества сбалансировано со временем в обществе других людей;
- предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия;
- стимулирование желания соответствовать определенной социальной группе в соответствии с индивидуальными способностями и ограничениями.

Уровень удовлетворения каждой из восьми универсальных потребностей для каждого человека индивидуален. На эти потребности влияют возраст, пол, стадия развития, состояние здоровья, уровень культуры, социальная среда, финансовые возможности. Здоровый человек обладает достаточными

возможностями самоухода, чтобы удовлетворить эти универсальные потребности.

Потребности, связанные со стадией развития

(от младенчества до старости и в период беременности)

Эти потребности, удовлетворяются, как правило, всеми взрослыми людьми, поддающимися воспитанию.

Потребности, связанные с нарушением здоровья

Они обусловлены наследственными, приобретенными заболеваниями и травмами. В этой группе определяются три вида нарушений: анатомические изменения (ожоги), функциональные физиологические изменения (одышка, отеки и пр.), изменение поведения или повседневных жизненных привычек (чувство безразличия, бессонница, внезапное изменение настроения).

Если человек справляется с этими проблемами, то общее равновесие сохраняется и уход за ним не требуется.

Источник проблем пациента

При нарушении равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе, или если потребности самоухода превышают возможности самого человека, то возникает необходимость в сестринском вмешательстве.

Направленность сестринского вмешательства

Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявленный дефицит самоухода и его причины. Д. Орем считает, что для решения вопроса о необходимости сестринского вмешательства сестра должна:

- определить уровень требований самого пациента к самоуходу;
- определить возможности человека удовлетворять эти требования;
- оценить возможности безопасно осуществлять самоход;
- оценить возможности восстановления самоухода в будущем.

И только определив требования и возможности пациента к самоуходу, можно принимать решение о планировании ухода.

Цель ухода

Краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели (или их комбинации) должны быть сосредоточены на пациенте (его возможностях по самоуходу). При этом с пациентом следует обсудить не только цель ухода, но и планируемые сестринские вмешательства.

Сестринское вмешательство

Д. Орем выделяет 6 типов сестринского вмешательства:

- делать что-либо за пациента;
- руководить пациентом, направлять его действия;
- оказывать физическую поддержку;

- оказывать психологическую поддержку;
- создавать среду для обеспечения самоухода;
- обучать пациента (или его родственников).

Кроме указанных способов, Д. Орем определяет три системы помощи:

- **полностью компенсирующая** - применяется в тех случаях, когда пациент находится либо в бессознательном состоянии, либо ему нельзя двигаться, либо он не способен к обучению;

- **частично компенсирующая** - применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты самоухода;

- **консультативная (обучающая)** - применяется при необходимости обучения пациента (его родственников) навыкам самоухода.

Оценка качества и результатов ухода

Д. Орем считает, что оценка качества ухода должна заключаться прежде всего с точки зрения возможности пациента и его семьи в последующем осуществлять самоход. Сестринское вмешательство может быть направлено как на расширение возможностей самоухода, так и на изменение потребностей в нем. Д. Орем называет эти изменения выздоровлением.

Роль сестры

Автор модели определяет ее как дополняющую к возможности пациента осуществлять самоход. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.

Глава 6. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС. I ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Рассматриваемые вопросы

- 6.1. Сестринский процесс. Определение. Цели. Этапы.
- 6.2. I этап сестринского процесса – сбор информации о пациенте (сестринское обследование пациента).

6.1. Сестринский процесс. Определение. Цели. Этапы.

Сестринский процесс - это метод организации и оказания **сестринской помощи**. Концепция сестринского процесса возникла в США в середине 50-х годов XX века и за шесть десятилетий нашла широкое распространение во всем мире, доказав свою целесообразность и высокую эффективность в клинических условиях. В настоящее время сестринский процесс является основой сестринского образования и практики, создавая научную базу сестринской помощи. Сестринский процесс - это образ мышления и действий по отношению к основным понятиям сестринского дела - людям, окружающей среде, здоровью.

В основе сестринского процесса находится пациент как личность, требующая комплексного подхода. Одним из обязательных условий осуществления сестринского процесса является участие пациента и членов его семьи в принятии решения относительно целей ухода, плана и способов сестринского вмешательства. Оценка результатов ухода осуществляется также совместно с пациента и членами его семьи.

Слово «**процесс**» означает ход событий, в данном случае это последовательность действий, предпринятых медсестрой при оказании помощи. Основной целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма или спокойной смерти. Эта цель достигается путем решения следующих задач:

1. создание информационной базы данных о пациенте;
2. определение потребностей больного в медицинском обслуживании;
3. определение приоритетов ухода;
4. составление плана ухода и обеспечение ухода за больным, соответствующего его потребностям;
5. определение эффективности процесса ухода за больными и достижения цели медицинского обслуживания пациента.

До середины 70-х годов в США сестринский процесс включал 4 этапа (обследование, планирование, выполнение, оценка). В 1973 году

диагностирование было выведено из этапа обследования в связи с утверждением Стандартов сестринской практики Американской ассоциацией медицинских сестер (NANDA) и стало самостоятельным полноценным этапом сестринского процесса.

В настоящее время сестринский процесс состоит из пяти последовательных основных этапов (схема 6.1.):

1 этап – сестринское обследование пациента (сбор информации о состоянии здоровья пациента, сестринская диагностика);

2 этап - анализ полученных данных (определение и обозначение существующих и потенциальных проблем пациента, установление сестринского диагноза);

3 этап - планирование предстоящей работы (определение программы действий);

4 этап - реализация составленного плана сестринского ухода (дальнейшие действия медицинской сестры);

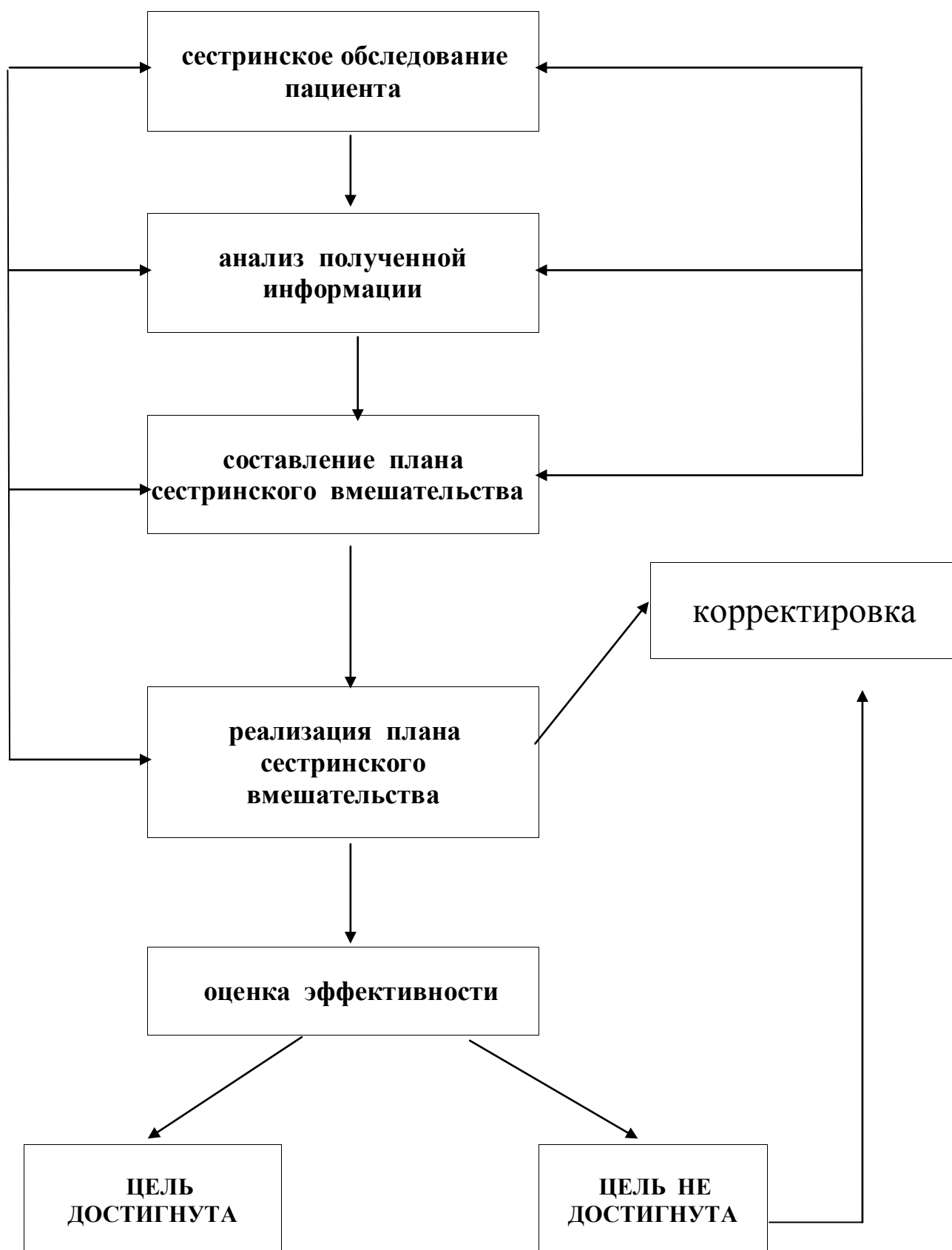
5 этап - оценка результатов эффективности перечисленных этапов и коррекция ухода в случае необходимости.

Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения индивидуализировать и систематизировать уход с целью предупреждения, уменьшения, ликвидации у него проблем в уходе. Он подразумевает использование научных методов определения медико-санитарных и психологических потребностей пациента, семьи или общества и поиска путей наиболее эффективного их удовлетворения посредством сестринского ухода с неременным участием пациента и членов его семьи.

Преимущества внедрения сестринского процесса для сестринского образования и сестринской практики состоят в обеспечении:

- системного и индивидуального подхода к обеспечению сестринского ухода;
- активного участия пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода;
- возможности широкого использования стандартов профессиональной деятельности;
- повышения компетентности, независимости, творческой активности медицинской сестры, а значит и престижа профессии в целом.

Этапы сестринского процесса



6.2. I этап сестринского процесса - сестринское обследование пациента

Целью первого этапа сестринского процесса является получение информации о пациенте - проведение сестринского обследования. Данные о пациенте должны быть полными и точными и носить описательный характер. Информацию о состоянии здоровья пациента можно собирать различными способами и из различных источников: от пациентов, членов их семей, членов дежурной смены, из медицинской документации, физических осмотров, диагностических тестов. Методами обследования являются: субъективный, объективный и дополнительные (с использованием специального оборудования, аппаратуры и инструментов)

Организация информационной базы начинается со сбора субъективной информации путем опроса пациента, в процессе которого медсестра получает представление о состоянии физического, психологического, социального, эмоционального, интеллектуального и духовного состояния пациента, его особенностях. Наблюдая поведение и оценивая внешний вид пациента и его взаимоотношения с окружающей средой, медицинская сестра может определить, соответствует ли рассказ пациента о себе данным, полученным в результате наблюдения. В процессе сбора информации медсестра использует факторы, способствующие общению (обстановка, время беседы, манера говорить и т.д.), которые помогут установить атмосферу доверия и конфиденциальные отношения. Наряду с ощущением профессионализма медицинской сестры это создает ту доброжелательную обстановку между сестрой и пациентом, без которой невозможен адекватный терапевтический эффект.

Начинается расспрос всегда со сбора жалоб, то есть выяснения болезненных ощущений больного. При этом необходимо задать больному вопрос - на что Вы жалуетесь или - что Вас беспокоит? На этот вопрос пациент рассказывает о тех или иных беспокоящих его явлениях. Следует дать больному возможность свободно высказаться, после чего необходимо взять инициативу в свои руки и, задавая наводящие вопросы, возможно подробнее выяснить и детализировать каждую жалобу.

Все жалобы условно подразделяют на основные (активные) и дополнительные. Основные жалобы касаются тех ощущений, которые резко выражены и беспокоят больного в наибольшей степени. Как правило, они принадлежат основному заболеванию и имеют важное диагностическое значение. Дополнительные жалобы беспокоят больного в меньшей степени и обычно являются проявлением сопутствующих заболеваний. Следует

помнить, что нередко больные не обращают на них внимания и обнаружить их удастся только путем целенаправленного расспроса по органам и системам. Например, при поступлении в стационар больной инфарктом миокарда жалуется на интенсивные боли в области сердца. При этом тот же больной в течение ряда лет страдает запором. В данном случае боль будет основной, а запор - дополнительной жалобой. На фоне выраженного болевого кардиального синдрома пациент может просто не придать значения этому кишечному расстройству и не высказать эту жалобу. Однако при грамотном активном расспросе по органам и системам эта жалоба будет выявлена. Вместе с тем, такое, казалось бы, безобидное функциональное расстройство может сыграть фатальную роль в судьбе больного. При затрудненном акте дефекации резкое напряжение брюшных мышц и повышение внутрибрюшного давления могут вызвать остановку или разрыв сердца. Во избежание такого финала, больному необходимо сразу же назначить слабительные средства, а при необходимости – очистительную клизму.

В ходе беседы следует составить для себя представление о душевном состоянии и личности больного, а также выяснить самооценку общего состояния больного.

Вторым этапом расспроса является выяснение истории настоящего заболевания (*anamnesis morbi*) - о его начале и последующем течении вплоть до момента исследования больного. Вначале необходимо подробно охарактеризовать начало заболевания и ответить на три вопроса: когда началось заболевание, какими симптомами оно проявилось, с чем связывает больной начало заболевания, например с переохлаждением, психоэмоциональными перенапряжениями. Далее следует подробно описать клиническое развитие и течение заболевания, динамику основных симптомов, а также установить мотивы настоящей госпитализации.

Третьим этапом расспроса является выяснение сведений о жизни больного - *anamnesis vitae*. Анамнез жизни фактически представляет собой медицинскую биографию больного и отражает основные периоды его жизни, перенесенные заболевания, условия труда и быта, семейную жизнь, вредные привычки, наследственность. Эти данные могут иметь важное значение для диагностики, поскольку условия жизни нередко обуславливают предрасположенность к ряду заболеваний. При сборе анамнеза жизни следует выяснить также аллергологический анамнез - наличие в прошлом каких-либо аллергических реакций.

Расспрос представляет собой субъективное исследование, поскольку основывается на ощущениях и словах больного, а симптомы, выявляемые в

ходе расспроса, называются субъективными симптомами. При интерпретации результатов расспроса следует учитывать возможность высказывания больным несуществующих симптомов (симуляция) или, наоборот, сокрытие тех или иных анамнестических сведений. В случае поступления больного с нарушенным сознанием опрос провести вообще не представляется возможным. В этом случае следует попытаться собрать анамнез заболевания со слов родственников или окружающих.

После сбора анамнеза приступают к объективному физикальному исследованию больного. Оно основано на использовании собственных органов чувств медицинского работника - зрения, слуха, тактильной чувствительности. Объективное исследование также проводится строго по определенному плану и включает последовательно:

- 1) осмотр;
- 2) ощупывание или пальпацию;
- 3) выстукивание или перкуссию;
- 4) поколачивание;
- 5) выслушивание или аускультацию;
- 6) измерение.

Осмотр (*inspectio*) является первым приемом объективного исследования больного и имеет важное диагностическое значение. Этот метод дает представление, как об общем состоянии больного, так и о болезненном состоянии отдельных органов. Более того, диагноз некоторых заболеваний может быть установлен с первого взгляда только на основании осмотра, например тиреотоксический зоб, акромегалия.

Осмотр следует проводить в теплом сухом помещении при хорошем освещении. Наилучшим является естественный дневной свет или использование ламп дневного света. Больного следует полностью обнажить и осматривать его в горизонтальном и вертикальном положении как в прямом, так и в боковом освещении, при котором хорошо видны пульсации на поверхности тела. Осмотр проводят в строго определенной последовательности - сверху вниз, вначале спереди, затем с боков и сзади.

Вначале проводят общий осмотр, позволяющий выявить симптомы общего значения. Далее детально характеризуют отдельные участки тела: голову, лицо, шею, полость рта, туловище, конечности, суставы.

Общий осмотр позволяет определить состояние сознания и психики, положение больного, общий вид (*habitus*), состояние внешних покровов.

Сознание может ясным или нарушенным. Различают следующие виды нарушений сознания. Ступор (оцепенение или оглушение) - больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с

запозданием. Сопор (спячка, отупение) - больной находится лишь на короткое время выходит из состояния сна после громкого оклика, тормошения или укола. Рефлексы сохранены. Кома (бессознательное состояние) - полное угнетение сознания, утрата чувствительности и рефлексов.

Осмотр позволяет оценить психический облик больного: состояние апатии, взволнованности, возбуждения, бреда, испуга, подавленности. Осмотр в известной мере позволяет в определенной мере определить темперамент больного.

Положение больного может быть активным, пассивным и вынужденным. Активное положение бывает при сравнительно легких заболеваниях. При этом пациент может свободно изменять свое положение и перемещаться в пространстве. Пассивное положение характеризует неподвижность больного, когда в силу тяжести состояния он не может перемещаться в пространстве без посторонней помощи. Бывает при бессознательном состоянии и крайнем истощении больного.

Вынужденное положение - это определенная поза или положение тела, которое больной занимает для облегчения своего состояния. Например, при сухом плеврите больной лежит на больном боку, что облегчает боли, во время приступа сердечной астмы больной сидит с опущенными ногами (положение ортопноэ).

Общий вид (habitus). В понятие «общий вид входит» особенность сложения больного, рост и масса тела, осанка, походка.

В России принята классификация конституции человека, предложенная М.В.Черноруцким. По этой классификации условно выделяется три конституционных типа телосложения: астенический, гиперстенический, нормастенический. Астенический тип характеризуется преобладанием продольных размеров тела над поперечными. Рост у астеников обычно выше среднего, конечности длинные, туловище короткое, грудная клетка длиннее туловища. Внутренние органы у таких людей относительно малых размеров, легкие удлинены, диафрагма расположена низко, кишечник короткий, а брыжейка длинная. Для этого типа характерно относительно низкое артериальное давление. Гиперстенический тип отличается преобладанием поперечных размеров тела над продольными. Рост у них обычно средний, туловище относительно длинное, конечности короткие, живот по размерам преобладает над грудной клеткой. Все внутренние органы, за исключением легких, относительно больших размеров, чем у астеников. Артериальное давление у гиперстеников выше, чем у астеников. Нормастенический тип занимает по всем признакам промежуточное положение.

При общем осмотре может быть выявлен грубый анатомический дефект тех или иных частей тела: горб, искривление позвоночника, укорочение конечностей и пр.

Осанка и походка больного позволяет судить о его общем тонусе и степени развития мышц. У здорового человека осанка прямая, походка энергичная и свободная. Некоторые заболевания изменяют осанку и походку. Например, при врожденном вывихе бедра походка становится утиной, при поражении мозжечка - шатающейся.

В общий осмотр входит оценка соответствия кажущегося возраста больного метрическому возрасту. При ряде заболеваний (например, при тиреотоксикозе) больные выглядят моложе своего истинного возраста, или, наоборот, старше своего возраста (например, при алкоголизме).

Состояние внешних покровов. Далее оцениваются внешние покровы человека - кожа и ее дериваты (волосистой покров и ногти). Окраска кожи у здорового человека варьирует в довольно значительном диапазоне и зависит от кровенаполнения, количества пигмента и ее толщины. Кратковременное побледнение или покраснение кожи является следствием рефлекторных вазомоторных реакций - спазма сосудов или прилива крови. Наблюдаются эти явления при волнениях, испуге или при изменении температуры окружающей среды. Стойкое покраснение кожи наблюдается у лихорадящих больных, при эритремии (повышение количества эритроцитов в крови) и у лиц, часто подвергающихся резким перепадам температуры. В последнем случае сосуды кожи теряют тонус и кожа становится багрово-красной. Стойкое побледнение кожи чаще всего обусловлено анемией (уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина в крови).

При патологии кожа может приобретать необычную окраску.

Цианоз - синюшность кожных покровов наблюдается в результате недостаточного насыщения крови кислородом при дыхательной и сердечной недостаточности, а также при некоторых видах отравлений. Различают общий и местный цианоз. Местный цианоз виден только в каком-либо одном участке тела. Общий цианоз охватывает все тело, но появляется раньше и лучше виден в местах, где кожа тоньше - кончик носа, мочки уха, губы (акроцианоз).

Желтуха - желтое окрашивание кожи является следствием накопления в крови избыточного количества билирубина.

Важное значение в диагностике ряда заболеваний, особенно инфекционных, имеют кожные высыпания. В зависимости от размеров и морфологии сыпи подразделяются на розеолы, петехии, везикулы, папулы, эритему, пурпуру.

При осмотре кожи следует обратить внимание на влажность кожи. Она может быть сухой при обезвоживании организма, шелушиться при истощающих заболеваниях. Повышенное потоотделение характерно для лихорадочных состояний.

Кожные дериваты - волосы и ногти при осмотре могут обнаружить признаки, имеющие диагностическое значение. При понижении функции щитовидной железы наблюдается чрезмерное выпадение и ломкость волос. Облысение является одним из признаков старости, хотя и необязательным и наблюдается при ряде кожных заболеваний. Встречается и усиленный рост волос. В частности, при некоторых эндокринных заболеваниях у женщин могут отрасти усы и борода и распределение волосяного покрова на туловище приобретает мужской тип. Такое состояние называется вирилизм (vir, virilis - муж, мужественный). Чрезмерное оволосение всего тела называется гирсутизм и бывает врожденным или приобретенным (заболевания эндокринных желез).

Ногти могут изменяться по форме и становиться плоскими, ложкообразными, приобретать вид часовых стекол. Они могут становиться тусклыми, ломкими, крошиться при недостаточности в организме железа, витаминов, а также при гормональных расстройствах.

Осмотр частей тела проводится сверху вниз вначале спереди, затем сзади. Вначале осматривается голова, лицо, полость рта, затем туловище и конечности.

Голова (череп) может иметь ненормальную форму и величину. Чрезмерно малая голова (микроцефалия) встречается у детей при идиотизме. Слишком большая голова также наблюдается у детей при головной водянке. После перенесенного рахита череп приобретает уплощенную форму с сильно выдающимися лобными буграми.

Положение головы может указывать на некоторые заболевания. Она становится неподвижной при поражении позвоночника, запрокинута назад при менингите. Сотрясение головы, синхронное с пульсом, наблюдается при недостаточности аортального клапана (симптом Мюссе). Дрожание головы у стариков бывает при болезни Паркинсона.

Лицо. Выражение и облик лица дают весьма ценную информацию. Следует обратить внимание на окраску и толщину кожных покровов, состояние глаз, носа, щек.

Важное диагностическое значение имеет отечность (одутловатость) лица, отечность век, то есть мешки под глазами. При некоторых заболеваниях лицо приобретает довольно характерный вид.

Лицо Гиппократово наблюдается у больных с тяжелыми острыми заболеваниями брюшной полости, например при перитоните. Оно характеризуется серым, мертвенно-бледным цветом кожи, заострившимися чертами и страдальческим выражением лица, запавшими глазами.

Лицо Корвизара - одутловатое желто-синюшное лицо с багровыми губами и постоянно открытым ртом, ловящим воздух. Наблюдается при сердечных заболеваниях.

Известно также чахоточное, асимметричное, акромегалическое, лунообразное, львиное, сардоническое, микседематозное, базедово лицо, лицо "восковой куклы", так называемая маска Паркинсона.

При осмотре следует обратить внимание на отдельные части лица. Особое значение имеет осмотр глаз.

Пучеглазие (экзофтальм) - выпячивание глазных яблок наблюдается при тиреотоксикозе. Западение глазных яблок (энофтальм) наблюдается при микседеме. Стойкое опущение верхнего века – птоз возникает вследствие паралича глазодвигательного нерва.

Дрожание глаз - нистагм и косоглазие наблюдаются при заболеваниях нервной системы и органов зрения.

Сужение зрачка (myosis) характерно для некоторых отравлений, уремии, внутричерепных кровоизлияний и поражений нервной системы.

Расширение зрачка (midriasis) наблюдается при коматозных состояниях и отравлениях атропином.

Неравномерность зрачков - анизокория отмечается при поражениях нервной системы.

Изменения век также имеют значение для диагностики внутренних болезней. Повышенная их пигментация наблюдается при болезнях эндокринной системы. При нарушениях липидного обмена встречаются местные отложения холестерина на коже век - ксантомы. Они имеют вид плоских, слегка возвышающихся желтоватых пятен.

Осмотр носа может обнаружить его резкое увеличение и утолщение при акромегалии, уплощение (продавленность) при сифилисе. При сильной одышке можно наблюдать движение крыльев носа.

Осмотр губ позволяет выявить сыпь (herpes labialis), трещины, асимметрию.

Осмотр полости рта. Следует обратить внимание на состояние десен и слизистой оболочки. При этом можно выявить разрыхление, кровоточивость десен, наличие пигментных пятен, изъязвлений, кровоизлияний. Необходимо выяснить целостность зубного ряда, форму и состояние зубов. Отсутствие значительного количества зубов играет большую роль в

развитии патологии пищеварительной системы. Кариес может служить первичным очагом инфекции и вызывать септическое состояние. Осмотр языка играет большую роль в диагностике, поэтому при осмотре следует предложить больному показать язык. Далее необходимо осмотреть миндалины. Диагностическое значение имеет их покраснение, наличие серого или желтого налета, гнойных пробок.

Осмотр шеи позволяет выявить увеличение лимфатических узлов, увеличение щитовидной железы, усиленную пульсацию сонных артерий при недостаточности аортальных клапанов, набухание и пульсацию яремных вен при застое крови в большом круге кровообращения. Увеличение общего объема шеи наблюдается при сдавлении верхней полой вены или при нарушении лимфооттока. Осмотр туловища и конечностей завершает осмотр отдельных частей тела.

Собрав необходимую субъективную, объективную и дополнительную информацию о состоянии здоровья пациента, сестра должна получить четкое представление о пациенте и определить его нарушенные потребности:

- 1) дышать;
- 2) есть;
- 3) пить;
- 4) выделять;
- 5) спать, отдыхать;
- 6) быть чистым;
- 7) одеваться, раздеваться;
- 8) поддерживать температуру тела;
- 9) быть здоровым;
- 10) избегать опасности;
- 11) двигаться;
- 12) общаться, поклоняться;
- 13) иметь жизненные ценности материальные и духовные;
- 14) играть, учиться, работать;

На основе полученных данных следует определить степень независимости пациента в уходе (независим, частично зависим, полностью зависим, с помощью кого), установить эффективное общение с пациентом и привлечь его к сотрудничеству.

ГЛАВА 7. II-V ЭТАПЫ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Рассматриваемые вопросы

- 7.1. II этап сестринского процесса – анализ полученных данных.
- 7.2. Сестринский диагноз.
- 7.3. III этап сестринского процесса - планирование сестринского ухода.
- 7.4. IV этап сестринского процесса - реализация плана сестринских вмешательств.
- 7.5. V этап сестринского процесса – оценка результатов и коррекция ухода. Документация сестринского процесса.

7.1. II этап сестринского процесса - анализ полученных данных

Второй этап сестринского процесса начинается анализом полученной информации о пациенте, на основании которого медицинской сестре предстоит определить проблемы пациента. Под проблемой понимается затруднение в удовлетворении потребности какого-либо уровня, например, по классификации А. Маслоу. Проблемы пациента подразделяются на существующие (настоящие) и потенциальные.

Настоящие проблемы - это проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент. Рекомендуемая формулировка настоящих проблем пациента как неудовлетворенных потребностей представлена в Инструктивном письме Минздрава РФ № 15-12/719 от 02.12. 2002 г. Приложение «Сбор информации о пациенте» (табл. 7.1.).

Таблица 7.1.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМУЛИРОВКА ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА (ПРОБЛЕМА - НЕУДОВЛЕТВОРЕННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ)

Источник: Сборник нормативных документов «Многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела и их использование в практическом здравоохранении». Москва, 2003 г.

Потребности	Нарушение потребности по данным обследования (проблемы пациента)	
	субъективного	объективного
Дышать	• одышка • кашель • боль в грудной клетке	• цианоз (синюшность) • затруднение дыхания через нос • изменение частоты, ритма или глубины дыхания • лихорадка

Есть, пить	• нарушение аппетита • отрыжка • тошнота • рвота • боли в животе • злоупотребление алкоголем • отсутствие зубов, кариозные зубы • сухость во рту	• запах изо рта • наличие кариозных зубов • рвота во время обследования • сухость кожи и слизистых
Выделять	• понос • запор • вздутие живота • нарушение мочеиспускания и мочеобразования • отсутствие мочи • малое количество мочи • увеличенное количество мочи • частое болезненное мочеиспускание • отеки	• отеки явные • отеки скрытые • изменение характера стула • сухость кожи, снижение упругости и эластичности кожи, окраска кожи • изменение количества мочи • визуальное изменение мочи
Спать	• бессонница • нарушение сна • прерывистый сон • сонливость • засыпание под утро	• выражение лица (усталость, утомленность, потухший взгляд, бедная мимика) • зевота
Быть чистым	• кожный зуд • боль и жжение в области естественных складок	• изменение кожи в естественных складках • гиперемия • нарушение целостности • сыпь на коже, расчесы • неприятный запах • неприятный запах изо рта • грязное белье • неухоженные ногти • сальные волосы
Одеваться, раздеваться	• невозможность самостоятельно одеться или раздеться • боль при движении	• пациент не может самостоятельно одеться или раздеться • одежда пациента не

	• паралич конечностей • резкая слабость • психические расстройства	соответствует размеру (мала или велика), что затрудняет движение • одежда не соответствует сезону (отсутствие теплой зимней одежды)
Поддерживать температуру тела	• озноб • потливость • чувство жара • головная боль, • ломота в теле, суставах • сухость во рту	• гиперемия лица • появление «гусиной кожи» • горячая на ощупь кожа • сухость кожи и слизистых • трещины на губах • изменение температуры тела • учащение пульса и ЧДД • влажная кожа • отклонение в температурном режиме помещений
Двигаться	Невозможность или ограничение двигательной активности в связи с • болью • слабостью • отсутствием конечности • наличием параличей • расстройством психической деятельности	• болезненность при движении • изменения в области суставов • гиперемия • местное повышение температуры • пассивное положение в кровати • отсутствие конечности
Общаться	Желание или нежелание пациента общаться с окружающим миром: • родственники • медперсонал • соседи по палате • средства массовой информации • книги	• нарушение слуха • нарушение зрения • нарушение движения • нарушение интеллекта • расстройство сознания
Поддерживать состояние или быть здоровым	Медсестра определяет, какие потребности пациент может удовлетворить самостоятельно, а в удовлетворении каких потребностей ему нужна	Медсестра постоянно наблюдает за состоянием пациента и при его ухудшении вызовет врача и окажет до его прихода неотложную доврачебную

	помощь и в каком объеме	помощь
Избегать опасности	• наличие в образе жизни пациента факторов риска и отношение его к ним; • степень приспособления пациента к условиям жизни с факторами риска; • знает ли пациент, как эти факторы влияют на его здоровье; • есть ли у него желание к оздоровлению своего образа жизни; • медсестра в беседе с пациентом о состоянии его здоровья, обращает внимание на чувство страха, напряжение и опасения за свое здоровье; • медсестра выясняет, ощущает ли пациент поддержку семьи в своем состоянии	
Иметь жизненные ценности	Медсестра в беседе с пациентом выявляет его жизненные ценности и их влияние на здоровье Вам предлагается минимум вопросов, которые медсестра должна выяснить, общаясь с пациентом • что представляет собой пациент, его психическое и физическое здоровье? • Что он имеет (социально-производственный, социально-бытовой, семейный статус)? • Что человек говорит о себе, своем здоровье, в частности? • Что человек делает в плане сохранения или укрепления здоровья (или наоборот, его ухудшения)? Причем выяснить есть ли расхождения слов с делом. «что пациент дает людям, насколько он ценен для семьи, общества? Что человек берет от общества, в чем нуждается?» • К чему человек стремится, удовлетворен ли он жизнью вообще, собой, окружающими его людьми?	
Играть, учиться, работать	Медсестре необходимо в беседе с пациентом определить, насколько выражена эта потребность у пациента: • Как он относится к своей работе, какое место в его жизни она занимает; • Есть ли у него стремление к самообразованию, учебе; • Какую социальную роль в жизни он играет; • Как он проводит свое свободное время, чем увлекается	

Поскольку обычно у пациента определяется несколько настоящих проблем, то медицинская сестра не может приступить к их решению одновременно. Для определения порядка, по которому будет осуществляться сестринское вмешательство, устанавливаются приоритеты.

Первоочередная (первичная) или приоритетная проблема, требует ее устранения в первую очередь, а иногда и немедленно, так как обладает наиболее пагубным влиянием на пациента. Она считается главной. Второстепенные проблемы не требуют немедленного их устранения, а иногда и могут быть отложены во времени, так как обычно не имеют отношения к заболеванию или его прогнозу. Причем, очередность их разрешения следует определить совместно с пациентом. Но совершенно очевидно, что в случаях угрозы жизни медицинская сестра сама должна определить, какую проблему она будет решать в первую очередь. Например, при дорожно-транспортном происшествии у пациента открытый перелом нижней конечности с наружным кровотечением. Первоочередной проблемой в данном случае является остановка кровотечения, после чего следует снять боль, наложить асептическую повязку, провести иммобилизацию конечности и доставить пациента в лечебное учреждение. Из примера видна приоритетность и очередность разрешения проблем. Иная последовательность устранения перечисленных проблем может вызвать различные осложнения, вплоть до смерти.

Медицинская сестра должна помнить, что иногда первичным приоритетом могут обладать не физические, а психологические, социальные, культурные или духовные проблемы пациента. Сами приоритеты необходимы для рационального распределения сил, времени, ресурсов медицинской сестры.

К потенциальным проблемам пациента следует относить те проблемы, которых еще нет, но они могут развиваться при определенных условиях, например, при нарушении в диете, при увеличении физической нагрузки, при недостаточном внимании к пациенту со стороны медицинского персонала и пр. Их может и должна предвидеть медицинская сестра и принять все меры для их предотвращения. Например, появление пролежней у пациентов с выраженным ограничением подвижности, рецидивов инфаркта миокарда при нарушении двигательного режима.

7.2. Сестринский диагноз

Конечной целью второго этапа сестринского процесса является установление сестринского диагноза. До недавнего времени понятие «Диагноз» относилось только к профессии врача. Однако, по мере того, как сестры стали активно пытаться определить свою профессию как самостоятельную отрасль деятельности, потребовалось обоснование сущности сестринской практики, ее уникальности и принципиального отличия от деятельности специалистов других профессий здравоохранения.

Для лучшего понимания определения сестринского диагноза следует вначале остановиться на определении врачебного (клинического) диагноза.

Клинический (врачебный) диагноз - это краткое заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное терминами современной медицинской науки. Он состоит из двух частей. Первая, нозологическая, часть характеризует название заболевания в соответствии с действующей международной классификацией болезней (МКБ). Вторая часть отражает конкретное состояние больного.

Диагноз медицинской сестры - это формулировка о действительной или потенциально возможной реакции пациента на заболевание, которую медицинская сестра компетентна устранить. Цель сестринского диагноза - проанализировать результаты обследования и определить, с какой проблемой здоровья сталкиваются пациент и его семья, а также определить направление и объем сестринского ухода. Установление сестринского диагноза - это кульминация диагностического процесса, в ходе которого сестра анализирует результаты обследования и определяет проблему здоровья.

Важно подчеркнуть, что диагноз медицинской сестры устанавливается не только на основании физиологических показателей пациента, но и психологических, социальных, духовных и эмоциональных потребностей, так как реакция пациента на свое заболевание может затрагивать именно эти стороны. Следовательно, сестринские диагнозы могут быть: физиологическими, психологическими, социальными и духовными.

История сестринского диагноза сложна и противоречива. Впервые термин «Сестринский диагноз» появился в профессиональной литературе в 1950 году, после чего американская исследовательница Фрай выдвинула предположение, что сестринская помощь может стать более эффективной, если будут ставиться сестринские диагнозы и разрабатываться планы индивидуального ухода за пациентом. Однако тогда эта идея не была поддержана медицинской общественностью.

Позже сестринская деятельность была определена как ориентированная на проблемы пациента, что подготовило условия для того, что бы сестринский диагноз, в конце концов, стал частью современного сестринского образования и практики.

Впервые термин «сестринский диагноз» был включен в «Стандарты сестринской практики», изданные Американской национальной ассоциацией сестер в 1973 году. После многочисленных дебатов относительно того, что следует понимать под сестринскими диагнозами и должны ли этим заниматься сестры, многие исследователи сошлись на мнении, что

«сестринский диагноз - это клинический диагноз, устанавливаемый профессиональной сестрой и характеризующий существующие или потенциальные проблемы здоровья пациента, которые сестра вследствие полученного ею образования и приобретенного опыта может и имеет право ставить». (Гордон, 1976). Иными словами, это ничто иное, как выявленные сестрой проблемы пациента, которые она может решить. Так, например, боль, пролежни, страх, сложности адаптации - представляют собой различные типы диагнозов.

Многие сестры - практики, начавшие применять сестринские диагнозы, предложили скорректировать это определение с учетом деятельности, направленной не только на болезнь но и на здоровье, благополучие пациента.

В связи с этим в 1982 году в учебнике по сестринскому делу Карлсон, Крафт и Мак Гюре появилась новое определение: **«Сестринский диагноз - состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры»**. По своей сути это определение тесно перекликается со второй частью клинического врачебного диагноза.

В 1973 году в США состоялось первая научная конференция по классификации сестринских диагнозов. Задачи конференции заключались в том, чтобы определить функции сестры в диагностическом процессе и разработать систему классификации сестринских диагнозов. Позже волна подобных конференций вышла за пределы США, и их результатом стало создание Международной ассоциации сестринских диагнозов. Ассоциация ставит своей целью развитие совершенствование и проведение таксономии сестринских диагнозов для общего употребления профессиональными сестрами.

Впервые такая классификация была предложена в 1986 году и дополнена в 1991 году. Всего перечень сестринских диагнозов включает 114 основных наименований, в числе которых лихорадка, боль, приступ удушья, кровотечение (легочное, желудочное), стресс, чувство тревоги, социальная самоизоляция, дефицит знаний о, пониженная физическая активность, сниженная индивидуальная способность к адаптации и преодолению стрессовых реакций, излишнее питание, превышающее потребности организма, высокий риск инфицирования ран и прочее.

В ноябре 1993 года в Копенгагене на Первой международной научной конференции по проблемам сестринских диагнозов было отмечено, что унификация и стандартизация терминологии пока остаются серьезной проблемой для большинства стран. Многими национальными сестринскими

ассоциациями и организациями созданы комитеты по разработке терминологии и системы классификации. Очевидно, что без единой классификации и номенклатуры сестринских диагнозов по примеру врачебных, сестры не смогут общаться на понятном для всех профессиональном языке. Участники конференции наметили конкретные шаги по проведению международного исследования в этой области.

Нынешние медицинские сестры встречаются с рядом трудностей, особенно при работе над сестринскими диагнозами. Отечественные исследователи отмечают многословность и неточность заимствованного зарубежного диагностического языка, необходимость унификации терминологии и создания единой классификации.

СЕСТРИНСКИЕ ДИАГНОЗЫ ОДОБРЕННЫЕ АССОЦИАЦИЕЙ NANDA (Северо - Американской Ассоциацией Диагностики Медицинских Сестер)

- | | |
|--|---|
| • Неустойчивость жизнедеятельности | • Высокая степень риска от неустойчивости жизнедеятельности |
| • Измененные семейные процессы | • Высокая степень риска для сердечно - сосудистой системы от напряжения |
| • Измененный рост и развитие (патология роста и развития) | • Высокая степень риска от дефицита объема жидкости |
| • Измененное медицинское обслуживание | • Высокий риск от удушья |
| • Ухудшение питания, не соответствующее потребностям организма | • Высокий риск от синдрома неправильного применения лекарств |
| • Излишнее питание, превышающее потребности организма | • Высокий риск при нарушении целостности кожных покровов |
| • Чрезмерное питание, превышающее потребности организма, высокой степени риска | • Высокий риск от инфекции |
| • Измененная щечно - глоточная слизистая перепонка | • Высокий риск от ран (травм, повреждений) |
| • Наследственные изменения | • Высокий риск нарушения нервно - сердечной деятельности |
| • Изменения в анализе мочи | • Высокий риск отравления |
| • Изменения защитных функций | • Высокий риск самоповреждения |
| • Измененная ролевая функция | • Высокий риск от насилия самому себе или окружающим лицам |
| • Измененная модель сексуального | |

- поведения
- Измененные процессы вычислительной деятельности
 - Измененная (указать тип) тканевая перфузия - церебральная, кардио-легочная, почечная, желудочно-кишечная, периферическая
 - Преждевременное беспокойство
 - Беспокойство
 - Дефицит гигиенических навыков и санитарных условий
 - Нарушения (расстройства) схемы тела
 - Недержание кишечника
 - Напряжение от исполнения роли оказывающего помощь
 - Хронически приниженное чувство собственного достоинства
 - Хроническая боль
 - Хронический запор
 - Нерешительность, противоречивость при принятии решений
 - Сердечная недостаточность
 - Защитная функция (психологическая, психофизиологическая)
 - Адаптация к стрессовым нагрузкам
 - Понос
 - Дефицит желания следить за собой, манерой одеваться
 - Дисфункциональное расстройство (беспокойство)
 - Дисрефлексия
 - Семейный потенциал для роста
 - Чувство отчаяния, безнадежности
 - Гипертермия (перегревание организма)
 - Пониженный газообмен
 - Ослабленная способность обслуживать себя самого дома
 - Сниженная реакция на социальное взаимодействие
 - Нарушение глотательной функции
 - Нарушение целостности тканей
 - Нарушения речи
 - Неспособность поддерживать самопроизвольную вентиляцию легких
 - Неэффективное (недостаточное) очищение дыхательных путей
 - Дыхательная недостаточность
 - Бессмысленный отказ от приема лекарств
 - Сниженная индивидуальная способность адаптации и преодоления стрессовых ситуаций
 - Неэффективное исполнение лечебной схемы (программы лечения) Неэффективная терморегуляция
 - Недостаток знаний
 - Несоблюдение режима приема лекарственного средства
 - Расстройство (нарушения) памяти в отношении своей личности
 - Обессиление (общая слабость)
 - Синдром травмы изнасилования
 - Синдром травмы изнасилования, реакция молчания

- Усталость
- Чувство страха
- Дефицит заботы о своем питании
- Нехватка объема жидкости
- Дефицит объема жидкости
- Излишний объем жидкости
- Функциональное недержание
- Желание поддержать состояние здоровья на высоком уровне
- Недостаточная самогигиена
- Задержка мочи
- Рефлекторное недержание
- Сенсорные перцептуальные изменения (слуховые, вкусовые, мышечно - суставные, обонятельные, осязательные, зрительные)
- Сексуальная дисфункция
- Социальная самоизоляция
- Душевное расстройство
- Недержание мочи при напряжении (во время кашля или другого усилия)

Например, при бронхиальной астме вероятны следующие сестринские диагнозы: высокий риск от удушья, беспокойство, отчаяние, связанное с длительным хроническим заболеванием. Врач купирует приступ бронхиальной астмы, назначает лечение, а научить пациента жить с хроническим заболеванием - задача медицинской сестры. Сестринский диагноз следует отличать от врачебного по следующим признакам:

- врачебный диагноз определяет болезнь;
- врачебный диагноз может оставаться неизменным в течении всей болезни;
- врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики;
- врачебный диагноз, как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме;
- сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма в связи с болезнью, то есть проблем пациента;
- сестринский диагноз может меняться каждый день или даже в течении дня по мере того, как меняются реакции организма на болезнь;
- сестринский диагноз - вмешательства в пределах компетенции медицинской сестры;
- сестринский диагноз часто связан с представлениями пациента о состоянии своего здоровья.

Итак, на втором этапе сестринского процесса медицинская сестра должна уметь четко формулировать сестринские диагнозы и устанавливать их приоритетность (значимость для пациента). Она должна ясно представлять отличие сестринского диагноза от врачебного и четко

осознавать, что уход за больными - это динамический процесс, который на любой его стадии может быть пересмотрен в связи с изменениями состояния пациента. Гибкость сестринского процесса позволяет медицинской сестре оперативно реагировать на изменение потребностей пациента, в результате чего он должен получить всестороннее медицинское обслуживание.

7.3. III Этап сестринского процесса - планирование сестринского ухода

После выявления и классификации проблем пациента, медицинская сестра знакомит его со своей оценкой состояния и потребностями в уходе, если это возможно. Она обязательно узнает мнение самого пациента и его предложения о внесении изменений в проведенную оценку. По каждой из проблем определяется цель сестринского вмешательства согласно потребности пациента в уходе (временной или постоянной) и составляется план для реализации ухода. Определяя цель для каждой проблемы, следует учитывать пожелания пациента и его семьи, профессиональные возможности сестры и имеющиеся ресурсы.

Цель ухода - это то, чего хотят добиться сестра и пациент в результате их взаимодействия. Она вытекает из определенной у пациента приоритетной проблемы. Кроме того, она должна быть реальной, достижимой и содержать определенные сроки. Постановка целей обязательна перед началом планирования, поскольку именно цель будет определять направление предстоящего сестринского вмешательства и ее достижение позволит судить об эффективности самого сестринского процесса. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели. По срокам существуют 2 вида целей: краткосрочные, достижение которых осуществляется в течение одной недели и более, а также долгосрочные цели, которые достигаются в течение длительного периода, более недели, а зачастую и после выписки пациента из стационара.

Детальное описание краткосрочных и долгосрочных целей при всех заболеваниях представлено в «Сборнике клинических задач для итоговой аттестации по специальности 0406 Сестринское дело. Москва, 2005». Например, при крупозной пневмонии краткосрочная цель – это снижение температуры до субфебрильных цифр к 3-4 дню заболевания, а долгосрочная цель – стабильное поддержание температуры тела в норме к моменту выписки.

После формулировки целей по приоритетной проблеме проводится планирование объема сестринских вмешательств. План сестринских вмешательств представляет собой письменное руководство, подробное

перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода. Различают 3 типа сестринских вмешательств: зависимые, независимые и взаимозависимые действия.

Зависимыми называются действия медсестры, выполняемые по назначению врача и под его наблюдением.

Независимые действия медицинская сестра осуществляет сама, в меру своей компетенции. К независимым относятся мероприятия по наблюдению за реакцией больного на лечение, адаптацией пациента к болезни, оказанию доврачебной помощи, осуществлению мероприятий по личной гигиене, профилактике внутрибольничной инфекции, организации досуга, советы пациенту, обучение.

Взаимозависимыми называются действия медсестры по сотрудничеству с другими работниками с целью оказания сестринской помощи и ухода. К ним относятся действия по подготовке к проведению инструментальных, лабораторных исследований, участие в консультировании по вопросам ЛФК, диетологии, физиотерапии и др.

Примеры сестринских вмешательств:

Зависимые:

1. Выполнять назначения врача, докладывать об изменениях состояния здоровья пациента.

Независимые:

1. Наблюдать за реакцией на лечение, оказать доврачебную помощь, осуществить мероприятия по личной гигиене, проводить мероприятия по профилактике внутрибольничной инфекции, организовать досуг, дать советы пациенту, обучить пациента...

Взаимозависимые:

1. Сотрудничество с другими работниками с целью ухода, оказания помощи, поддержки.

2. Консультирование.

Сестринская помощь планируется на основе нарушенных потребностей пациента с целью их удовлетворения, а не на основе медицинского диагноза, т.е. заболевания. Методы сестринских вмешательств могут являться и способами удовлетворения нарушенных потребностей.

К таким методам относятся:

1. Оказание доврачебной помощи.
2. Выполнение врачебных назначений.
3. Создание комфортных условий для жизнедеятельности с целью удовлетворения основных потребностей пациента.
4. Оказание психологической поддержки и помощи.

5. Выполнение технических манипуляций.
6. Мероприятия по профилактике осложнений и укреплению здоровья.
7. Обучение и консультирование пациента и членов его семьи.

7.4. IV этап сестринского процесса – реализация плана сестринских вмешательств

Согласно определению ВОЗ, этап реализации определяется как выполнение действий, направленных на достижение специфических целей.

При реализации плана сестринских вмешательств следует соблюдать следующие требования.

1. Систематически выполнять план.
2. Осуществлять координацию намеченных действий.
3. Вовлекать пациента и членов его семьи в процесс оказания помощи.
4. Доврачебная помощь оказывается по стандартам сестринской практики с учетом индивидуальных особенностей пациента.
5. Сестринские манипуляции осуществляются по алгоритмам (протоколам сестринских манипуляций).
6. Реализация плана ухода отмечается в карте сестринского ухода с учетом периодичности выполнения, кратности с отметкой о времени выполнения и оценки реакции пациента на оказанный уход.
7. Запланированный уход может быть и не оказан, если изменились обстоятельства!

7.5. V этап сестринского процесса – оценка результатов и коррекция ухода

Целью итоговой оценки является определение результата сестринской помощи. Оценка осуществляется непрерывно, начиная с определения приоритетной проблемы вплоть до выписки или смерти пациента. Медицинская сестра постоянно собирает, критически анализирует информацию, делает выводы о реакции пациента на уход, о реальной возможности осуществления плана ухода и наличии новых проблем, на которые необходимо обратить внимание.

Таким образом, можно выделить следующие основные аспекты оценки результатов: достижение цели, реакция пациента на сестринское вмешательство, активный поиск и оценка новых проблем и нарушенных потребностей. Если поставленные цели достигнуты и проблема решена, медсестра отмечает в плане, что цель достигнута по данной проблеме, ставит дату, час, минуты и подпись. Если цель сестринского процесса по данной проблеме не достигнута и у пациента сохранилась потребность в

сестринском уходе, необходимо провести переоценку, чтобы установить причины ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений в состоянии пациента не наступило. Важно привлечь самого пациента в процесс ухода, а также полезно посоветоваться с коллегами относительно дальнейшего планирования сестринских вмешательств. Весьма важно установить причины, помешавшие достижению поставленной цели. В результате может измениться сама цель и внесена коррекция в план сестринского вмешательства.

Систематический процесс оценки требует от медсестры умения мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми и своевременно проводить коррекцию плана вмешательства с целью оказания более эффективной помощи пациенту. Оценка плана проводится на основе анализа результатов достижения поставленной цели. Состояние пациента после сестринского вмешательства служит основой для принятия решения о необходимости коррекции плана.

Пример оценки результатов: Пациент подготовлен к УЗИ органов брюшной полости. Дата, час, мин., роспись.

Коррекция ухода проводится в тех случаях, когда по данной проблеме цель не достигнута. При этом вносятся изменения в план сестринского процесса.

7.6. Документация сестринского процесса

Документирование сестринского процесса проводится в сестринской истории болезни пациента. Заполнение документации требует времени и поэтому не должно быть сложным. Формы не должны мешать работе, превращаясь в отдельный вид деятельности, еще один производственный ритуал.

Необходимость документации сестринского процесса состоит в том, чтобы от интуитивного подхода по оказанию помощи пациенту медсестра перешла на продуманный, структурированный, направленный на удовлетворение конкретных нарушенных потребностей уход за больным. Необходима разработка оптимально удобной документации, адаптированной к конкретным клиническим условиям лечебного учреждения.

Принципы ведения документации сестринского процесса:

1. Четкость в выборе слов и в самих записях.
2. Краткое и недвусмысленное изложение информации.
3. Охват всей основной информации.
4. Использование только общепринятых сокращений.

5. Каждой записи должна предшествовать дата и время, а в конце записи стоять подпись сестры, составляющей отчет.

Рекомендации по ведению документации

1. Описывайте проблемы пациента его собственными словами. Это поможет Вам обсуждать с ним вопросы ухода, а ему лучше понять план ухода.

2. Называйте целями то, чего хотите добиться вместе с пациентом. Умейте сформулировать цели, например: у пациента будут отсутствовать (или уменьшаться) неприятные симптомы (укажите, какие), далее, укажите срок, за который, по Вашему мнению, произойдет изменение в состоянии здоровья.

3. Составляйте индивидуальный план ухода за пациентом, опираясь на стандартные планы ухода. Это сократит время написания плана и определит научный подход к сестринскому планированию.

4. Храните план ухода в тумбочке пациента (или в другом месте, удобном для Вас, пациента и всех, кто участвует в сестринском процессе), и тогда любой член бригады (смены) сможет им воспользоваться.

5. Отмечайте срок (дату, часы, минуты) реализации плана, укажите, что помощь была оказана в соответствие с планом (не дублируйте записи, экономьте время). Поставьте подпись в конкретном разделе плана и внесите туда дополнительную информацию, которая не была запланирована, но потребовалась. Проведите коррекцию плана.

6. Привлекайте пациента к ведению записей, связанных с самопомощью и самонаблюдением, например, учет водного баланса суточного диуреза.

7. Обучите всех участвующих в сестринском процессе (родственников, вспомогательный персонал) выполнять определенные элементы ухода и наблюдения за пациентом.

ГЛАВА 8. ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Рассматриваемые вопросы

1. Задачи и содержание обучения.
2. Способы обучения.

8.1. Задачи и содержание обучения

Обучение в сестринском деле - это организованный медицинской сестрой процесс для решения проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений. Задачами обучения в сестринском деле являются подготовка пациентов к самоуходу с целью удовлетворения нарушенных потребностей, развитие у них интереса к повышению качества жизни, улучшению состояния здоровья или адаптации к измененному состоянию.

Содержанием обучения пациента и его родственников элементам сестринского ухода является поддержание определенного уровня здоровья пациента, качества жизни, которое обеспечит достойную жизнь в новых для пациента условиях, связанных с заболеванием. Особое значение приобретают сформированные с помощью медсестры и всеми участвующими в процессе обучения умения и навыки для восстановления утраченных функций организма, созданию условий для гармонии личности с окружающей средой. Медицинская сестра, выполняя роль педагога-воспитателя, всегда должна помнить о неотъемлемых элементах сестринского дела - медицинской этике, деонтологии и сестринской философии, отличаться культурой общения и высоким творческим потенциалом.

В период реформ сестринского образования, расширяются функции медицинской сестры. Изменения, происходящие в различных сферах нашего общества, определяют стратегию сестринской деятельности. Насколько грамотно и профессионально медсестра будет выполнять свои обязанности, настолько эффективными будут сестринская помощь и сестринский процесс в конкретном лечебном учреждении.

Сестринский процесс формирует картину будущей сестринской работы, где одним из методов сестринской деятельности (вмешательства) является обучение пациентов и их родственников, непосредственное общение.

Если профессиональную квалификацию медсестры не всегда могут распознать пациент и его близкие, то нравственный облик обнажается без труда. Морально-нравственная неустойчивость, отсутствие этических и деонтологических норм поведения у медсестры несовместимы с избранной

профессией. Сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, стержнем медицинской сестры.

Чтобы научить пациента выполнять действия, направленные на развитие утраченных в связи с болезнью способностей обслуживать себя, медсестре необходимы знания сфер обучения пациента, на которые она сможет профессионально воздействовать.

1. Познавательная сфера - направлена на умение пациента анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя полученные из окружающей среды знания, впечатления.

2. Эмоциональная сфера - характеризует настроение, зависит от эмоциональных свойств личности: впечатлительности, сентиментальности, отзывчивости, черствости и т.д. Наблюдая за пациентом, медсестра отмечает изменения внешнего вида:

- злобный - указывает на нарушение потребности общаться, обусловленной нарушением эмоциональной сферы, психическим заболеванием, дефектами характера и воспитания, плохим самочувствием;
- испуганный - указывает на страх, изменения психики (фобии, невроз и др.), особенности темперамента (меланхолик), мнительность, лабильность;
- апатичный - чаще по темпераменту «флегматик», могут быть патологические изменения сферы (апатия), патология воли (абулия или гипобулия), а также индивидуальные особенности характера;
- растерянный - указывает на страх (незнание сути предстоящих обследований, плана лечения, прогнозов болезни и т.д.);
- не может найти себе места - трактуется как психомоторное возбуждение, страх перед предстоящими обследованиями, операциями, манипуляциями и др., боль, эмоциональный шок;
- состояние аффекта - вспышка эмоциональной сферы, кратковременное по времени;
- уравновешенный - является нормой поведения, устойчивого эмоционального состояния;
- признаки тревожности - потирание рук, напряженность в позе, голосе - являются признаками неустойчивого эмоционального состояния или особенностями характера (мнительность), указывают на наличие страха перед манипуляциями, предстоящим обследованием и т.д.

3. Психомоторная сфера - характеризует изменение настроения, чувств, двигательную активность пациента, зависит от психомоторного развития личности, общего самочувствия, нервно-психических и соматических заболеваний.

Медсестра оценивает, как пациент спит, ходит, стоит во время беседы, часто ли меняет положение тела. Если во время разговора пациент пытается дотронуться до Нас, то это может являться индивидуальной особенностью личности, национальными особенностями, патологией ощущений, психическим заболеванием, тактикой выражения отношения к собеседнику.

Часто пациенты активно жестикулируют, что не соответствует ходу разговора, а активная жестикуляция возникает в ответ на внутреннее напряжение. Такое состояние может указать на нервно-психическое заболевание, патологию двигательного-волевой сферы, эмоциональной сферы (эйфория, истерия). Двигательная скованность может явиться результатом патологии опорно-двигательного аппарата, патологии сознания (сопор, ступор), патологии эмоциональной сферы (депрессия, тоска, уныние), соматических и психических заболеваний. Жесты плавные, подчеркивающие смысл сказанного являются нормой поведения. К психомоторной сфере пациента относится и манера говорить. Медсестра должна уметь распознать манеру говорить и дать трактовку речи пациента.

4. Социально-психологическая сфера отражает гражданскую позицию пациента, его личностные и деловые способности, интеллект, самооценку, ориентацию, работоспособность, отношение к обучению и другое. Развитие личности получает свое начало в семье. Семья влияет на формирование психического состояния пациента. Семья в современной социальной ситуации - это высшая ценность, потеря которой дорого обходится людям, деформируя их жизнь и судьбу и может привести к тяжелым болезненным состояниям. Медсестра, оценивая социально-психологическую сферу пациента, определяет его самооценку. Различают адекватную и неадекватную самооценку.

8.2. Способы обучения

Под сестринскими методами (способами) обучения понимают последовательное взаимодействие медсестры и пациента, направленное на достижение целей сестринского процесса посредством усвоения учебного материала.

Метод (по-гречески - «путь к чему либо») - способ достижения цели, способ приобретения знания. В сестринской педагогике используются в основном методы традиционного обучения: объяснительно-иллюстративный и репродуктивный. Основная их сущность сводится к процессу передачи готовых известных знаний пациентам или членам их семей с целью обучения. Выбор методов зависит от следующих условий: содержания обучения, задач обучения, времени, которым располагает медсестра и

пациент, особенностями пациента, наличия средств обучения. Медсестра выбирает из общего набора методов те, которые наиболее способствуют решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения. Особенностью сестринской педагогики является индивидуальный подход к развитию утраченных в связи с болезнью способностей пациента обслуживать себя. На формирование умений и навыков, необходимых для восстановления здоровья пациента и должны быть направлены практические действия медсестры.

Первый этап процесса обучения - это оценка потребностей пациента и/или его семьи в обучении. Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку необходимо постоянно удовлетворять свои потребности. Существуют несколько теорий о потребностях. При нарушении удовлетворения хотя бы одной из потребностей у пациента развивается болезненное состояние.

Медсестра знает, что нарушить потребности человека могут факторы риска. Их более десяти. Некоторые из них могут возникать в определенных условиях жизни человека. Если невозможно их устранить, необходимо найти способ адаптации человека к жизни в новых условиях, научить человека жить с факторами риска. На потребность пациента и/или его семьи в обучении, которую он испытывает в определенный момент своей жизни можно активно влиять с целью улучшения здоровья, и значительная роль в этом принадлежит медсестре. Для этого медсестре необходимо:

1. Оценить образ жизни пациента - способы удовлетворения основных потребностей пациента.
2. Определить потребность в обучении самоуходу, улучшению состояния здоровья, то есть чему обучать пациента.
3. Оценить социальное и культурное окружение пациента, его влияние на процесс обучения пациента и решить вопрос о том, кто и как будет обучать пациента.
4. Оценить индивидуальные особенности обучаемых: психическое развитие (умственное, социальное, волевое), отношение к обучению, способность к осмысливанию, пониманию, запоминанию и др.

Результатом процесса обучения являются умения. Умение - это способность осуществлять ту или иную деятельность на основе имеющихся знаний в изменяющихся условиях. Знания служат как бы инструментом при освоении умений. Но без знаний умений не бывает. Каждый обучающийся обладает индивидуальными личностными и деятельными особенностями, отношением к обучению, обучаемостью. Каждый возрастной период характеризуется определенными показателями, по которым можно

определить исходный уровень знаний, умений пациента. Однако результаты специальных исследований показывают, что большинство людей не умеют слушать и даже у тех, кто стремиться учиться, учеба не всегда идет хорошо.

Мотивация - первый компонент процесса обучения. Мотивация - это первый обязательный этап формирования умственных действий. Мотив - это то, что определяет, стимулирует, побуждает человека к совершению какого-либо действия. Мотивы к обучению пациента могут быть внутренними и внешними. К внешним мотивам относятся предъявляемые ему требования, ожидание выздоровления, материальная выгода, наказание, награда и т.д. К внутренним мотивам относят такие, которые побуждают пациента к непосредственной цели учения, к стремлению повысить достигнутый ранее уровень знаний, умений и навыков. Потребность пациента в чем-либо выражается поступками и повседневным поведением. В качестве мотивов могут выступать предметы внешнего мира, представления, идеи, чувства и переживания, словом все то, в чем нашла воплощение потребность.

Существуют 4 структурных компонента мотивации:

1. Удовольствие от самой деятельности;
2. Значимость для личности непосредственного ее результата;
3. «Мотивирующая» сила вознаграждения за деятельность;
4. Принуждающее давление на личность.

Способности человека тесно связаны с его индивидуальными психическими особенностями. Способности человека могут быть различны и отражают степень познавательной активности, которая зависит от возраста, состояния здоровья, личности в целом, её характера, других свойств. Медсестра оценивает состояние отдельных психических функций (память, мышление, внимание, речь и др.) и целостные характеристики видов деятельности (трудовой, учебной), образованности и воспитанности пациентов и/или членов их семей, изучает их реальные возможности, личностные качества, выявляет не только начальный уровень способностей, но и предполагает ступени роста, развития умений пациента. Медсестра предвидит и учитывает типичные ожидаемые затруднения обучаемых, исходит из мотивации самих обучаемых при планировании и организации обучения по индивидуальным планам, обеспечивает условия для саморегуляции личности обучаемых.

Второй этап процесса обучения - интерпретация проблем пациента, связанных с дефицитом знаний. После проведенной оценки медсестра должна сформулировать проблемы пациента, связанные с дефицитом знаний, умений и решить, кто из профессиональных работников может помочь

пациенту. Проблемы, которые медсестра может самостоятельно разрешить, называются сестринскими диагнозами. Сестре необходимо их четко сформулировать и установить их приоритетность и значимость для пациента. Информация о пациенте интерпретируется медсестрой и отражается в сестринской истории болезни с точки зрения потребностей пациента в обучении.

Медицинская сестра, определяет содержание обучения, то есть «чему учить». Для этого она должна разбираться в современных технологиях обучения, уметь выделять ключевые идеи процесса обучения, использовать понятия, термины, доступные пациенту и/или членам его семьи. Последовательность, систематичность, глубина сообщаемых знаний и умений определяется возрастными возможностями, состоянием здоровья, степенью познавательной активности личности пациента. В процессе обучения у пациентов формируются умения и навыки обращения с некоторыми предметами ухода, оказания неотложной доврачебной помощи, владение навыками самоухода и санонаблюдения. Пациенты активно вовлекаются в разнообразную практическую деятельность, что активно формирует у них интересы, склонности, потребности.

Содержание обучения отражается в индивидуальном плане обучения. Основным направлением в содержании обучения пациентов для медсестры является сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья или определенного уровня качества жизни.

Третий, четвертый и пятый этапы процесса обучения - это постановка целей обучения, их реализация и оценка эффективности обучения.

Оценив потребности пациента, его семьи в обучении, выполнив множество требований, определяемых психолого-педагогическими науками, выявив проблемы пациента, связанные с дефицитом знаний, медицинская сестра формулирует цели обучения. Функции поставленных целей многообразны. В сестринском деле одной из главных являются мотивационная и воспитательная функции. Они определяют направленность действий медицинской сестры, указывают, почему и для чего пациенту нужно выполнить конкретное действие. Цели должны быть конкретными, просто и доходчиво сформулированы и реализованы в форме видов деятельности. Формулирование целей обучения должны отвечать общим требованиям, предъявляемым к формулированию целей в сестринском процессе. Медицинская сестра планирует обучение, исполнение (реализацию), контроль и оценку качество и эффективности процесса обучения.

Планирование обучения обсуждается с пациентом. Медсестра выбирает время и место обучения, создает обстановку для обучения: тишину, освещение, вентиляцию, благоприятную температуру воздуха, моделирует учебные ситуации, ставит задачи ясно и однозначно. Пациент или обучаемый получает задание на усвоение материала с учетом темпа обучения. Решение учебной задачи обеспечивается медсестрой посредством учебных действий, которые принимаются обучаемым.

Медсестра осуществляет постоянный контроль деятельности обучаемых, переходящий в самоконтроль и оценку (самооценку). Активное участие пациента в процессе обучения поощряется медсестрой с целью повышения заинтересованности пациента в обучении. Всякое действие становится регулируемым только при наличии контроля и оценки деятельности обучаемого. Обучение считается эффективным, если медсестра и пациент или обучаемый достигают поставленных целей по усвоению определенных заданий. Медицинская сестра при этом должна иметь необходимые коммуникативные навыки, обладать педагогическим тактом, знать теоретические основы педагогики, психологии и других смежных дисциплин.

ГЛАВА 9. ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Рассматриваемые вопросы

1. Основные понятия и положения инноваций в сестринском деле.
2. Модели инновационного процесса.
3. Факторы, способствующие развитию инноваций.

9.1. Основные понятия и положения инноваций в сестринском деле.

Термин "инновация" происходит от латинского слова "innovato", что означает обновление или улучшение. Этот термин можно понимать как особую ценность - материальную или нематериальную, которая в данное время и в данном месте воспринимается как новая. Инновация - это процесс внедрения нового в различные сферы деятельности, производства и промышленности (в том числе в здравоохранение и в частности в сестринское дело). Этот процесс непосредственно связан с научно-технической революцией, которая предполагает существенные изменения в эффективно развивающихся лечебных учреждениях каждые 4-5 лет.

Основными направлениями инновационного процесса в сфере сестринской деятельности на настоящий момент являются:

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

Процесс внедрения нововведений в медицинских учреждениях осуществляется в следующих случаях:

- введение новой медицинской услуги;
- внедрение нового метода предоставления медицинской услуги;
- открытие нового рынка (ниши), на котором данная услуга ранее не была представлена;
- завоевание новых поставщиков медицинского оборудования, медикаментов и медицинского инструментария, перевязочного материала;
- внедрение новой организационной структуры или реорганизация лечебного учреждения или, наоборот, ее ликвидация.

Синонимом термина "инновация" выступает термин "нововведение", трактуемый в отечественной и зарубежной литературе в большинстве случаев, как внедрение технических или иных новшеств в производственный процесс либо хозяйственную систему, а также как освоение новой техники, новых услуг, улучшение методов организации и управления.

Существует множество различных классификаций инноваций, создающих целую систему в зависимости от решаемых задач. В современной классификации, в качестве основных признаков (критериев) используются:

- уровень новизны или степень радикальности;
- сфера применения;
- масштабность и степень воздействия на эффективность инновационных процессов;
- характер использования;
- роль в производственном процессе;
- назначение;
- уровень регуляции и управления;
- характер общественных целей;
- стимул появления;
- характер инновации.

Существуют следующие типы нововведений.

По уровню новизны:

- новые;
- усовершенствованные;
- требующие капитальных вложений;
- базисные;
- улучшающие;
- псевдоинновации;
- радикальные;

- ординарные.

От сферы применения:

- по услугам;
- технологические;
- организационные;
- экономические;
- общественные;
- технические;
- социальные;
- правовые;
- политические.

От области применения:

- медицинские (связаны с изменениями, вносимыми в лечебно-диагностический процесс, в предоставление сестринских услуг, в уровень оказания медицинской/сестринской помощи, во взаимоотношения медицинского персонала с пациентами);
- технологические (затрагивают изменения в технологии, (способах) создания, производства и потребления выпускаемой или новой продукции);
- организационно-управленческие (связаны с внедрением новых методов организации каких-либо систем и управления ими).

По степени новизны:

- радикальные (определяют повторные точки в циклическом развитии и становятся основой формирования новых поколений медицинских услуг и медицинских технологий);
- имитирующие (имитирующие радикальную новацию путем улучшения её потребительских свойств).

По масштабам распространения:

- глобальные - данные изменения происходят однажды, формируются и реализуются длительное время, требуют значительных экономических, физических и моральных затрат от руководителей. Такие изменения вызывают у медицинского персонала негативную реакцию и, в связи с этим, встречают неприятие той или иной инновационной идеи. Кроме того, они составляют основу революционных преобразований в сестринском деле);
- локальные - такого типа нововведения в любом лечебно-профилактическом учреждении должны осуществляться постоянно. Изменения в методах работы (внедрение нового метода диагностики), в

рутинных, бумажных делах (использование ПЭВМ, специальных бланков требований, производственных актов и т.п.). Изменение состава, структуры и качества людских ресурсов (их численность, квалификация, профессиональная пригодность и т.п.). Кроме того, они не оказывают принципиального влияния на экономику, организацию и социальные условия жизнедеятельности общества, что уменьшает отрицательное восприятие нововведений персоналом.

По степени прогрессивности инноваций;

- прогрессивный, когда инновация является результатом целенаправленной, сознательной деятельности людей, обеспечивающей поступательное развитие той или иной системы, например, использование современных асептических средств для обработки рук персонала и операционного поля;
- регрессивный, когда в хозяйственном организме происходят процессы дегенерации, выступают тормозом общественного развития, например, использование во многих лечебных учреждениях устаревших дезинфицирующих средств (хлорная известь, хлорамин и др.).

По конечной ориентации:

- производственные, когда инновации ориентированы на средства и способы производства;
- потребительские - изменения, вносимые в услуги, удовлетворяющие потребности человека.

По импульсу возникновения инновации обозначают:

- потребности производства (законы прибыли);
- потребности человека;
- развитие науки.

Таким образом, видно, что инновации достаточно многообразны и различны по содержанию. В связи с внедрением нововведений в лечебных учреждениях возникают проблемы психологического характера, которые трудно поддаются корректировке. Если обобщить приведенную классификацию инноваций, можно получить следующие типы нововведений:

- предметно-целевые, направленные на внедрение новой услуги. С психологической точки зрения они в наибольшей степени характеризуются ожиданием усложнения работы;
- технико-технологические - новые средства производства и новые медицинские технологии. От такого рода инноваций сотрудники лечебного учреждения негативного эффекта ожидают меньше всего;

- организационно-управленческие - разработка и применение новых организационных структур и методов управления сестринским или врачебным персоналом, например, внедрение бригад врачей и медицинских сестер общей практики;
- социально-экономические - социальная разработка и применение новых экономических механизмов функционирования лечебных учреждений.

Последние два типа нововведений вызывают наибольшее число негативных ожиданий и последствий.

9.2. Модели инновационного процесса

В литературе различают четыре последовательных модели инновационного процесса. В 50-е годы в наиболее развитых странах мирового сообщества господствовала модель "технологического толчка", основанная на понимании инновационного процесса как процесса, который начинался этапом НИР и заканчивался сбытом (предоставлением) нового продукта (услуги).

Эту модель в 60-е годы сменила модель "рынок (потребности) - движущая сила", отличающаяся от первой большим акцентом на этап сбыта (предоставления) новой продукции (услуги). В обеих моделях НИР рассматривались как основной побуждающий фактор. А рынок - как пассивный элемент.

В 70-е годы под влиянием технологических сдвигов, повышения значения маркетинга для инновационного процесса сформировалась новая модель – «объединяющая модель» как комбинация двух первых моделей, в которой этапы НИР и маркетинга взаимоуравновешены. Согласно этой модели, инновационный процесс - логически последовательный, который подразделяется на функционально различные, не взаимодействующие и независимые стадии. В этой модели технологии не являются главным элементом: технологическая инновация должна сопровождаться инновациями в области организации, управления, производства и маркетинга.

В конце 80-х годов возникла "интегрированная модель", в которой инновационный процесс рассматривается не как последовательный, а как параллельный процесс, когда этапы НИР, разработки производства продукции (услуги) и т.д. осуществляются одновременно. Особый акцент при этом делается на вертикальных связях между поставщиками и потребителями (медицинским персоналом и пациентами) и на горизонтальном сотрудничестве.

Россия, значительно отстав в своем развитии от большинства зарубежных стран, только подходит к осмыслению инновационного процесса как необходимого условия дальнейшего развития экономики на основе рыночных отношений. Большинство ученых в своих исследованиях ориентируются на первую модель инновационного процесса, модель "технологического толчка", зарождающегося в сфере науки, а завершающегося в сфере потребления, вызывая в ней прогрессивные изменения.

Основными факторами новшеств, вызванных инновациями в медицине, являются новейшие технологии лечебно-диагностического процесса, более совершенное медицинское оборудование, предоставление совершенно новых медицинских услуг населению, грамотный подход к управлению персоналом и осуществлению организации деятельностью медицинского учреждения.

Инновационный процесс базируется на инновационной деятельности человека. Инновационная деятельность представляет собой не процесс, а сознательную целенаправленную работу людей или, точнее, совокупность особого рода работ по созданию новшества и распространению его в хозяйственной системе.

К инновационной деятельности в рамках инновационного процесса, относятся:

- маркетинговые исследования рынков сбыта и поиск новых потребителей медицинских услуг;
- информационное обеспечение возможностей конкурентной среды и потребительских свойств медицинских услуг конкурирующих лечебных учреждений;
- поиск новаторских идей и решений, партнеров по внедрению и финансированию инновационного проекта медицинских услуг.

В свою очередь, инновационная деятельность организации характеризует ее инновационную активность. Степень инновационной активности определяется следующими факторами:

- развитостью и диверсифицированностью общественных потребностей;
- отраслевой структурой;
- производственной, научной, информационной и другой инфраструктурой;
- структурой, качеством и мотивацией рабочей силы и др.

Инновационная активность лечебного учреждения обусловлена инновационной восприимчивостью, то есть способностью к быстрому и эффективному освоению нововведения, к пробуждению, созданию и

внедрению новых сестринских технологий, к восприятию инноваций в целях удовлетворения спроса населения.

Инновационная восприимчивость зависит от разнообразных экономических, организационных, психологических, социальных и технических факторов. Определяющую роль играют внешние факторы, связанные с наличием рыночных отношений на рынке здравоохранения, характеризующихся законом спроса и предложения на сестринскую услугу, развитостью товарно-денежных отношений и состоянием финансово-экономической системы, социально-экономическим и политическим положением общества и сестринского дела в нем. К внутренним факторам инновационной восприимчивости лечебного учреждения относят систему мотивации, организационную структуру, инновационный климат, стиль управления, техническую оснащенность, профиль предоставляемой сестринской услуги, уровень квалификации и профессионализма сестринского персонала, как среднего, так и высшего звена, финансово-экономическое положение организации.

Таким образом, инновационный потенциал - это совокупность кадровых, материально-технических и информационных ресурсов (в виде накопленных знаний) и финансовых ресурсов, предназначенных для решений стоящих перед лечебным учреждением проблем научно-медицинского развития. Одной из закономерностей инновационного процесса в практическом здравоохранении является этапность, которая подразумевает наличие определенных этапов (стадий) в продвижении идеи до ее практической реализации в нововведении и его потреблении.

Первый этап инновационного процесса - инициация нововведения. Она может быть вызвана внешним или внутренним давлением и внутренним побуждением, то есть может отражать внутренние и внешние факторы.

Вторым этапом инновационного процесса выступает принятие решения о необходимости внедрения новой сестринской услуги определенного типа.

Третий этап инновационного цикла - разработка нововведения. Это этап подготовки точного проекта, расчета возможных объективных и субъективных последствий, юридической и экономической проработки нововведения. В этот период разрабатывается медицинская документация (лицензии, стандарты и т. п.) для широкого внедрения данной услуги, создаются условия для реализации данной услуги (оборудуются специальные помещения, обучаются специалисты, работают консультанты и т. п.), решаются юридические и правовые вопросы. Большую роль в успешном внедрении новой медицинской услуги играют, безусловно, маркетинговые службы.

Четвертый этап инновационного цикла - подготовка объекта к нововведению. На этом этапе очень важно найти сторонников инновационной идеи, особенно из числа влиятельных в здравоохранении лиц, а также постараться предвосхитить отношение к ней многих других сотрудников, в частности из числа тех, кого могут затронуть предполагаемые новшества.

Пятый этап инновационного процесса - внедрение нововведения. Вначале оно может быть пробным, а затем и полным. Для успеха внедрения нововведения необходимо учитывать важность принципа коллегиальности принятия решений. Посредством групповой дискуссии можно гораздо эффективнее, чем при обычном монологическом обращении к человеку, добиться изменения его установок в требуемом направлении.

Развитие инновационной деятельности в России сдерживается кризисной ситуацией, сложностями адаптации научно-технической инфраструктуры, построенной применительно к социалистической системе хозяйствования. Особо следует добавить несовершенство форм и методов государственного воздействия, стимулирующих инновационную активность и восприимчивость производителей медицинских услуг.

Повышение уровня инновационной готовности лечебного учреждения к обновлению сестринской деятельности требует наличия нового лечебно-диагностического оборудования, наличие сервиса, здоровой конкуренции между медицинскими учреждениями.

Обеспечение условий для развития лечебного учреждения, достижения конкурентных преимуществ на рыночных позициях, особенно в условиях перемен, происходящих в хозяйственной и общественной жизни страны, вызывает необходимость переоценки взглядов на содержание, роль и значение управления инновациями.

В настоящее время успехи в деятельности практического здравоохранения неразрывно связаны с инновациями, которые рассматриваются как один из важнейших ресурсов для целью обеспечения преимуществ перед другими лечебными учреждениями. При этом можно выделить две группы факторов, которые обеспечивают успех лечебного учреждения в конкурентной борьбе.

Первая группа связана с "превосходством в ресурсах", которыми располагает лечебное учреждение: более современное лечебно-диагностическое оборудование, прогрессивные медицинские технологии, надежные поставщики медикаментов, перевязочного материала, оборудования, эффективная система обслуживания пациентов и предложения медицинской услуги и др.

Вторая группа связана с "преимуществами в умении", то есть способностями руководителей рационально использовать имеющиеся ресурсы. Поэтому главная цель управления в этих условиях состоит в умении накапливать знания и превращать их в конкурентные преимущества. Именно эти знания многие специалисты инновационного менеджмента называют "неосязаемыми активами", которые являются важным фактором развития и адаптации лечебного учреждения к внешней среде.

9.3. Факторы, способствующие развитию инноваций

Для успешного ведения инновационной политики лечебного учреждения важны следующие уровни:

- образовательный уровень медицинских сестер (чем он выше, тем легче воспринимается новшество, успешнее идет процесс подготовки сестринских кадров);
- информационные контакты и осведомленность медперсонала (получение ими адекватной информации о нововведении);
- мотивация к нововведению (предполагается, что она является реакцией на инновационное поведение сестер-руководителей и инициаторов новшества, реакцией на соответствующее стимулирование и т. д.).

Выделяются пять типов отношения к нововведениям:

- активно-положительное;
- пассивно-положительное;
- нейтральное;
- пассивно-отрицательное;
- активно-отрицательное.

Для успешного внедрения сестринских инноваций крайне важно знать преимущественную установку сестринского персонала на нововведение, что дает возможность прогнозировать поддержку или отвержение планируемой инновации. Формирование положительных установок во многом зависит от усилий инициаторов и организаторов нововведений.

Причины сопротивления персонала организационным нововведениям могут быть тройного характера:

- экономические;
- личностные;
- социальные.

Чтобы нововведение было успешным, при его внедрении, необходимо учитывать следующие моменты:

- сестра-руководитель и сестринский персонал должны четко представлять себе, что и когда будет внедрено. Должен быть проведен коллективный анализ возможных вариантов нововведения, сформирован поэтапный план внедрения, а также четко представлены их последствия (например, разделение труда, оплата, расстановка, подчиненность кадров и т. д.);
- должна быть проведена оценка степени готовности сестринского коллектива к изменениям и участию в инновациях;
- должны соблюдаться условия поэтапной реорганизации лечебного учреждения;
- способствует нововведениям поддержка реорганизации "ключевыми" людьми лечебно-профилактического учреждения, а также привлечение к этому неформальных лидеров;
- к успеху ведет широкое привлечение сестринского персонала, работающего во всех подразделениях лечебного учреждения. Особенно тщательно необходимо работать с медицинскими сестрами тех подразделений, где готовится реорганизация. При этом нет необходимости задействовать в этом процессе весь без исключения персонал, так как столь широкий подход ведет к размыванию личной ответственности;
- необходимым условием является информированность медперсонала о подготовке и реализации нововведения в лечебном учреждении. Чем больше вопросов будет решено на подготовительной стадии, тем успешнее будет проведена реорганизация;
- при планировании нововведений необходимо и планирование риска. Как уже отмечалось, риск при внедрении организационных нововведений обычно составляет около 50%.

Эффективно работающее лечебное учреждение - это организация, руководство и коллектив которой понимают необходимость систематических инноваций, но при этом в полной мере предвидят социально-психологические последствия этих процессов, могут прогнозировать и управлять ими. Эффективно работающее лечебное учреждение - это организация, способная к инновационному риску, руководство которой может принимать решения в условиях неопределенности, когда не всегда можно оценить вероятность потенциальных результатов.

Повышение качества и доступности медицинской помощи является сейчас главной концепцией здравоохранения на всей территории РФ в существующих нынешних условиях рыночной экономики. К сожалению,

практически все организационные системы обладают значительной инертностью, а нововведения обычно вызывают смещение равновесия и непредвиденные последствия. Успешному осуществлению процессов нововведений в сестринском деле должно способствовать следующие факторы:

- четкое, профессиональное, поэтапное планирование нововведений;
- конструктивный и содержательный анализ решений и работ;
- изучение причин возможного сопротивления со стороны отдельных членов коллектива намеченным мероприятиям;
- анализ интересов каждого, участвующего в инновационных процессах;
- учет личностных качеств работников и их квалификации;
- учет материальной базы организации, ее оснащенности;
- прогнозирование необходимых сдвигов в социальной структуре работников, которые позволят ускорить инновационные процессы;
- определение структуры и содержания поручений, заданий, работ, требующих специальных знаний, умений и добросовестности в их выполнении и соотнесение с возможностями работников.

Подводя итоги, необходимо сказать, что для успешного проведения инновационной политики необходимо уделять больше внимания образовательному уровню работников (чем он выше, тем легче воспринимаются нововведения, успешнее идет работа), учитывать мотивацию сотрудников, являющуюся реакцией на соответствующее моральное и материальное стимулирование, учитывать особенности содержания и структуры трудовой деятельности. До начала внедрения инновационных программ помимо организаторского планирования проводить психологическую экспертизу готовности коллектива к изменениям и участию в инновациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейер П., Майерс Ю., Сверинген П. Теория и практика сестринского дела: в 2-х Т.: учебное пособие. М., 2008.
2. Бишоп. Программа подготовки медицинского персонала. I этап. Здоровье и люди, им занимающиеся. Физикальный осмотр взрослого человека». Часть I, вторая, дополненная редакция. Москва, 1995. 382 с.
3. Борисов Ю.Ю., Щербинина И.Г. Курс лекций по сестринскому делу в гериатрии. Учебное пособие - Краснодар: Славянка, 2012. - 160 с.
4. Борисов Ю.Ю. Избранные лекции по сестринскому делу в терапии. - Краснодар: Компания Грэйд-Принт, 2013. - 256 с.
5. Двойников В.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела. Учебное пособие для студентов факультетов высшего сестринского образования. Самара: ГП "Перспектива", 2002. 160 с.
6. Заветы Флоренс Нойтингейл. История сестринского дела. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. 28 с.
7. Ионов Ю.В., Ионов А.Ю. Из истории медицины Кубани. Краснодар: «Традиция», 2009. 176 с.
8. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. Учебное пособие для студентов вузов. Минск: Высшая школа, 2006. 360 с.
9. Материалы I съезда медицинских сестер. Санкт-Петербург: Изд. «Гиппократ», 2000.
10. Медицинская сестра. Практическое руководство по сестринскому делу / Под ред. Л.А. Корчинского. Санкт-Петербург: Изд. «Гиппократ», 1998.
11. Мельникова М.А. Лисишникова Л.П., Аверин А.В.. Краткий курс лекций по теории сестринского дела. Архангельск, 1999.
12. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 368 с.
13. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. / Под. ред. С.Е. Хвощёва. М.: Изд-во ВУНМЦ, 2008. 506 с.
14. Покровская Г.В., Марьенко Е.А.. Теория сестринского дела. Курс лекций. Краснодар, 2002. 123 с.
15. Рябчикова Т.В., Назарова Н.А. Сестринский процесс. Учебно-методическое пособие. М., 2000.
16. Сборник нормативных документов «Многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела и их использование в практическом здравоохранении».- Москва, 2003 г.
17. Сестринское дело / Под ред Г.П.Кательникова. Учебник для студентов факультетов ВСО. Том 1. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. 697 с.

18. Ситуационное обучение в сестринском деле. / Под общ. ред. С.И. Двойникова и С.В. Лапика. М.: Изд-во ВУНМЦ МЗ РФ, 2004.
19. Сборник клинических задач для итоговой аттестации по специальности 0406 «Сестринское дело».- Москва, 2005
20. Теория сестринского дела: учебник для студентов мед. вузов / под ред. Г.М. Перфильевой. М.: Гэотар-Медиа, 2010. 256 с.
21. Теория сестринского дела: методические указания к аудиторной работе для студентов I - II курса факультета ВСО очной и заочной форм обучения / сост. С.А. Бахшиева, Л.А. Мудрова. – Красноярск: типография КрасГМУ, 2009. – 88 с. Шевандрин Н.И. Социальная психология в образовании. Ростов-на-Дону, 1993. 357 с.
22. Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт, 1981. 286 с.
23. Царегородцев Г.И. Этико-психологические проблемы медицины. М.: Медицина, 1978. 348 с.
24. Шпирина А.И., Коноплева Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни: учеб. пособие. М.: Изд-во ВУНМЦ МЗ РФ, 2005. 482 с.
25. Этический Кодекс медицинской сестры России. Принят Российской Ассоциацией медицинских сестер, 1997 г.
26. Lemon. Глава 3. Коммуникации. Учебное пособие по сестринскому делу. М.: Медицина, 1997. 587 с.
27. Orem D. Nursing concepts of practice / Mosbi J. B., 1991
28. Potter A., Perry A. Mosbi J. B., Fundamentals of nursing, concepts, process and practice. 1993