

СРЕДНЕЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ

ФГОС 3+

Т.П. Обуховец

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО И СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Учебное пособие

BOOK.ru
ЭЛЕКТРОННО-БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА

КНОРУС • МОСКВА • 2016

УДК 617(075.32)
ББК 51.1я723
О-26

Обуховец Т.П.

О-26 Сестринское дело и сестринский уход : учебное пособие / Т.П. Обуховец. — М. : КНОРУС, 2016. — 680 с. — (Среднее профессиональное образование).

ISBN 978-5-406-05333-1

DOI 10.15216/978-5-406-05333-1

Учебное пособие охватывает все темы учебного курса, освоение которых позволит приобрести необходимые знания и умения для овладения профессией медицинской сестры, фельдшера, акушера, а также оказания квалифицированных медицинских услуг и дальнейшего, более глубокого овладения профессией.

Помимо учебного материала пособие содержит рекомендации для успешной и эффективной работы средних медицинских работников лечебно-профилактических учреждений и подробные описания алгоритмов сестринских манипуляций.

Соответствует ФГОС СПО 3+.

Для студентов средних профессиональных учебных заведений, обучающихся по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело».

УДК 617(075.32)
ББК 51.1я723

Обуховец Тамара Павловна

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО И СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Сертификат соответствия № РОСС RU.АГ51.Н03820 от 01.04.2015.

Изд. № 7549. Подписано в печать 28.03.2016. Формат 60×90/16.

Гарнитура «NewtonС». Печать офсетная.

Усл. печ. л. 42,5. Уч.-изд. л. 40,5. Тираж 500 экз.

ООО «Издательство «КноРус».

117218, г. Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2.

Тел.: 8-495-741-46-28.

E-mail: office@knorus.ru <http://www.knorus.ru>

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии».

109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5.

Тел.: 8-495-221-89-80.

ISBN 978-5-406-05333-1

© Обуховец Т.П., 2016

© ООО «Издательство «КноРус», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	15
Введение в профессию	17
Новое сестринское дело	18
Выводы	26
Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения	26
1. Теория и практика сестринского ухода	34
1.1. Основы сестринского дела	34
1.1.1. История сестринского дела как часть истории человечества	34
1.1.2. Хронология развития истории сестринского дела в России	37
1.1.3. История создания и задачи сестринских общин в России	41
1.1.4. Заслуги русских сестер милосердия в сестринском деле	43
1.1.5. Заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле	46
1.1.6. Примеры самоотверженности и героизма в сестринском деле в России....	49
1.1.7. История развития организаций Красного Креста и Красного Полумесяца	51
1.1.8. Решения Международной научно-практической конференции по реформе сестринского дела в России (Голицыно, 1993)	54
1.1.9. Реформа сестринского дела в России, ее развитие	55
1.1.10. Концепция и программа развития сестринского дела в России	56
1.1.11. Цели, задачи, основные направления реформы сестринского дела	57
1.1.12. Современное определение сестринского дела	57
1.1.13. Задача и функции медицинской сестры в практическом здравоохранении	59
1.1.14. Роль, цели и задачи Ассоциации медицинских сестер России	61
1.1.15. Стандартизация в сестринском деле	63
1.1.16. Оценка качества работы медицинской сестры	65
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	66
1.2. Философия сестринского дела	67
1.2.1. Понятие философии сестринского дела	69
1.2.2. Основные концептуальные понятия, принципы и этические элементы философии сестринского дела.....	70
1.2.3. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения	72
1.2.4. Принципы медицинской этики и деонтологии	74
1.2.5. Понятие о ятрогениях	77
1.2.6. Основные философские проблемы в медицине и сестринском деле	78
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	79

1.3. Биоэтические аспекты профессиональной деятельности	80
1.3.1. Понятие и принципы биоэтики	80
1.3.2. Сущность этических категорий	81
1.3.3. Биомедицинская этика, ее модели.....	82
1.3.4. Основные проблемы биоэтики.....	83
1.3.5. Модели взаимоотношений медицинских работников и пациентов	84
1.3.6. Этические основы современного медицинского законодательства	85
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	86
1.4. Общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности	87
1.4.1. Понятие и способы общения (коммуникации)	87
1.4.2. Средства общения	89
1.4.3. Элементы эффективного общения.....	91
1.4.4. Функции общения	92
1.4.5. Уровни общения	92
1.4.6. Основные стили общения	93
1.4.7. Общение как компонент ухода за больными.....	93
1.4.8. Зоны комфорта.....	95
1.4.9. Мастерство общения	95
1.4.10. Общие принципы умения эффективно слушать пациента.....	97
1.4.11. Факторы, способствующие общению.....	97
1.4.12. Факторы, препятствующие общению	100
1.4.13. Критерии эффективного общения.....	103
1.4.14. Принципы терапевтического общения	104
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	105
1.5. Потребности человека в здоровье и болезни	106
1.5.1. Понятие о потребностях человека. Основные теории и классификации потребностей	107
1.5.2. Условия, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей	109
1.5.3. Факторы, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей	110
1.5.4. Иерархия человеческих потребностей по А. Маслоу	111
1.5.5. Характеристика основных потребностей человека по А. Маслоу	112
1.5.6. Проблема регулирования потребностей человеком.....	119
1.5.7. Пример оказания помощи пациенту в удовлетворении потребности спать, отдыхать (по модели В. Хендерсон)	120
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	123
1.6. Основные теории (модели) сестринского дела	124
1.6.1. Значение теории сестринского дела для научной, образовательной и практической деятельности	124
1.6.2. Концептуальные модели сестринского дела	125

1.6.3. Основные принципы оказания сестринской помощи в моделях сестринского дела	126
1.6.4. Сходства и различия в толковании понятий моделей В. Хендерсон, Д. Орэм, М. Аллен	127
1.6.5. Понятие врачебной модели.....	131
1.6.6. Основные положения моделей сестринского дела. Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни	132
1.6.7. Модель поведенческой системы Д. Джонсон в сестринском деле.....	133
1.6.8. Адаптационная модель сестринского дела К. Рой	134
1.6.9. Модель дефицита самоухода Д. Орэм в сестринском деле	136
1.6.10. Модель В. Хендерсон в сестринском деле	139
1.6.11. Модель М. Аллен в сестринском деле	140
1.6.12. Примеры решения проблем пациента посредством сестринского ухода по модели Д. Орэм	142
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	143
1.7. Обучение в сестринском деле.....	144
1.7.1. Обучение в сестринском деле, его цели, задачи	144
1.7.2. Мотивация обучения	145
1.7.3. Содержание обучения.....	146
1.7.4. Потребности пациента и его семьи в обучении элементам ухода	146
1.7.5. Сферы обучения	147
1.7.6. Сестринская педагогика как основа обучения пациента и его семьи	149
1.7.7. Оценка исходного уровня знаний и умений пациента	152
1.7.8. Последовательность действий при обучении пациента самоуходу.....	154
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	155
1.8. Сестринский процесс	156
1.8.1. Содержание сестринского процесса в условиях современного практического здравоохранения России	157
1.8.2. Этапы сестринского процесса	158
1.8.3. Документация сестринского процесса.....	174
1.8.4. Организация сестринского процесса терапевтическим пациентам	174
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	175
2. Безопасная больничная среда для пациента и персонала.....	176
2.1. Понятие о безопасной больничной среде	176
2.1.1. Факторы, влияющие на безопасность пациента и персонала в ЛПО	176
2.1.2. Соблюдение стандартных мер по созданию безопасной больничной среды для медицинского персонала	180
2.1.3. Факторы риска пациента в условиях больницы	181
2.1.4. Понятие о лечебно-охранительном режиме, его элементы, значение	182
2.1.5. Режим двигательной активности пациента в условиях ЛПО.....	184
2.1.6. Виды положения пациента в постели	184

2.1.7. Использование функциональной кровати	185
2.1.8. Стандартные меры по созданию безопасной больничной среды для пациента	186
2.2. Обеспечение инфекционной безопасности	187
2.2.1 Понятие о внутрибольничной инфекции	188
2.2.2. Факторы, влияющие на возникновение ВБИ	188
2.2.3. Возбудители внутрибольничной инфекции	190
2.2.4. Источники внутрибольничной инфекции	190
2.2.5. Типичные места обитания внутрибольничной инфекции	191
2.2.6. Пути и механизмы передачи внутрибольничной инфекции.....	192
2.2.7. Основные факторы, влияющие на восприимчивость человека к инфекции.....	194
2.2.8. Основы профилактики и меры контроля и безопасности в профилактике ВБИ.....	194
2.2.9. Мытье рук на социальном, гигиеническом, хирургическом уровне.....	196
2.2.10. Использование спецодежды и индивидуальных средств защиты адекватно виду выполняемых работ	205
2.2.11. Использование медицинских перчаток	207
2.2.12. Оснащение рабочего места адекватно виду выполняемых работ	209
2.2.13. Формы профилактической дезинфекции ЛПО.....	209
2.2.14. Проведение профилактической дезинфекции в ЛПО	211
Схема проведения генеральной уборки процедурного кабинета	214
Схема проведения заключительной очаговой дезинфекции	217
2.2.15. Контроль качества проведения дезинфекции помещений.....	217
2.2.16. Виды, методы, уровни дезинфекции	218
2.2.17. Современные дезинфицирующие средства, их характеристика.....	221
2.2.18. Десять правил пользования дезинфицирующими средствами	222
2.2.19. Характеристика основных средств дезинфекции по классам	222
2.2.20. Обеспечение безопасности при работе с дезинфицирующими средствами	228
Правила оказания помощи при попадании хлорсодержащих растворов на кожные покровы и слизистые оболочки	228
2.2.21. Хранение и приготовление дезинфицирующих средств и растворов.....	229
2.2.22. Пользование методическими указаниями по применению средств дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации	231
2.2.23. Техника приготовления дезинфицирующих растворов.....	232
2.2.24. Средства проведения дезинфекционных мероприятий.....	237
Особенности применения дезинфицирующих средств для обработки различных объектов	238
2.2.25. Расчеты потребности в дезинфицирующих средствах	239
2.2.26. Экспресс-контроль содержания действующих веществ в рабочих растворах.....	240
2.2.27. Утилизация отходов ЛПО	242
2.2.28. Классификация медицинских отходов ЛПО	243
2.2.29. Система сбора, хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов ЛПО	244

2.2.30. Этапы утилизации отходов ЛПО	244
Первый этап утилизации отходов ЛПО	244
Второй этап утилизации отходов ЛПО	249
Способы сбора и утилизации отходов ЛПО при иммунизации населения	250
2.2.31. Способы утилизации отходов ЛПО	251
Второй этап утилизации отходов ЛПО	252
2.2.32. Проблемы и их решение в области сбора, хранения и удаления отходов ЛПО	253
2.2.33. Дезинфекция предметов ухода, способы дезинфекции	253
2.2.34. Профилактика профессионального заражения в ЛПО	258
2.2.35. Действия медицинского работника в аварийной ситуации	260
2.2.36. Санитарно-гигиеническая уборка пищеблока и буфетных в отделениях стационара	262
2.2.37. Бельевой режим стационара	265
2.2.38. Личная гигиена пациентов	266
2.2.39. Деконтаминация изделий медицинского назначения (ИМН) многократного применения	267
2.2.40. Дезинфекция шприцев однократного применения	269
2.2.41. Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения	271
2.2.42. Контроль качества предстерилизационной очистки	275
2.2.43. Понятие и методы стерилизации	278
2.2.44. Централизованное стерилизационное отделение	280
2.2.45. Стерилизационные упаковки	281
2.2.46. Методы стерилизации, режимы, сроки стерильности	284
2.2.47. Контроль стерильности	289
Методы контроля процесса стерилизации	290
2.2.48. Виды контроля проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий	292
2.2.49. Подготовка перевязочного материала для стерилизации	294
2.2.50. Надевание стерильного халата	297
2.2.51. Подготовка стерильного лотка для работы со стерильным столом	300
2.2.52. Выполнение работ по соблюдению инфекционной безопасности и техники безопасности при выполнении простых медицинских услуг	301
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	301
2.3. Основы эргономики и безопасные методики перемещения пациента	303
2.3.1. Понятие о биомеханике движений тела человека	305
2.3.2. Организация эргономичного рабочего места	307
2.3.4. Перемещение пациента с помощью медицинского персонала	308
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	343
3. Оказание медицинских услуг в пределах своих полномочий	344
3.1. Оценка функционального состояния пациента	345
3.1.1. Антропометрические исследования	345

3.1.1.1. Измерение массы тела пациента	346
3.1.1.2. Измерение роста пациента	347
3.1.1.3. Измерение окружности грудной клетки.....	349
3.1.2. Термометрия общая	350
3.1.2.1. Факторы, влияющие на температуру тела человека	351
3.1.2.2. Методы измерения температуры тела человека.....	351
3.1.2.3. Виды и устройство термометров.....	352
3.1.2.4. Места измерения температуры тела	353
3.1.2.5. Правила измерения температуры тела человека.....	354
3.1.2.6. Измерение температуры тела в подмышечной впадине	354
3.1.2.7. Регистрация данных термометрии общей	355
3.1.2.8. Измерение температуры тела в прямой кишке (ректально).....	356
3.1.2.9. Понятие о лихорадке, ее виды. Условная классификация лихорадок.....	358
3.1.2.10. Периоды лихорадки	360
3.1.2.11. Принципы оказания сестринской помощи пациенту в каждом периоде лихорадки	361
3.1.3. Исследование артериального пульса, его характеристика.....	363
3.1.3.1. Исследование артериального пульса на лучевой артерии.....	364
3.1.3.2. Исследование артериального давления.....	365
3.1.3.3. Исследование артериального давления на плечевой артерии.....	368
3.1.4. Наблюдение за дыханием	372
3.1.4.1. Патологические типы дыхания	373
3.1.4.2. Определение частоты, ритма, глубины дыхания.....	374
3.1.5. Измерение суточного диуреза и определение водного баланса.....	375
3.1.5.1. Обучение пациента учету водного баланса	375
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	377
3.2. Прием пациента в стационар	379
3.2.1. Устройство и функции приемного отделения стационара	379
3.2.2. Пути госпитализации пациентов в стационар.....	381
3.2.3. Содержание деятельности сестринского персонала приемного отделения	382
3.2.4. Обязанности медицинской сестры (фельдшера) приемного отделения...382	
3.2.5. Документация приемного отделения	383
3.2.6. Санитарная обработка пациента.....	384
3.2.7. Организация противопедикулезных мероприятий в стационаре	384
3.2.7.1. Обработка волосистой части головы при педикулезе механическим способом	388
3.2.7.2. Обработка волосистой части головы при педикулезе.....	390
3.2.8. Проведение гигиенической ванны или душа	391
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	392
3.3. Осуществление ухода за пациентами в условиях учреждения здравоохранения и на дому	394
3.3.1. Подготовка и смена постельного белья тяжелобольному продольным способом (выполняется двумя медицинскими сестрами)	394

3.3.2. Подготовка и смена постельного белья тяжелобольному поперечным способом (выполняется двумя медицинскими сестрами)	397
3.3.3. Смена нательного белья и одежды тяжелобольному	398
3.3.4. Уход за полостью рта тяжелобольного пациента	400
3.3.5. Влажное обтирание	402
3.3.6. Мытье ног в постели тяжелобольному	402
3.3.7. Уход за глазами тяжелобольного пациента	403
3.3.8. Туалет полости носа с помощью масляных растворов	404
3.3.9. Уход за ушами	406
3.3.10. Уход за волосами тяжелобольного пациента	406
3.3.11. Уход за кожей тяжелобольного пациента	408
3.3.12. Мытье ног в постели тяжелобольному пациенту	411
3.3.13. Подача подкладного судна тяжелобольному пациенту (Пособие при акте дефекации) (выполняют медицинская сестра и помощник)	412
3.3.14. Уход за промежностью и половыми органами тяжелобольных	413
3.3.15. Уход за пациентом с пролежнями	415
3.3.15.1. Профилактика пролежней	415
3.3.15.2. Факторы возникновения пролежней	415
3.3.15.3. Причины возникновения пролежней	417
3.3.15.4. Места образования пролежней	417
3.3.15.5. Степени развития пролежней	418
3.3.15.6. Оценка риска развития пролежней по шкале Waterlow	419
3.3.15.7. Оценка степени тяжести пролежней	420
3.3.15.8. Лист сестринской оценки риска развития пролежней по Waterlow и стадии пролежней (на основании Приложения № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ № 123 от 17 апреля 2002 г. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни»)	421
3.3.15.9. Профилактические мероприятия при риске возникновения пролежней	423
3.3.15.10. Выбор противопролежневых матрацев и вспомогательных приспособлений	425
3.3.15.11. Решения проблем пациента путем сестринского ухода	425
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	429
3.4. Питание и кормление пациента	430
3.4.1. Основы рационального питания здорового человека	435
3.4.2. Основы лечебного питания	435
3.4.3. Основные принципы лечебного питания	436
3.4.4. Основные принципы приготовления лечебных диет	437
3.4.5. Режим питания	438
3.4.6. Организация лечебного питания	439
3.4.7. Получение и доставка лечебного питания для пациентов ЛПО	441
3.4.8. Раздача пищи	442
3.4.9. Контроль передач продуктов и посещений пациентов	443
3.4.10. Кормление тяжелобольного с ложки и поильника	444
3.4.11. Искусственное питание	445

3.4.12. Кормление тяжелобольного через гастростому	446
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	446
3.5. Лекарственная терапия в сестринской практике	447
3.5.1. Порядок оформления требований-накладных на получение лекарственных средств из аптеки лечебного учреждения.....	449
3.5.2. Порядок получения лекарственных средств лечебным отделением	450
3.5.3. Хранение и учет лекарственных средств в отделениях ЛПО	451
3.5.4. Особенности расходования и учета наркотических анальгетиков.....	453
3.5.5. Порядок применения лекарственных средств пациентами.....	455
3.5.6. Способы (пути) введения лекарственных средств.....	456
3.5.7. Наружный способ введения лекарственных средств	456
3.5.8. Процедура смазывания кожи	459
3.5.9. Втирание мази на ограниченном участке кожи.....	460
3.5.10. Применение размягчающего пластыря на ороговевший участок кожи (сухая мозоль).....	460
3.5.11. Применение присыпки взрослому пациенту.....	462
3.5.12. Закапывание капель в глаза	463
3.5.13. Закапывание сосудосуживающих капель в нос.....	464
3.5.14. Закладывание мази за веко из тубика	465
3.5.15. Введение мази в нос	465
3.5.16. Введение порошка в нос	466
3.5.17. Введение капель в наружный слуховой ход	467
3.5.18. Ингаляторное введение лекарственных средств.....	468
3.5.19. Ингаляторное введение лекарственных средств с небулайзером	469
3.5.20. Применение карманного ингалятора со спейсером	470
3.5.21. Правила пользования карманным ингалятором (баллончиком)	470
3.5.22. Ингаляторное введение кислорода через носовые канюли	471
3.5.23. Энтеральный способ введения лекарственных средств	472
3.5.24. Особенности наружного применения некоторых лекарственных форм в условиях стационара	473
3.5.25. Правила раздачи лекарственных средств.....	476
3.5.26. Сублингвальное введение нитроглицерина или валидола.....	477
3.5.27. Введение пациенту суппозитория со слабительным действием.....	478
3.5.28. Парентеральный способ введения лекарственных средств.....	479
3.5.29. Правила применения лекарственных средств для парентерального введения	481
3.5.30. Виды шприцев и их устройство	482
3.5.31. Сборка шприца однократного применения	484
3.5.32. Набирание лекарственного средства из ампулы	485
3.5.33. Набирание лекарственного средства из флакона.....	486
3.5.34. Внутрикожное введение лекарств	487
3.5.35. Подкожное введение лекарств	489
3.5.36. Внутримышечное введение лекарств	493
3.5.37. Применение антибиотиков, методики разведения	496
3.5.38. Расчет, разведение и введение антибиотиков из флакона	497

3.5.39. Внутривенное введение лекарственных средств (струйно)	501
3.5.40. Внутривенное введение лекарственных средств (капельно, с помощью системы для вливания инфузионных растворов)	505
5.3.41. Взятие крови из периферической вены на биохимическое исследование	509
3.5.42. Постинъекционные осложнения	512
3.5.43. Этиология и патогенез постинъекционных инфильтратов и флегмон	513
3.5.44. Классификация постинъекционных воспалительных осложнений	515
3.5.45. Осложнения при введении цитостатиков и их профилактика	517
3.5.46. Совместимость лекарственных средств	518
3.5.47. Профилактика осложнений лекарственной терапии	519
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	522
3.6. Применение простейших физиотерапевтических процедур	524
3.6.1. Понятие простейшей физиотерапии	524
3.6.2. Влияние тепла и холода на организм	525
3.6.3. Применение грелки	531
3.6.4. Применение горчицы	533
3.6.5. Применение медицинских банок	535
3.6.6. Виды компрессов	538
3.6.7. Постановка холодного компресса (примочки)	538
3.6.8. Постановка горячего компресса (примочки)	539
3.6.9. Постановка согревающего компресса	540
3.6.10. Гирудотерапевтические технологии	542
3.6.11. Применение медицинских пиявок	545
3.6.12. Стадии поведения медицинской пиявки при ее постановке	546
3.6.13. Технология постановки пиявок	547
3.6.14. Оксигенотерапия	548
3.6.15. Способы оксигенотерапии	550
3.6.16. Системы подачи кислорода	550
3.6.17. Осложнения при применении оксигенотерапии	552
3.6.18. Опасные факторы и меры безопасности при работе с кислородом	552
3.6.19. Проведение оксигенотерапии через носовую кислородную канюлю	553
3.6.20. Проведение оксигенотерапии через носовой катетер	555
3.6.21. Проведение оксигенотерапии с помощью кислородной подушки	556
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	558
3.7. Применение клизм и газоотводной трубки	559
3.7.1. Постановка очистительной клизмы	560
3.7.2. Постановка сифонной клизмы	563
3.7.3. Постановка гипертонической микроклизмы	566
3.7.4. Постановка масляной микроклизмы	567
3.7.5. Постановка лекарственной клизмы	569
3.7.6. Постановка капельной клизмы	569
3.7.7. Применение газоотводной трубки	571
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	573

3.8. Проведение катетеризации мочевого пузыря	574
3.8.1. Виды уретральных катетеров	575
3.8.2. Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером	577
3.8.3. Уход за промежностью пациента (пациентки) с постоянным мочевым катетером	580
Контрольные вопросы для самопроверки.....	582
3.9. Осуществление сестринского ухода за пациентами со стомами	583
3.9.1. Предметы и средства ухода за стомами.....	584
3.9.2. Факторы выбора средств самостоятельного ухода за стомами.....	585
3.9.3. Специальные средства ухода за стомами и требования к ним.....	585
3.9.4. Виды кало- и урореципников	586
3.9.5. Проблемы пациентов со стомами	588
3.9.6. Общий порядок действий сестринского ухода при стомах	592
3.9.7. Особенности ухода при стомах	593
3.9.8. Уход за илеостомой	598
3.9.9. Обучение пациента самостоятельному уходу за стомой.....	599
3.9.10. Промывание мочевого пузыря через надлобковый дренаж со сменой мочеприемника	601
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	603
3.10. Проведение зондовых манипуляций	604
3.10.1. Зондирование желудка	604
3.10.2. Проведение промывания желудка.....	604
3.10.3. Промывание желудка с применением толстого зонда	606
3.10.4. Решение проблем пациента при промывании желудка путем сестринского ухода	609
3.10.5. Ацидометрия	610
3.10.6. Проведение фракционного дуоденального зондирования	612
3.10.7. Сестринский уход при рвоте	614
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	615
3.11. Лабораторные методы исследования	616
3.11.1. Этапы лабораторных исследований	616
3.11.2. Типы основных лабораторных исследований, виды клинических анализов	618
3.11.3. Исследования крови	619
3.11.3.1. Преимущества системы <i>Vacurette, Vacutainer</i> для забора крови	619
3.11.3.2. Забор крови из вены с помощью закрытой вакуумной системы <i>Vacurette, Vacutainer</i>	621
3.11.3.3. Взятие крови с помощью пробирок <i>Vacurette, Vacutainer</i>	626
3.11.4. Исследования мокроты	626
3.11.4.1. Подготовка пациента и сбор мокроты для общего анализа	627
3.11.4.2. Подготовка пациента и сбор мокроты для бактериологического исследования.....	628
3.11.4.3. Подготовка пациента и сбор мокроты для исследования на микобактерии туберкулеза (БК — бациллы Коха)	628

3.11.4.4. Подготовка пациента и сбор мокроты на АК — атипичные клетки	628
3.11.5. Бактериологическое исследование слизи из зева и носа	629
3.11.5.1. Подготовка пациента и забор материала из зева и носа	629
3.11.6. Исследования мочи	631
3.11.6.1. Подготовка пациента и сбор мочи на общий анализ	632
3.11.6.2. Подготовка пациента и сбор мочи на сахар	633
3.11.6.3. Подготовка пациента и сбор мочи по Нечипоренко	634
3.11.6.4. Подготовка пациента и сбор мочи по методу Зимницкого	635
3.11.6.5. Подготовка пациента и сбор мочи на диастазу (альфа-амилазу)	636
3.11.6.6. Подготовка пациента и сбор мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам и сульфаниламидам	637
3.11.7. Исследования кала	637
3.11.7.1. Подготовка пациента и забор кала на копрограмму	639
3.11.7.2. Подготовка пациента и забор кала на скрытую кровь	639
3.11.7.3. Забор кала на дисбактериоз	640
3.11.7.4. Взятие мазка (соскоба) на энтеробиоз	640
3.11.7.5. Подготовка пациента и забор кала на простейшие и яйца глистов	642
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	643
3.12. Инструментальные методы исследования	644
3.12.1. Виды рентгенологических методов исследования	646
3.12.2. Виды радионуклидных методов исследования: сцинтиграфия	648
3.12.3. Обучение пациента и его родственников методам качественной подготовки к диагностическим исследованиям	649
3.12.4. Подготовка пациента к рентгенологическим исследованиям	650
3.12.5. Эндоскопические исследования	653
3.12.5.1. Этапы проведения дезинфекции и стерилизации эндоскопов, не проникающих в стерильные полости организма	655
3.12.5.2. Осложнения при проведении эндоскопических исследований	655
3.12.6. Ультразвуковые исследования	656
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	657
3.13. Сердечно-легочная реанимация вне медицинских учреждений	658
3.13.1. Терминальные состояния	659
3.13.2. Признаки клинической смерти	660
3.13.3. Признаки биологической смерти	661
3.13.4. Понятие о первичном реанимационном комплексе	661
3.13.5. Методы раскрытия рта пострадавшему	662
3.13.6. Восстановление свободной проходимости дыхательных путей	662
3.13.7. Обструкция дыхательных путей	664
3.13.8. Метод ИВЛ «Изо рта в рот»	667
3.13.9. Закрытый (непрямой) массаж сердца	668
3.13.10. Полный цикл сердечно-легочной реанимации (СЛР) вне медицинских учреждений	669
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки	672

3.14. Потери, смерть, горе	673
3.14.1. Принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа	673
3.14.2. Потребности умирающего человека, его семьи и близких.....	674
3.14.3. Эмоциональные стадии горевания, особенности общения с умирающим	675
3.14.4. Стадии траура.....	678
3.14.5. Посмертный уход	679
Контрольные вопросы и задания для самоподготовки.....	680

ПРЕДИСЛОВИЕ

Для сферы здравоохранения на нынешнем этапе ее развития особенно актуален вопрос качественной подготовки специалистов сестринского дела, способных самостоятельно и эффективно решать проблемы пациента посредством высокопрофессионального сестринского ухода.

Во многих странах мира медицинские сестры работают по профессиональным стандартам, обеспечивающим высокое качество медицинской помощи, удовлетворяющее потребности пациента, требующее принятия решений при применении стандартов в разнообразных условиях профессиональной деятельности.

В Российской Федерации разрабатываются и внедряются стандарты простых и сложных медицинских услуг, протоколы сестринского ухода с учетом классификатора профессий.

Решение проблем пациента важно на всех уровнях: от работ, выполняемых младшей медицинской сестрой, до работ, выполняемых главной медицинской сестрой, фельдшером, акушеркой.

В данном пособии изложение материала рассматривается в следующей последовательности:

Раздел 1. Теория и практика сестринского ухода.

Раздел 2. Безопасная среда для пациента и персонала.

Раздел 3. Оказание медицинских услуг в пределах своих полномочий.

Первый раздел поможет освоить современную концептуальную терминологию, воспитать у обучающихся бережное отношение к историческому наследию, культурным традициям разных народностей для успешного оказания медицинских услуг и решения проблем пациента путем сестринского ухода. Здесь рассматриваются в пределах профессиональных и общих компетенций этические основы современного медицинского законодательства, биоэтические аспекты профессиональной деятельности, принципы профессиональной этики и морали, основы профессионального общения и обучения пациентов самоуходу. Для решения проблем пациента необходимы знания потребностей человека в здоровье и болезни и метода организации сестринской помощи и ухода как сестринского процесса, а также умений применять его на практике. Изучение такого метода, как сестринский процесс, позволит обучающимся на ознакомительном (первом) уровне освоить этот учебный материал.

Полученные знания и умения позволят освоить профессиональные компетенции (ПК), которые определены стандартом профессионального образования. Студент научится эффективно общаться с пациентом

и его окружением, выработает навык соблюдения принципов профессиональной этики, участия в санитарно-просветительской работе среди населения и осуществления сестринского процесса.

Второй раздел посвящен развитию умений, приобретению опыта применения современной нормативно-правовой базы сестринского дела, соблюдения охраны труда медицинской сестры, фельдшера, акушерки. Полученные знания и умения позволят освоить такие профессиональные компетенции, как обеспечение инфекционной безопасности и безопасной больничной среды для пациентов и персонала, обеспечение производственной санитарии и личной гигиены на рабочем месте, овладеть основами гигиенического питания.

Третий раздел направлен на освоение технологий медицинских услуг и овладение навыками оказания медицинских услуг в пределах полномочий медсестер и правильное оформление сестринской документации. Освоение этого материала поможет учащемуся оказывать в дальнейшем качественную медицинскую помощь и уход в соответствии с определением, данным Всемирной организацией здравоохранения: «Каждый пациент должен получить такой комплекс медицинской помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и биологическими факторами пациента (возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение, уход и т.д.)».

При этом должен быть сведен к минимуму риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате оказания услуг при максимальном удовлетворении потребностей пациента.

Оказывая медицинский уход, представляющий собой комплексную систему поддержки пациентов, их семей, групп населения и общества в целом, включающий в себя медицинский, психологический и социальный компоненты, каждый медицинский работник должен стремиться к достижению наивысшего уровня адаптации пациента к ситуации, связанной со здоровьем, к достижению наивысшего качества жизни пациента.

Данное учебное пособие в полной мере учитывает эти требования.

Настоящее пособие рекомендуется для самостоятельной работы обучающихся, студентов, а также в достаточной степени может оказать существенную методическую и практическую помощь при подготовке к практическим занятиям и семинарам. Оно может содействовать повышению качества сестринского ухода, престижа профессии медицинской сестры, фельдшера, акушерки.

Автор выражает признательность всем, кто помог выпустить новое учебное пособие.

ВВЕДЕНИЕ В ПРОФЕССИЮ

Основное понятие	Определение
Качество жизни	Комплексное понятие, отражающее степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей человека, как оцениваемое по уровню удовлетворенности человеком своей жизнью по его собственной самооценке, так и измеряемое специалистами по набору объективных показателей
Нормативно-правовой акт	Закон, кодекс, постановление, инструкция и другое властное предписание государственных органов, которое устанавливает, изменяет или отменяет нормы права
Фактор риска	Фактор, повышающий вероятность возникновения заболевания
Профилактика	От prophylaktikos — предохранительный. Термин, означающий комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и (или) устранение факторов риска
Реабилитация	Система мероприятий, направленная на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к утрате трудоспособности (временной или стойкой) и возвращение пациентов к общественно полезному труду, повышению качества жизни
Компетенция	Стремление и готовность применять знания, умения и личностные качества для успешной деятельности в определенной области
ПМСП	Первичная медико-социальная помощь
ЛПО	Лечебно-профилактическая организация
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
Первичная профилактика заболеваний	Комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний
Паллиативная помощь	Активная всеобщая забота о пациентах, заболевания которых не поддаются излечению, направленная на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей как пациента, так и его близких
Имидж	Образ, вид, совокупное представление о данном человеке, коллективе, учреждении. Это видимый со стороны психологический портрет, сопряженный с внешностью и манерами ¹
Этикет	Установленный, принятый порядок поведения, форм обхождения ²

¹ Новейший словарь иностранных слов и выражений. Минск, 2007.

² Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1995.

Новое сестринское дело

Новое сестринское дело — это потребность в изменении основы текущей практики. До недавнего времени уход за больными в значительной степени носил инструктивный или эмпирический характер. Ранее сестринское дело заимствовало научную основу из области либо медицины, либо физиологии, биологии, психологии, социологии.

Первое определение сестринского дела как «действия по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению» дала Ф. Найтингейл в 1859 г. в знаменитом труде «Записки об уходе». Она считала, что сферами деятельности медицинской сестры является уход за здоровыми (в настоящее время — это проведение первичной профилактики заболеваний) и уход за больными людьми. Этот труд является первой теорией сестринского дела, концептуальной моделью сестринского дела.

Сейчас в сестринском деле создана собственная, уникальная структура знаний. На современном этапе развития российского здравоохранения подготовка специалистов, осуществляющих медицинский, профессиональный уход за больными, ориентирована на потребности рынка медицинских услуг.

Такая дисциплина, как «Основы сестринского дела», не отражала компетентностного подхода в подготовке таких же специалистов в рамках образовательных стандартов второго поколения. Третье поколение стандартов предполагает не простую трансляцию знаний, умений и навыков в процессе обучения, а формирование у будущих выпускников профессиональной компетентности.

Новое содержание работ сестринского персонала, применение современных технологий резко увеличили нагрузку медицинских сестер в ЛПО. Палатная медицинская сестра, по данным научных исследований, до 30% времени тратит на общение с пациентами, связанного с потребностями в медицинском уходе, из-за чего резко сокращается время выполнения необходимых сестринских вмешательств. Сегодня отсутствуют утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации расчетные нормы затрат рабочего времени для выполнения сестринских технологических операций. Это вызывает потребность в рациональном использовании кадров в ЛПО.

Внедрение экономических методов управления, переход к обязательному медицинскому страхованию и связанный с ним большой объем работ по основной деятельности, по уходу за пациентами, работ с учетной медицинской документацией требуют пересмотра, в сторону увеличения, нормативов численности должностей в системе

здравоохранения. Сегодня средний медицинский персонал получил такую возможность — работать совместно с компетентным помощником — младшей медицинской сестрой. Теперь младшая медицинская сестра не санитарка, а специалист с начальным профессиональным образованием. Это повысило статус медицинской сестры (медбрата), фельдшера, акушерки и ответственность за выполнение работ по решению проблем пациента путем сестринского ухода.

Новые требования предполагают, что специалист со средним профессиональным образованием должен иметь достаточно знаний, умений ответственности за выполнение своих профессиональных функций и практического опыта, а также уверенности, чтобы осуществлять и оценивать сестринский уход, отвечающий потребностям отдельного пациента. Предполагается, что функции медицинской сестры будут выполнять в будущем и младшие медицинские сестры под руководством персонала среднего звена.

Каковы же сегодня функции медицинской сестры (фельдшера, акушерки) в мире и в нашем обществе в частности?

Первая функция — осуществление сестринского ухода. Это могут быть профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи.

Вторая функция — обучение пациентов и сестринского персонала методам ухода, профилактики, реабилитации.

Третья функция — исполнение средним медицинским персоналом зависимой (по назначению врача) и независимой (в рамках компетенций) роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента. Эту функцию в России только начинают осваивать. Но без нее решение проблем пациента не сможет занять должного места в системе здравоохранения.

Четвертая функция — развитие сестринской практики с помощью исследовательской деятельности.

Объекты и виды профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности средних медицинских работников являются:

- пациент, нуждающийся в профессиональном уходе;
- семья пациента;
- бытовые условия проживания пациента;
- условия больничной среды;
- средства ухода за больным;
- средства обеспечения безопасной больничной среды.

Виды профессиональной деятельности по профессии:

- решение проблем пациента посредством сестринского ухода;
- участие в организации безопасной окружающей среды для участников лечебно-диагностического процесса.

Каким должен быть медицинский работник со средним профессиональным образованием? Представления об идеальной медицинской сестре, фельдшере, акушерке среди врачей и пациентов диаметрально противоположны: врачу в первую очередь нужен рядом умелый помощник, строго выполняющий его назначения, профессионально не общающийся с пациентом, а пациенту — как умелый помощник, так и психолог, общающийся с ним и удовлетворяющий его потребности в уходе. Но как бы ни различались мнения разных людей, все они сходятся в одном — сестринский персонал должен иметь способность и умение общаться с пациентом и его окружением, коллегами, выполнять должностные обязанности в рамках своих компетенций. Психологические качества являются для медицинского персонала *профессионально важными* и в конечном счете характеризуют *профессиональную пригодность*. Медицинский работник всегда, осознает он это или нет, производит на пациента определенное впечатление, которое и является основой дальнейшего взаимодействия. Если он считает, что ему знания психотерапии не нужны, он все равно оказывает воздействие на психику своих пациентов, только это воздействие с отрицательным знаком: он вредит и пациенту, и коллегам.

В основе решения проблем пациента посредством сестринского ухода лежит научный метод организации и оказания сестринской помощи — сестринский процесс, опирающийся на знания современных технологий сестринского дела, тактики сестринского ухода, умения планировать и оказывать компетентную помощь, осуществлять сестринские вмешательства при различных состояниях пациента и умения обосновать каждое свое действие. Предполагается, что медицинская сестра как участник сестринского процесса по оказанию сестринской помощи берет на себя ответственность за выполнение возложенных на нее обязанностей по уходу за пациентами, будь он здоровый или больной. Она призвана как проводить первичную профилактику заболеваний, так и облегчить страдания, помочь в уходе или обучить самоуходу, содействовать выздоровлению, сохранению и укреплению здоровья, улучшению качества жизни, а при состояниях, несовместимых с жизнью, — помочь достойно и без мучений прожить последние дни жизни.

Медицинские работники должны в процессе профессиональной деятельности изменять и развивать свою личность средствами профессии и обогащать профессию своим творческим вкладом. Медицинские работ-

ники, которые стремятся вызвать интерес общества к результатам своей деятельности и умеют его вызывать, способствуют повышению престижа своей профессии, учитывают новые запросы общества к ней. Медицинская сестра в условиях больничной среды выступает в роли организатора условий по поддержанию здоровья пациента, связанных как с его инфекционной безопасностью, так и с другими факторами окружающей пациента и персонала среды. Результат этой совместной деятельности будет зависеть от уровня взаимопонимания во всем, что касается целей, планов, действий в пределах профессиональной компетентности.

Медицинская сестра в системе паллиативной помощи является незаменимым специалистом. Она круглосуточно заботится, создает комфортные условия, ухаживает и наблюдает за состоянием здоровья пациентов, помогает им сохранить человеческое достоинство и уважение к себе. К системе паллиативной помощи относятся:

- дома (больницы) сестринского ухода, в которых обеспечивается квалифицированный уход больными пожилым и старческого возраста, страдающими хроническими заболеваниями и по состоянию здоровья не нуждающимися в активном лечении;
- хосписы — учреждения здравоохранения для оказания медицинской, социальной, духовной, психологической и юридической помощи инкурабельным (не поддающимся лечебному воздействию) онкологическим больным и их семьям как в период болезни, так и после утраты ими близких.

Этикет медицинской сестры. Ее имидж

Требования медицинского этикета одинаковы для всех средних медицинских работников ЛПО. основополагающее требование медицинского этикета таково: поведение, формы обхождения медицинской сестры, ее имидж должны убедить больного, что перед ним профессионал, которому не страшноверить здоровье и жизнь. Никто не захочет стать пациентом человека легкомысленного, неаккуратного, с безразличием, а то и с неприязнью относящегося к больным. Внешний вид иногда выдает приверженность к вредным привычкам. Медицинская сестра должна быть собранной, сдержанной, аккуратной, без вредных привычек. Обязательны хорошие манеры, вежливость, доброжелательность. Повышать голос, грубить больным и их родственникам недопустимо; даже сталкиваясь с их неадекватной реакцией, медицинская сестра должна вести себя твердо, но корректно. Если пациент и его близкие вызывают явную антипатию (что случается не так уж редко), негативные чувства не должны проявляться ни в словах, ни в жестах и, естественно, не должны отражаться на лечении и уходе за больным.

Медицинский этикет также требует корректности в отношениях между всеми членами коллектива, невзирая на чины и звания. Почтительное обращение к коллегам, так же как и белый цвет медицинского халата, подчеркивает чистоту и высокий смысл профессии. Особенно строго этого принципа следует придерживаться, если общение происходит в присутствии больного. Панибратство, пренебрежение со стороны начальства и заискивание подчиненных вредят авторитету медицинского работника. Крайне неэтичной считается ситуация, когда ставится под сомнение в глазах пациента профессионализм коллеги.

Еще один из важнейших элементов этикета — наставничество, передача опыта и знаний начинающим работникам. Важнейшее требование этикета — уважение к врачу, коллегам — должно соблюдаться неукоснительно. За плечами этих людей главное достояние — опыт, которого не заменят никакие способности и образование. Уважительные доброжелательные отношения в коллективе позволяют избежать массы профессиональных ошибок. Если факты доказывают профессиональную ошибку (например, подготовка к исследованию проведена неправильно), медицинская сестра должна думать прежде всего, как оказать больному помощь, а не обвинять во всем своего предшественника. Однако корпоративная солидарность не означает, что на ошибки нужно закрывать глаза. Прежде всего необходимо обсудить ситуацию с коллегой наедине. Критика должна быть обоснованной, корректной и по существу дела, не переходящей на личные качества сослуживца. В сложных случаях, когда нельзя сразу однозначно установить, допущена ли ошибка, и не ясно, как действовать дальше, можно совместно обратиться к более опытному коллеге, старшей медицинской сестре, врачу, заведующему отделением.

Из чего складывается имидж медицинского работника? Первое впечатление, которое, по данным исследователей (Альберт Махрабин), складывается из следующих составляющих:

70% — внешний вид: одежда, прическа, обувь, макияж, личная гигиена;

15% — мимика, жесты, соблюдение приличий, хороший тон;

10% — голос: тон, акцент, культура речи;

5% — содержание речи.

Исторически известно, что форма сестер милосердия соответствовала уставу общины и создавала образ здоровой и нравственно безупречной женщины. Еще Гиппократ говорил: «Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных». Внешний вид современной медицинской сестры — визитная карточка как ее самой, так и организации, которую она представляет. Каждый

работник может выбрать форму в соответствии со стандартами и спецификой своего отделения. Однако не стоит забывать, что цвет — это мощный фактор воздействия на человеческую психику. Медицинская сестра должна знать, что:

- белый цвет — цвет добродетели, символ чистоты и праведности. Он ассоциируется с такими человеческими качествами, как нравственная чистота, опрятность;
- желтый цвет — несет в себе ясность, оптимизм, удовольствие;
- красный цвет — это образ огня или крови. Его связывают также со страстью;
- зеленый цвет — связан в восприятии людей с природой, жизнью и развитием. В целом зеленая гамма оказывает на человека успокаивающее воздействие;
- голубой и синий цвета — выражают отрешенность и сдержанность;
- фиолетовый цвет — цвет печали, покаяния;
- сиреневый цвет — цвет таинственный и чувственный;
- розовый цвет — цвет невинности, нежности, молодости.

Приняв во внимание эту информацию, вы можете психологически обоснованно выбрать цвет медицинской формы или отделки для нее для себя или своего отделения больницы, в которой работаете.

Основные требования к одежде медицинского работника — чистота и простота, отсутствие излишних украшений, лучше белоснежный халат, медицинский колпак и наличие сменной обуви, соответствующей требованиям. Халат должен быть безупречно чистым и отглаженным. Застегивают его на все пуговицы. Под халат надевается обычная одежда. Длина одежды должна быть короче халата. А длина халата должна быть разумной. Покрой одежды и халата не должен мешать выполнению работы или смущать окружающих. Лучше использовать современные ткани для медицинской формы. Сегодня наилучший вариант — халат из полиэфира. У него такая конструкция волокна, благодаря которому ткань всю влагу выводит наружу, а через мембраны в ткани воздух проходит к телу, и оно в этой одежде дышит. Более того, там есть углеродные нити, по которым стекает вниз статическое электричество. Известно, что от его избытка быстро накапливается ощущение усталости, поэтому одежда из барьерной ткани просто незаменима для работы в операционных, с современной аппаратурой, а также в физиотерапевтических кабинетах. А если помимо халата на сестре будут еще и брюки из этой ткани и специально подобранная обувь — вся лишняя электростатика уйдет в пол, попросту заземлится. В такой одежде врачи и медицинский персонал устает в 2 раза меньше.

Обувь должна быть без каблуков, удобной и бесшумной, моющей-ся. Тишина в отделении — одно из важнейших условий ухода за больным человеком. Обувь желательна светлых тонов. Недопустимо носить на работе тапочки.

Чистые волосы и аккуратная *прическа* — это то, чего следует придерживаться. А также необходимо ношение колпака (шапочки). Шапочка не портит прическу, а только подчеркивает ее аккуратность.

Руки медицинского персонала постоянно привлекают особое внимание, поэтому они всегда должны быть чистыми, ногти ухоженными, минимальной длины. Накладные ногти недопустимы.

Макияж должен быть умеренным, максимально приближенным к натуральному.

При подборе парфюмерии исключаются дезодоранты и духи, поскольку они могут вызвать аллергическую реакцию. От медицинского работника должен исходить аромат чистоты и свежести, который зависит от соблюдения личной гигиены медицинской сестрой. Необходимо ежедневно принимать душ до работы, чистить зубы, пользоваться неароматизированными дезодорантами. От медицинского работника не должно пахнуть потом и несвежей одеждой. Необходимо следить за состоянием зубов, чтобы разговор с медицинским работником не превращался в пытку, а также от медицинского работника не должно пахнуть табаком.

Аксессуары (очки и украшения) должны быть простыми, классическими, а украшения — небольших размеров и допустимы для ношения только в нережимных отделениях.

Речь медицинского работника должна быть четкой, негромкой, эмоциональной. Нельзя использовать уменьшительные эпитеты при обращении к пациенту: «бабулька», «голубушка» и т.д. Недопустимы обращения «больной», «мужчина», «женщина». При любом общении с пациентом надо всегда помнить, что каждое слово должно быть направлено на благотворное психологическое воздействие, поднятие настроения пациента, укрепление его уверенности в выздоровлении, что во многих случаях слово медицинского работника воздействует на пациента не менее целебно, чем лекарство. Надо всегда помнить и о второй стороне воздействия слова — народная мудрость гласит: «Слово лечит, но слово и ранит», поэтому, беседуя с коллегами, пациентом, разговаривая в кабинете, палате, да и при любом общении необходимо помнить о возможности отрицательных последствий неосторожного высказывания.

Обращаться к пациенту лучше по имени-отчеству, доброжелательно и спокойно. Если медработник не знает, как зовут пациента,

необходимо использовать безличные конструкции: «Пройдите, пожалуйста», «Будьте добры», но при этом надо всегда помнить о состоянии здоровья пациента и учитывать его интересы.

Нельзя обсуждать при пациенте посторонние проблемы, личные дела других сотрудников, других пациентов. Если у медицинского работника важный деловой разговор, а к нему в это время обратился пациент, то необходимо спросить у него его имя и отчество, извиниться и постараться завершить беседу максимально быстро, чтобы сосредоточиться на проблеме пациента.

Нельзя игнорировать присутствие пациента. Все разговоры необходимо вести негромко, спокойным и сдержанным тоном. Речь должна быть правильной, без слов-паразитов и просторечных, бытовых выражений. Естественными и привычными должны стать словосочетания: «Будьте добры», «Я понимаю», «Я знаю, что вы чувствуете», «Спасибо», «Пожалуйста», «Мы поможем», «У нас большой опыт в уходе при таком заболевании», «Все будет максимально безболезненно» и т.д.

Одно из ярких средств *проявления учтивости* — употребление вежливой формы «Вы». Элементарная вежливость требует уважительного отношения к любому незнакомому человеку.

Хорошие манеры — одна из граней культуры; культурный человек никогда не сделает ничего такого, что может обидеть или унижить другого. Чем выше личная культура, тем больше развито в человеке чувство собственного достоинства. Интонация и тембр голоса также важные компоненты общения.

Жесты и мимика. Здороваясь, необходимо делать легкий поклон, не рывком, а спокойно. Ноги при этом надо держать вместе.

«Нет» профессиональному имиджу

1. Не принято сидеть, подперев щеку рукой или положив голову на обе руки, сидеть «верхом на стуле». Не рекомендуется также сидеть или стоять в «наполеоновской» позе, т.е. скрестив руки на груди, а также не стоит опираться ладонями на колени. Не принято стоять или сидеть, заложив руки в карманы, так же как и широко размахивать руками.

2. В разговоре с кем-либо не следует теревить или перебирать что-либо пальцами, браться за пуговицы или рукава собеседника.

3. Не принято показывать на что-либо пальцем. Если нужно указать какое-то направление, то указывают всей ладонью.

4. Если вы при разговоре закашлялись, обязательно прикройте рот ладонью, если чихнули, — платком.

5. Невежливым считается позевывание во время разговора, что расценивается как знак того, что общение с собеседником вам крайне надоело и вы показываете, что хотите как можно скорее закончить разговор с ним.

Таким образом, сформированный образ, который соответствует нормам профессионального имиджа медицинского работника, поможет ему в создании собственного имиджа, в противном случае может наступить имиджевая катастрофа.

Выводы

Медицинские работники должны всегда соблюдать требования профессиональных и этических стандартов. Непрерывное совершенствование знаний и умений, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Имидж медицинской сестры зависит от уровня компетентности в этой области. Знание и понимание этических норм, здорового образа жизни, владение приемами профессионального общения, умение строить межличностные отношения и работать в коллективе поддержат авторитет и репутацию профессии медицинской сестры. Профессия медицинской сестры — самая массовая из медицинских профессий, которая традиционно имеет этическое, нравственное начало. Это одна из тех профессий, где непосредственный контакт, общение с другим человеком играют первостепенную роль. Цена такого общения — здоровье, а нередко и жизнь человека.

Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 октября 2005 г. № 627 утверждена Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Сегодня наименования всех учреждений здравоохранения должны соответствовать данной номенклатуре.

Единая номенклатура включает в себя четыре типа учреждений здравоохранения:

- 1) лечебно-профилактические;
- 2) учреждения особого типа;
- 3) учреждения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- 4) аптечные учреждения.

К лечебно-профилактическим учреждениям относятся:

- 1) больничные учреждения;
- 2) диспансеры: онкологический, туберкулезный и др.;
- 3) амбулаторно-поликлинические учреждения;
- 4) центры, в том числе научно-практические;
- 5) учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови;
- 6) учреждения охраны материнства и детства;
- 7) санаторно-курортные учреждения.

Клиническими учреждениями являются лечебно-профилактические учреждения (больницы, диспансеры, родильные дома и другие учреждения), используемые с целью преподавания высшими медицинскими образовательными учреждениями (факультетами) или в научных целях медицинскими научными организациями.

Больницы, их виды:

- участковая, районная, городская (в том числе детская), городская скорой медицинской помощи и другие виды. Больницы могут иметь в своем составе поликлинику (амбулаторию);
- специализированная, в том числе восстановительного лечения, гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, наркологическая, онкологическая, офтальмологическая, психоневрологическая, психиатрическая, туберкулезная;
- госпиталь (от лат. *hospitalis*, гостеприимный) — медицинское учреждение, предназначенное для оказания медицинской помощи военнослужащим. В ряде стран госпиталями называют также гражданские медицинские учреждения;
- медико-санитарная часть — специализированное учреждение здравоохранения, предназначенное для организации проведения предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров работников, работающих с вредными и опасными условиями труда на крупных предприятиях;
- дом (больница, отделение) сестринского ухода — учреждение здравоохранения для обеспечения квалифицированного ухода за больными пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями и по состоянию здоровья не нуждающихся в активном лечении;
- хоспис — учреждение здравоохранения для оказания медицинской, социальной, духовной, психологической и юридической помощи инкурабельным (не поддающимся лечению)

воздействию) онкологическим больным и их семьям как в период болезни, так и после утраты ими близких;

- лепрозорий (от позднелат. *leprosus* — прокаженный) — лечебное учреждение для больных лепрой. В некоторых странах (Бразилия, Индия и др.) проказу лечат амбулаторно;
- фельдшерско-акушерские пункты (фАПы) являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения;
- здравпункты (врачебные, фельдшерские) являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения или организаций и предназначены для оказания первой медицинской помощи рабочим, служащим и учащимся;
- клиники — лечебно-профилактические учреждения (больницы, родильные дома и другие учреждения здравоохранения), входящие в состав высших медицинских образовательных учреждений, медицинских научных организаций или подчиненные медицинским вузам и научным организациям, являются их структурными подразделениями.

Устройство и основные функции больниц

Различают общие, республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские больницы, которые построены чаще в центре обслуживаемой территории. Специализированные больницы (онкологические, туберкулезные и т.д.) располагаются в зависимости от своего профиля, чаще на окраине или за городом, в озелененном районе.

Существует три основных типа строительства больниц: павильонный, централизованный и смешанный.

При павильонной системе на территории больницы размещаются небольшие отдельные здания. Централизованный тип строительства характеризуется тем, что здания соединены крытыми надземными или подземными коридорами. В России чаще всего строились больницы смешанного типа, где основные неинфекционные отделения размещаются в одном крупном здании, а инфекционные отделения, хозяйственные постройки и другие отделения располагаются в нескольких небольших зданиях.

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

Больница состоит из следующих объектов:

- 1) стационар со специализированными отделениями и палатами;
- 2) вспомогательные отделения (рентгеновский кабинет, патолого-анатомическое) и лаборатории;

- 3) аптеки;
- 4) поликлиники;
- 5) пищеблок;
- 6) прачечная;
- 7) административные и другие помещения.

Больницы предназначены для постоянного лечения и ухода за пациентами с определенными заболеваниями, например: хирургическими, терапевтическими, инфекционными, психотерапевтическими и т.д.

Стационар больницы является наиболее важным структурным подразделением, куда принимают пациентов, требующих современных, сложных методов диагностики и лечения, и оказывают лечение, уход и другие культурно-бытовые услуги.

Устройство стационара любого профиля включает палаты для размещения пациентов, хозяйственные помещения и санитарный узел, специализированные кабинеты (процедурный, лечебно-диагностический), а также ординаторскую, сестринскую комнаты, кабинет заведующего отделением.

Оборудование и оснащение палат соответствуют профилю отделения и санитарным нормам. Различают одноместные и многоместные палаты. В палате имеются кровати (обычные или функциональные), прикроватные тумбочки, столики или стол, стулья, шкаф для одежды пациента, холодильник, умывальник. Кровати ставят головным концом к стене на расстоянии 1 м между кроватями. Это необходимо для обеспечения пространства при перекладывании пациента с каталки или носилок на кровать и ухода за пациентом. Связь пациента с постом медицинской сестры осуществляется с помощью переговорного устройства или световой сигнализации. В специализированных отделениях стационара каждая койка обеспечена устройством для централизованной подачи кислорода и другой медицинской аппаратурой.

Освещение палат соответствует санитарным нормам. В дневное время оно определяется световым коэффициентом, который равен отношению площади окон к площади пола, соответственно 1:5—1:6. В вечернее время палаты освещаются люминесцентными лампами или лампами накаливания. Кроме общего освещения имеется и индивидуальное — в ночное время палаты освещаются ночным светильником, установленным в нише около двери на высоте 0,3 м от пола (кроме детских стационаров, где светильники устанавливаются над дверными проемами).

Вентиляция палат проводится с помощью приточно-вытяжной системы каналов, а также фрамуг и форточек из расчета 25 м³/ч воздуха на одного человека. Концентрация углекислого газа в воздушной

среде палаты не должна превышать 0,1%, относительная влажность воздуха составляет 30–45%.

Температура воздуха в палатах взрослых не превышает 20 °С, для детей — 22 °С.

В отделении имеются раздаточная и столовая, обеспечивающие одновременный прием пищи 50% пациентов.

Коридор отделения должен обеспечить свободное передвижение каталок, носилок. Он служит дополнительным резервуаром воздуха в стационаре и имеет естественное и искусственное освещение.

Санитарный узел состоит из нескольких отдельных помещений, специально оборудованных и предназначенных для осуществления личной гигиены пациента (ванной комнаты, комнаты для умывания), сортировки грязного белья, хранения чистого белья, дезинфекции и хранения суден и мочеприемников, хранения уборочного инвентаря и спецодежды обслуживающего персонала.

Инфекционные отделения больниц имеют боксы, полубоксы, обычные палаты и состоят из нескольких отдельных секций, обеспечивающих функционирование отделения при установлении карантина в одной из них.

Каждое отделение имеет в установленном порядке обязательный для персонала и пациентов внутренний распорядок, который обеспечивает пациентам соблюдение лечебно-охранительного режима: сон и отдых, диетическое питание, систематическое наблюдение и уход, выполнение лечебных процедур и т.д.

Примерный внутренний распорядок терапевтического отделения

6.00–7.00 — подъем, измерение температуры тела.

7.00–8.00 — туалет.

8.00–10.00 — завтрак.

10.00–12.00 — обход врачей.

12.00–14.00 — выполнение врачебных назначений.

14.00–15.00 — обед.

15.00–17.00 — тихий час (отдых).

17.00–18.00 — прогулки, посещения родственниками.

18.00–19.00 — измерение температуры тела.

19.00–20.00 — ужин.

20.00–22.00 — свободное время.

22.00 — отход ко сну.

Основные направления деятельности средних медицинских работников в различных отделениях ЛПО

Содержание деятельности медицинских сестер определяется администрацией ЛПО на основании тарифно-квалификационной характеристики среднего медицинского работника с учетом конкретных особенностей работы того или иного лечебного учреждения.

Деятельность медицинских работников среднего звена определяется характеристиками не только функциональных обязанностей, но и прав, а также степенью их ответственности. К функциональным обязанностям медсестры стационара относится: соблюдение лечебно-охранительного режима отделения; своевременное выполнение врачебных назначений; уход за пациентами; помощь пациенту во время осмотра врачом; наблюдение за общим состоянием пациентов; оказание первой доврачебной помощи; соблюдение санитарно-противоэпидемического режима; своевременная передача экстренного извещения в центр эпидемиологии и гигиены об инфекционном больном; получение лекарственных средств и обеспечение их хранения и учета, а также руководство младшим медицинским персоналом отделения. Медицинские сестры обязаны систематически повышать квалификацию, посещать занятия и конференции, организуемые в отделении и лечебном учреждении.

Участковая (семейная) медицинская сестра поликлиники, работающая на приеме с врачом, помогает ему оформлять различную документацию, обучает пациентов подготовке к различным процедурам, лабораторным и инструментальным исследованиям. Осуществляя работу на дому, она выполняет врачебные назначения, обучает родственников необходимым элементам ухода, дает рекомендации по созданию комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его жизненно важных физиологических потребностей, оказывает психологическую поддержку пациенту и его семье, осуществляет мероприятия по профилактике осложнений и укреплению здоровья своих пациентов.

Круг обязанностей фельдшера достаточно широк, особенно в отсутствие врача. На фельдшерско-акушерском пункте он самостоятельно выполняет стационарную, консультативную, амбулаторную помощь, помощь на дому, санитарно-профилактическую работу, выписывает лекарственные средства из аптеки и т.д. В лечебно-профилактическом учреждении фельдшер работает под руководством врача. Фельдшер скорой медицинской помощи осуществляет оказание скорой медицинской помощи в объеме доврачебной помощи в соответствии с утвержденными стандартами, принимает роды, ассистирует врачу, выявляет признаки неотложного состояния, определяет срочность, объем, принимает тактические решения, определяет показания к госпитализации и т.д.

Содержание деятельности акушерки роддома и женской консультации зависит от конкретных особенностей работы. Акушерка самостоятельно или вместе с врачом принимает роды, проводит лечебно-профилактическое обслуживание беременных, матерей и новорожденных; активно выявляет гинекологических больных, проводит психопрофилактическую подготовку женщин к родам, наблюдение за беременной, обеспечивает беременным прохождение всех необходимых исследований. Акушерка, как и медицинская сестра поликлиники, проводит большую патронажную работу, выполняет непосредственно обязанности медицинской сестры.

Средние медицинские работники, имеющие специальную подготовку, могут работать в рентгенологических, физиотерапевтических и других специализированных отделениях и кабинетах. За присвоение себе функций, на которые они не имеют права, средние медицинские работники несут дисциплинарную или уголовную ответственность.

Профессиональная деятельность младшего медицинского персонала зависит от квалификационного уровня образования. Сегодня в практическом здравоохранении работает младший медицинский персонал, имеющий индивидуальную, в виде инструктажа на рабочем месте, или (что очень редко) профессиональную подготовку в образовательном заведении от трех до шести месяцев в должности медицинского регистратора, сестры-хозяйки, профессиональной сиделки, санитарки или уборщицы. Их квалификационный уровень (1–3), согласно стандартам, не позволяет оказывать сестринский профессиональный уход. Только младшие медицинские сестры, выпускники медицинского учебного заведения по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» являются специалистами по оказанию непосредственного ухода за пациентом, включающего наличие:

практического опыта:

- для выявления нарушенных потребностей пациента,
- оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий,
- планирования и осуществления сестринского ухода,
- ведения медицинской документации,
- обеспечения санитарных условий в учреждениях здравоохранения и на дому,
- обеспечения гигиенических условий при получении и доставке лечебного питания для пациентов в ЛПО,
- применения средств транспортировки пациентов и средств малой механизации с учетом основ эргономики,
- соблюдения требований техники безопасности и противопожарной безопасности при уходе за пациентом во время проведения процедур и манипуляций;

умений:

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента,
- определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья,
- оказывать помощь медицинской сестре в подготовке пациента к лечебно-диагностическим мероприятиям,
- оказывать помощь при потере, смерти, горе,
- осуществлять посмертный уход,
- обеспечивать безопасную больничную среду для пациента, его окружения и персонала,
- проводить текущую и генеральную уборку помещений с использованием различных дезинфицирующих средств,
- составлять памятки для пациента и его окружения по вопросам ухода и самоухода, инфекционной безопасности, физических нагрузок, употребления продуктов питания и т.д.,
- использовать правила эргономики в процессе сестринского ухода и обеспечения безопасного перемещения больного;

знаний:

- способов реализации сестринского ухода,
- технологий выполнения медицинских услуг,
- факторов, влияющих на безопасность пациента и персонала,
- принципов санитарно-гигиенического воспитания и образования среди населения,
- основ профилактики внутрибольничной инфекции,
- основ эргономики.

Младшая медицинская сестра по уходу за больными несет ответственность за невыполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка и должностной инструкцией.

Для выполнения своих обязанностей средний и младший медицинский персонал должны обладать определенным объемом знаний и практических навыков, нести ответственность за процесс ухода и проявлять милосердие. Основными качествами, которыми должна обладать младшая медицинская сестра, являются точность выполнения манипуляций, честность, порядочность, дисциплинированность, чувство собственного достоинства, стремление к развитию и совершенствованию своих знаний, умений, способностей, компетенций. Личностные качества, стремление к личностному росту, соблюдение имиджа медицинской сестры необходимы для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход, удовлетворить его потребности в уходе и защитить здоровье населения.

1. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

История — это философия в примерах.

Цицерон

1.1. ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

1.1.1. История сестринского дела как часть истории человечества

О сестринском деле говорят, что это самая юная наука и самое древнее искусство. История служения больным и раненым исходит к ранним векам христианства. Сколько существует медицина, столько существует потребность в оказании помощи раненым и больным. У народов Древнего мира уход за больным осуществляли родственники. Считается, что первый госпиталь для христианских пилигримов, посещавших христианские святыни, был построен в 600 г. в Иерусалиме — на месте разрушенного монастыря Святого Иоанна Крестителя. В 1005 году госпиталь был разрушен и восстановлен только в 1023 г. В начале II тысячелетия появились люди, которые стали оказывать всяческую помощь паломникам, направлявшимся пешком и по морю в священный город Иерусалим. Заболевшим или подвергшимся нападению разбойников оказывали помощь первые братья милосердия, клятвой которых были слова: «Служить рабами и слугами слабым и больным». Помощь оказывалась в монастырях, расположенных на этом пути.

В 1070 году в Риме возник старейший в мире орден госпитальеров как братство (прототип общин) по уходу за бедными и больными паломниками. Основателем монашеского ордена является Жерар Благословенный (умер в 1120 г.). Члены братства по уходу за больными не только оказывали помощь раненым и больным независимо от их вероисповедания, но и проявляли милосердие, сострадание, самоотверженность. Госпитальеры сыграли огромную роль в эпоху крестовых походов. В 1130 году папа Иннокентий II утвердил знамя госпитальеров — белый крест на красном фоне.



Рис. 1. Раймон де Пюи

В 1155 году приемник Жерара Раймон де Пюи (1120—1158) стал магистром ордена в госпитале, который находился при монастыре. При нем был создан первый приют для подкидышей и грудных младенцев. Рыцари-монахи три раза в неделю устраивали бесплатные обеды для бедняков и раздавали им милостыню. Ко всем больным и раненым в братстве относились одинаково: пищу подавали на серебряной посуде, шелковое белье меняли ежедневно. Больные лежали в общих палатах. Здесь оперировали, лечили, принимали роды. Сирот и подкидышей содержали в приюте при госпитале. Подземный ход соединял госпиталь с портом. Раненых доставляли с галер прямо на операционный стол или в палату во избежание возникновения инфекции. На Мальте и в Европе рыцари-монахи первыми основали уход и лечение за душевнобольными, изучали анатомию и изолировали инфекционных больных. Пища, которую получали пациенты госпитальеров, была много лучше той, которой довольствовались они сами; только когда член ордена заболел, великий магистр разрешал ему есть то же, что ели пациенты госпиталя.

В 1798 году Мальта без боя сдалась Наполеону — это время упадка госпитальеров, орден уже не имел постоянной резиденции, и самая яркая страница его истории была позади. В настоящее время Мальтийский орден известен как благотворительная и гуманитарная организация. Сейчас орден насчитывает около 10 тыс. кавалеров и 1 млн человек (членов ордена). В октябре 1989 г. орден вернулся на Мальту.

Еще Гиппократ сетовал на то, что у него нет умного, грамотного, наблюдательного партнера в его целительной деятельности.

Основатель первых западноевропейских общин, французский священник Викентий Поль в 1617 г. организовал первую общину сестер милосердия для женщин, обладавших природной добротой, способностью к состраданию, интуицией, наблюдательностью, терпением и трудолюбием.

В. Поль в своих проповедях обращал внимание на то, что в помощи особенно нуждаются бедные, больные люди. Прихожане помогали этим людям, приносили пищу, лечили как могли. В. Поль решил организовать общество, в уставе которого говорилось: «Милосердие к ближнему есть первейший признак христианина, и одним из главных дел милосердия является посещение бедных, больных и всякого рода помощь им».

Считается, что первой, преимущественно женской профессией в медицине является повивальное искусство (прототип акушерского дела), которое возникло примерно в V в. до н.э. Особенно развито акушерское дело было в Древнем Риме. Здесь акушерки не только оказывали помощь во время родов, но и ухаживали за роженицами и младенцами.

1.1.2. Хронология развития истории сестринского дела в России

Первые фельдшеры в России появились в 40-х гг. XVII в. для удовлетворения потребностей армии. Затем в первых врачебных школах фельдшерское и врачебное образование были совмещены: первые два-три года обучения давали право успевающим ученикам получать звание подлекарей, что примерно соответствует званию фельдшера. Их на Руси называли рудометами или цирульниками. Проучившись еще один-два года, ученики получали звание лекаря. В 1798 году врачебное образование было отделено от фельдшерского.

Считается, что сестринское дело в России началось в 1803 г., в эпоху Петра I. Была создана служба «сердобольных вдов» при воспитательных домах Петербурга и Москвы, предшественниц сестер милосердия. Первое пособие по уходу за больными (учебник Х. Опеля, первого организатора службы сестринской помощи в России) на русском языке вышло в свет в 1822 г. В нем впервые давались основы деонтологии как учения о долге, профессиональном поведении, в котором описывались требования к нравственным качествам ухаживающего персонала.

В Санкт-Петербурге 9 марта 1844 г. была основана первая в России Свято-Троицкая община сестер милосердия по инициативе и на средства принцессы Терезии Ольденбургской (1815–1871), правнучки императора Павла I, стоявшей у истоков Российского Красного Креста, и великой княгини Александры Николаевны (24 июня — 10 августа 1844 г.), дочери Николая I. В апреле того же года был снят дом, в котором разместили 18 принятых на испытание сестер. В доме располагались отделение сестер милосердия, женская больница, пансион, приют, исправительная школа и отделение кающихся. Позже появилась и богадельня для неизлечимых больных. Женская больница принимала у себя бедных больных женщин разных возрастов и званий и представляла собой нечто вроде современного хосписа. В пансион, приют и детское исправительное отделение принимали только девочек. В приют принимали на уроки и приходящих девиц.

Таким образом, в России постепенно возникает организованная медицинская женская помощь. В Свято-Троицкой общине не только ухаживали, воспитывали, но и обучали (Е.В. Кинг, Т.И. Седердом и др.) сестер милосердия основным гигиеническим правилам ухода за больными, а также некоторым лечебным процедурам. «Если сестра удовлетворяет своему назначению, — писал историограф общины в 1864 г., — 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». Сестры милосердия общины принимали участие во всех событиях, связанных с военными действиями. Согласно уставу, в Свято-Троицкую общину сестер милосердия принимались вдовы и девицы 20—40 лет всех сословий и вероисповедания, но с 1855 г. — только православные. Всем поступившим давался годичный испытательный срок, затем проходила в торжественной обстановке церемония принятия в сестры милосердия. После литургии, совершенной митрополитом Санкт-Петербургским, на каждую принимаемую в сестры возлагался золотой крест, на одной стороне которого изображена Пресвятая Богородица с надписью «Всех скорбящих радость», а на другой — надпись «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 общины 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. Однако в истории общины не было такого случая.

Сестры милосердия принимали участие в Русско-японской войне (1904—1905), первой мировой войне (1914—1918), Крымской войне (1853—1856), Русско-турецкой войне (миссия Красного Креста в Яссах, 1877—1878).

Рассматривая историю сестринского дела через призму судеб исторических личностей, людей, делавших эту историю, преклоняемся перед их героизмом, милосердием, самопожертвованием во имя жизни больных и нуждающихся в помощи людей.

Примером героизма и самоотверженности во время Крымской войны является Даша Севастопольская — первая народная российская сестра милосердия (рис. 2).

Родилась Дарья в селе Ключищи под Казанью. Даша Севастопольская осталась сиротой в 13 лет — ее отец погиб на войне в битве при Синопском сражении, а мать давно умерла. Даша жила в большой

бедности в окрестностях Севастополя, на берегу большой бухты, в поселке под названием Сухая Балка. Это была маленькая, худенькая девочка, очень миловидная, с длинной толстой русой косой. Соседи недолюбливали Дашу, называли ее нерыхой, грубиянкой и лентяйкой, заступиться за нее было некому. Занималась Даша рукоделием и ходила поденно работать. Однажды от старого матроса услышала о надвигающейся войне. Матрос успокаивал Дашу, призывал к терпению, напоминал, что ее отец был героем и погиб за Родину. Обдумывая слова старого матроса, Даша приняла решение уйти на войну, если она начнется, и ухаживать за ранеными.



Рис. 2.

Дарья Михайлова

Неприятельский флот показался около крымских берегов 1 сентября 1854 г. Продав свое имущество за копейки, кроме дома, а именно за 19 руб. 35 коп. и получив в придачу по ее просьбе матросскую одежду, которую оставил в заклад какой-то матросик, и рваную простыню, Дарья переделалась юнгой и отправилась на войну. Во время обороны Севастополя никто не узнавал в ней девушку. Солдаты называли ее юнгой. Через семь дней в страшном сражении на берегу реки Альмы, под Севастополем, Дарья приняла свое первое сражение. Кругом взрывались бомбы, грохотали залпы выстрелов. «Матросик» на своей повозке проезжал взад и вперед от ужаса, охватившего его, пока не оказался в небольшой лощинке, защищавшей его от взрывов. В минуты затишья слышны были стоны, вопли, крики, и в лощинку стали приносить раненых: кто без руки, кто без ноги, кто раненый в голову. Очнувшись от страха, Даша бросилась к своей котомке, достала оттуда ножницы, тряпки и стала перевязывать солдат. К счастью, в повозке оказался и уксус, которым промывались раны. Так и образовался тут случайный перевязочный пункт, с которого перевозили раненых в лазарет. Вскоре подошел туда фельдшер и удивился, как работает «матросик». «Ты откуда, паренек?» — спросил фельдшер. «Я девушка Дарья из Сухой Балки», — ответил «паренек». Однако Дарья не только оказывала помощь, но и участвовала в боях и ходила в разведку.

Великий Пирогов Николай Иванович (1810—1881) в своих воспоминаниях о Дарье рассказывает, что «движимая милосердием своей женской натуры, она здесь на полях битвы и госпиталях с таким самопожертвованием помогала раненым, что обратила на себя внимание высшего начальства...».

Государь наградил Дарью золотой медалью на Владимирской ленте «За усердие», велел великим князьям (своим сыновьям) расцеловать ее, подарил 500 руб. и обещал еще 1 тыс. руб. на обустройство, когда она выйдет замуж, и обещание свое сдержал. Кстати сказать, по статусу золотой медалью «За усердие» награждались те, кто уже имел три медали — серебряные. Так, что царь высоко оценил подвиг Даши, девушки из народа.



Рис. 3.

Бюст Дарьи Михайловой
в нише здания панорамы
«Оборона Севастополя»

Семнадцатилетняя первая российская сестра милосердия, безвозмездно помогавшая страдалцам, применявшая для перевязки ран обычный уксус как средство дезинфекции, стала первой военной сестрой милосердия, русской патриоткой, легендарной личностью Крымской войны. Дашей Севастопольской окрестила ее благодарная народная молва.

В 1892 году она вернулась в родное село, но никого из родных там уже не осталось. Пожертвовав местному храму икону Николая Чудотворца, она уехала в село Шеланга в Татарстане и через полгода скончалась. Ее могила на местном кладбище не сохранилась. Но в Севастополе в 1995 г. впервые поставлен памятник первой народной российской сестре милосердия (рис. 3).

1.1.3. История создания и задачи сестринских общин в России

В 1854 году, во время Крымской войны была организована Крестовоздвиженская община великой княгиней Еленой Павловной Романовой, сестрой императора Николая I, с которой связан расцвет христианской женской медицинской помощи.

Великая княгиня Елена Павловна (1806—1873) (рис. 4), получив прекрасное образование в Париже, в 16 лет вышла замуж за великого князя Михаила Павловича, четвертого сына императора Павла I. Пятого ноября Елена Павловна собственноручно приколола Красный Крест на Андреевской ленте (рис. 5) каждой из 35 сестер Крестовоздвиженской общины, направлявшихся в Крым. В конце ноября 1854 г. первый отряд прибыл в Крым. За годы войны всего прибыло 300 человек.



Рис. 4. Великая княгиня Елена Павловна



Рис. 5.
Красный Крест



Рис. 6. Н.И. Пирогов

Крестовоздвиженская община попала в непосредственное подчинение Н.И. Пирогова (рис. 6). Пирогов первый в мире по предложению организовал и применил женский уход за ранеными.

Великий русский хирург Николай Иванович Пирогов родился 13 ноября 1810 г. в Москве в семье военного чиновника. В 14 лет поступил в Московский университет на медицинский факультет. В возрасте 26 лет Пирогов получил звание профессора и возглавил хирургическую клинику.

Врач-гуманист, великий медик, которому были присущи независимость, смелость и, когда надо, злоязычие, поэтому его так не жаловали в высших кругах. Его боялись и всячески противились вмешательству в Крымскую кампанию. Николай Иванович Пирогов по справедливости считается «отцом русской хирургии», создал топографо-анатомический атлас, является основоположником топографической анатомии, обеспечил прогресс и развитие хирургии. Пирогов первый в мире применил эфирный наркоз в условиях войны на поле сражения, в 1852 г. применил гипсовую повязку. Кроме того, дал классическое определение понятия «шок», создал учение о повязках, травмах, о местной очаговой инфекции задолго до открытий Л. Пастера, а именно в 1814 г. Н.И. Пирогов подчеркивал: «Сестра милосердия не должна быть православной монахиней. Она должна быть простая, богопочтительная женщина

с практическим рассудком и с хорошим техническим образованием, и при этом она должна сохранить чувствительное сердце».

Н.И. Пирогов разделил сестер на группы. Он первый применил понятие о специализации в работе сестер общины. Появились понятия «хозяйка», «аптекарьша», «перевязочные» и «операционные сестры», «старшая медсестра» вместо должности главной начальницы.

1.1.4. Заслуги русских сестер милосердия в сестринском деле

Н.И. Пирогов оценил способности первых русских сестер милосердия — настоятельниц общин Е.П. Карцеву, В. Щедрину, А. Стахович, Е. Меркулову, Е. Бакунину. Н.И. Пирогов отстаивал идею введения женского труда в госпиталях (до этого уход осуществляли в большей степени мужчины). Они в течение суток попеременно находились в госпиталях, кормили и поили чаем раненых и больных, выполняли миссию утешения умирающих, наблюдали за служителями и зрителями и даже за врачами-казнокрадами. Елизавета Петровна Карцева (рис. 7), приехавшая в Крым в 1855 г. и ставшая впоследствии одной из самых известных сестер, приложила много усилий вместе с Н.И. Пироговым в борьбе с госпитальными чиновниками — казнокрадами, которые



Рис. 7. Е.П. Карцева



Рис. 8. Е.М. Бакунина

обворовывали больных и раненых, присваивали средства государства, выделенные на содержание госпиталей. Знание личности больного, приобретенное постоянным уходом за ним, является главным достоинством сестры милосердия. Многие сестры милосердия умирали от тифа, были ранены и контужены, но безропотно переносили трудности и опасности, бескорыстно жертвуя собой.

Во главе Крестовоздвиженской общины встала интеллигентная, энергичная и влиятельная в высших сферах Екатерина Михайловна Бакунина (рис. 8).

Выросшая в холе и веселье, именитая аристократка, она работала в лазаретах как простая сиделка, кроткая и любящая; для сестер она была старшей среди равных, а как начальница — требовательная и строгая. Е.М. Бакунина неустанно объезжала самые отдаленные госпитали, лично проверяла запас медикаментов и провианта, входила во все помещения и одним своим приездом наводила страх на госпитальную администрацию. Смотрители и служители бледнели и тряслись, слушая ее разговор на французском языке с начальством. Е.М. Бакунина обратила внимание на страдания раненых, отправляемых в Россию зимой в одном холстинном платье с выдачей двух полушубков на четверых; у Перекопа полушубки отбирались и далее, где только начиналась суровая русская зима, больные следовали в том, в чем были, обмораживаясь и совсем замерзая по дороге. По ходатайству Бакуниной вместо холстинной одежды стали выдавать суконную. Она сама стала сопровождать транспорт раненых, разделяя вместе с ними все невзгоды пути, голодая, простужаясь и болея, но сделала свое дело: на этапах стали организовывать теплый ночлег, обеспечивать горячей пищей, сбитнем и давая уход сестер милосердия.

Женщина громадной силы воли, Бакунина была и женщиной великого смирения. Ранее долгое время она отказывалась быть старшей сестрой в своем отделении, исполняя работу рядовой сестры, любившей в свободные от очередных дежурств часы присесть на койку больного, побеседовать с ним и утешить. Екатерина Михайловна в приезд государя в армию отказывает себе в этом удовольствии, боясь, что будут говорить, что она ходит, чтобы встретить царя. Больших трудов стоит Н.И. Пирогову и великой княгине Елене Павловне уговорить Бакунину принять на себя должность настоятельницы общины. Она была убеждена, что не религиозные, а моральные принципы важны в уходе за больными и ранеными. С ней не была согласна великая княгиня Елена Павловна. В 1860 году Е. Бакуниной пришлось расстаться с Крестовоздвиженской общиной, которая в дальнейшем стала прообразом Российского общества Красного Креста (РОКК), созданного

в Петербурге в 1867 г. (его первоначальное название «Российское общество попечения о раненых и больных воинах», переименованное в РОКК в 1876 г.). Бакунина была первой на работе и уходила на отдых последней. Последней выходит она из разрушаемых градом бомб госпиталей, и только тогда, когда вывезен последний раненый, отправлено последнее казенное добро. Едва оправившись в Севастополе от тяжелой формы тифа, она идет на помощь меньшему брату Христа и едва сама не погибает. Сама глубоко верующая, возложившая на себя крест сестры милосердия после поста, молитвы, сердечной и серьезной исповеди и святого причастия, Екатерина Михайловна умела внушить руководимым ею сестрам понятие о высоте их служения, умела выбрать новых сестер и воспитать их в сознании святости этого служения. Она высоко поставила авторитет сестры милосердия и заставила всех уважать ее. По окончании войны по просьбе Великой княгини Елены Павловны Бакунина организует и устраивает жизнь постояльцев Крестовоздвиженской общины сестер милосердия уже не только для нужд войны, но и для мирного времени. И своими неустанными трудами, великой духовной мощью своего благородного сердца так поставила это учреждение, что оно послужило образцом для возникавших позже общин.

По выходе из общины в 1860 г. Екатерина Михайловна поселилась в своем наследственном имении — селении Козицыне Новоторжского уезда Тверской губернии. И здесь начинается новый светлый период ее деятельности на благо страждущих. В Козицыне она решила устроить на свои скромные средства лечебницу для больных крестьян. Рядом с барским домом скоро выросло деревянное здание, и в нем Екатерина Михайловна открывает сначала амбулаторный прием больных. При своем светлом уме и обширном разностороннем образовании она без труда пополняет свои практические знания по медицине чтением руководства. Но строгая к себе, она не доверяет своим познаниям и во всех серьезных случаях приглашает врача. Перед приездом врача она оповещала об этом людей по всем окрестным деревням, созывала самых тяжелых больных, рассказывала врачу о каждом и записывала его советы. В своей лечебнице организует аптеку с дешевыми лекарствами и устанавливает койки. Она приучила крестьян доверять не знахарям, а медицине.

Е.М. Бакунина является основоположницей сельской медицины. Ее заслугами является появление фельдшера в лечебнице, приглашение врача по три раза в месяц для лечения тяжелобольных. Екатерину Михайловну назначают попечительницей всех лечебниц. Участвуя в Русско-турецкой войне 1877 г. в возрасте 65 лет, она заболела сыпным тифом, но продолжала ухаживать за солдатами. Вернувшись в Козицыно, она продолжила свое дело, которое расширила, предоставляя землю

бесплатно под все больничные постройки. Этот период продолжался более 30 лет — до самой кончины Екатерины Михайловны Бакуниной.

Основные принципы формирования общин сестер милосердия были сформулированы только к 70-м гг. XIX в. Общины имели свой устав, утвержденный местным архиереем; туда 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), Иверскую, Александровскую и Марфо-Мариинскую (основатель — великая княгиня Елизавета Федоровна — преподобномученица, впоследствии канонизирована Русской православной церковью). Основоположницей Георгиевской общины сестер милосердия является Екатерина Петровна Карцева.

После революции в России существовало 109 общин, в которых насчитывалось около 10 тыс. сестер милосердия.

1.1.5. Заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле

Основоположницей сестринского дела в мире является Флоренс Найтингейл (12 мая 1820 г. — 13 августа 1910 г.) (рис. 9), английская сестра милосердия, итальянка по происхождению, получившая образование в Германии в школе медсестер, основанной в 1836 г. Ф. Флендером. В дневнике Флоренс 7 февраля 1837 г. появилась запись: «Сегодня Бог призвал меня на свою службу». Идея службы в госпитале пришла неожиданно, как озарение. Она стремилась к высшей цели: она «видела слезы, которые можно было осушить; пороки, которые следовало устранить; бедность, нуждающуюся в помощи». Флоренс Найтингейл в 20 лет решила стать сестрой милосердия, но женщины ее круга не могли и думать о профессии сестры. Флоренс понимала, что ее замысел категорически воспротивится семья; стремление девушки из светского общества стать больничной сиделкой могли счесть только безумием. В 1844 году она выбрала уход за больными в качестве профессии. Она верила, что, ухаживая за больными, она служит богу. Ее обучение проходило в 1850 г. в Германии в школе медсестер.

В марте 1854 г. началась кровопролитная война, получившая название Крымская, которую вела Россия с Англией, Францией, Италией и Турцией.

Флоренс Найтингейл занялась отбором медсестер. Она составила перечень жестких правил, соблюдение которых считалось для медсестер обязательным. Появление в госпитале женщин было воспринято врачами с большой неприязнью, первое время им запрещали входить в палаты.



Рис. 9. Флоренс Найтингейл
(12 мая 1820 г. — 13 августа 1910 г.)

В расчете на то, что медсестры не выдержат и уедут, врачи поручали им самую грязную работу и самых безнадежных больных. В течение двух лет Флоренс Найтингейл вместе с 38 сестрами работала в Скутари, в Турции, в бараке, где находились 2300 раненых и больных. Выхаживая их, она добилась снижения смертности с 42 до 2%. На собственные 30 тыс. фунтов, привезенных из Англии, мисс Найтингейл приобрела оборудование и обеспечила госпиталь продуктами питания. Ежедневно она по многу часов проводила в палатах; едва можно было найти раненого, которого она обошла бы вниманием и заботой. После Крымской войны за свои деньги Ф. Найтингейл в 1856 г. поставила на высокой горе под Балаклавой, в Крыму, большой крест из белого мрамора.

В Лондоне 26 июня 1860 г. при больнице Святого Фомы на средства от сбора пожертвований была открыта первая трехгодичная Найтингейльская испытательная школа сестер милосердия для подготовки медсестер нового типа. Все программы обучения были разработаны лично мисс Найтингейл. По окончании школы сестры давали клятву (обязательство) Ф. Найтингейл.

Обязательство Флоренс 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 известными в ходе моей практики.

С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе».

За свою жизнь Ф. Найтингейл написала более 200 статей, книг, однако значительное место занимает ее последняя книга «Записки об уходе», которая современна и сегодня, в которой Ф. Найтингейл дала определение понятия «сестринское дело», показала его отличие от врачебного дела; она создала модель сестринского дела, т.е. теорию, которую преподавали в первых сестринских школах Европы и Америки. Ф. Найтингейл умерла 13 августа 1910 г., а год спустя в Лондоне ей был воздвигнут памятник. Ее имя стало символом милосердия.



Рис. 10. Медаль им. Флоренс Найтингейл

Каждые два года Международный комитет Красного Креста (МККК) присуждает в день ее рождения 50 медалей ее имени. Медаль Ф. Найтингейл (рис. 10) является высшей наградой для медицинских сестер, активистов Красного Креста и Красного Полумесяца. 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».

За подвиги и мужество, проявленные в годы Второй мировой войны, 46 русских сестер милосердия были награждены медалью имени Флоренс Найтингейл.

1.1.6. Примеры самоотверженности и героизма в сестринском деле в России

В России живой легендой Великой Отечественной войны, дожившей до наших дней, осталась только одна медицинская сестра, удостоенная чести носить эту почетную награду Международного комитета Красного Креста — Демина Екатерина Илларионовна.

Легендарная разведчица, Герой Советского Союза, Екатерина Демина родилась 22 декабря 1925 г. в Ленинграде. Отец был военным, мать работала врачом. Лишившись в раннем возрасте обоих родителей, девочка воспитывалась в детском доме. В 1941 году она окончила девять классов и курсы медсестер (рис. 11). В день, когда началась война (22 июня 1941 г.), Катя ехала в Брест на каникулы к своему брату, летчику. Поезд попал под бомбежку, и ей пришлось пешком добираться до Смоленска. Екатерина пришла в военкомат и, прибавив к своему 15-летнему возрасту еще два года, добилась зачисления в Красную Армию и отправки на фронт. С января 1942 г. она служила на военно-санитарном судне «Красная Москва», переправлявшем раненых из Сталинграда в Красноводск. Там ей было присвоено звание главного старшины, за образцовую службу вручен знак «Отличник Военно-Морского Флота». После завершения Сталинградской битвы Екатерину



Рис. 11. Екатерина Демина

по ее просьбе зачислили санинструктором в 369-й отдельный батальон морской пехоты, сформировавшийся в феврале 1943 г. из добровольцев в Баку. Батальон входил в состав Азовской, а затем Дунайской военных флотилий. С этим батальоном, получившим впоследствии почетное наименование «Керченский Краснознаменный», Катя Михайлова с боями прошла по водам и берегам Кавказа и Крыма, Азовского и Черного морей, Днестра и Дуная, с освободительной миссией — по земле Румынии, Болгарии, Венгрии, Югославии, Чехословакии и Австрии. Вместе с бойцами батальона вступала в бой, отбивала контратаки врага, выносила с поля боя раненых, оказывала им первую помощь. Трижды сама была ранена.

В декабре 1944 г. в битве за крепость Илок на границе Венгрии и Югославии Катя Михайлова была ранена, и ее, ослабевшую от потери крови и воспаления легких, почти в безнадежном состоянии переправили в госпиталь. После выздоровления она вновь вернулась в строй. В составе 369-го батальона морской пехоты она сражалась за Имперский мост в австрийской столице — Вене. Здесь она отпраздновала Победу 9 мая 1945 г.



Рис. 12.

Екатерина Илларионовна
Демина (девичья фамилия
Михайлова) в возрасте
85 лет

В ноябре 1945 г. Екатерина Михайлова демобилизовалась и вернулась в Ленинград. В 1950 году окончила 2-й Ленинградский медицинский институт; 36 лет трудилась врачом, заведующей лабораторией на заводе Минатома в г. Электростали, потом в г. Москве. В 1985 году ушла на пенсию. За мужество и героизм в годы войны Екатерина Михайлова награждена многими орденами и медалями. Ей 85 лет, имеет звезду Героя Советского Союза, орден Ленина, два ордена Красного Знамени, два ордена Отечественной войны, орден Андрея Первозванного — всего восемь орденов и 31 медаль (рис. 12). В 1961 году ей была вручена самая почетная награда Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца — медаль «Флоренс Найтингейл».

О ней по сценарию Сергея Смирнова режиссер Виктор Лисакович в 1964 г. снял документальный фильм «Катюша», которому была присуждена международная награда «Золотой голубь мира» и приз Международного кинофестиваля в Лейпциге. В 2008 году был снят документальный фильм «Катюша большая и маленькая», восстанавливающий события 1964 г., когда снимали первый документальный фильм о Деминной (авторы фильма — Ткачев и Фирсова). Она награждена юбилейной медалью в честь 65-летия победы в Великой Отечественной войне.

1.1.7. История развития организаций Красного Креста и Красного Полумесяца

В октябре 1863 г. в Швейцарии на заседании Женевского общества общественной пользы, в котором участвовали представители 16 стран мира, обсуждалось предложение А. Дюнан (1828—1910) об учреждении Общества Красного Креста. 22 августа 1864 г. подписана конвенция об оказании помощи раненым солдатам во время военных действий. Организован Международный комитет помощи раненым, который переименован в 1876 г. в Международный комитет Красного Креста. В этом же году возник и Российский комитет Красного Креста.

Международный комитет Красного Креста — это частное независимое швейцарское объединение, но по характеру своей миссии, закрепленной в Женевских конвенциях, является международной организацией. Его штаб-квартира находится в Женеве.

Существуют также национальные общества Красного Креста и Красного полумесяца.

За свою деятельность МККК был удостоен четырех Нобелевских премий. Анри Дюнан (рис. 13), основатель МККК, получил первую Нобелевскую премию мира. За период 1919—1944 гг. В 1896 году он писал: «...если сегодня Красный Крест охватывает мир, то это благодаря примеру, поданному во время войны в Крыму Ее Императорским Высочеством Великой княгиней Еленой Павловной...»

МККК награждался за гуманитарную деятельность в период мировых войн, а в 1963 г. вместе с Лигой обществ Красного Креста и Красного Полумесяца — к 100-летию юбилею движения. В качестве отличительного знака (символа) был выбран швейцарский флаг на белом фоне, в дальнейшем появился красный крест на белом фоне (рис. 14) как негатив швейцарского флага.

Общество Красный Полумесяц является мусульманским аналогом Красного Креста. Представители других религий отнеслись к этой



Рис. 13. Жан Анри Дюнан



Рис. 14. Символ (знак) Российского Красного Креста

проблеме спокойно, никого из них не возмущала эмблема с христианским символом. Существует и другая эмблема — красный крест на белом фоне и полумесяц. Это эмблема Международной федерации, созданной в 1919 г. по инициативе Англии, Франции и США. В ней работают представители всех стран мира (раньше она называлась Лигой обществ Красного Креста и Красного Полумесяца). Федерация работает очень оперативно, на добровольных началах, особенно во время стихийных бедствий или вооруженных конфликтов. Зарплату получают только «штатные единицы» — командир отряда и его заместители.

Общество Красного Креста в России прошло все этапы становления: после революции претерпело ликвидацию, в 1921 г. — признание и возрождение в 1925 г.

В 1938 году имущество Красного Креста передано различным наркоматам.

Тем не менее деятельность общества в 1930-е гг. была кипучей. Появились отряды ГСО (готов к санитарной обороне) для взрослых и БГСО (будь готов к санитарной обороне) — для детей. Возникли санитарные дружины, санитарные посты, население обучалось элементам ухода, оказанию доврачебной помощи, организованы курсы сестер запаса. В 1934 году издано первое Руководство для курсов сестер запаса.

Во время военных конфликтов России с Японией у озера Хасан (1938), на реке Халхин-Гол (1939), а также в период войны с Финляндией (1939—1940) медицинские сестры, окончившие эти курсы, проявляли героизм и мужество при выполнении своих профессиональных обязанностей.

В период Великой Отечественной войны потребность в медицинских сестрах резко возросла, поэтому Народным комиссариатом здравоохранения СССР были приняты меры по ускоренной подготовке специалистов со средним медицинским образованием. Только за первые шесть месяцев войны Обществом Красного Креста было подготовлено 106 тыс. медицинских сестер и 100 тыс. санитарных дружинниц. А за весь период войны организации Красного Креста подготовили более 280 тыс. медицинских сестер, около 500 тыс. санитарных дружинниц и 36 тыс. санитарок.

Современные медицинские сестры, акушерки, фельдшеры бережно относятся к историческому наследию, развивают и приумножают их подвиги при оказании помощи пострадавшим от войн, стихийных бедствий, эпидемий, по зову сердца участвуют в волонтерском движении, уважая социальные, культурные и религиозные различия разных народов.

1.1.8. Решения Международной научно-практической конференции по реформе сестринского дела в России (Голицыно, 1993)

На Первой научно-практической конференции в рамках международного проекта «Новые сестры для новой России», состоявшейся 27 июля — 14 августа 1993 г. в Голицыно, вводятся новые термины и понятия в сестринское образование, принята философия сестринского дела, положившая начало реформированию сестринского дела в России.

Согласно международной договоренности, философия сестринского дела базируется на четырех основных понятиях:

- 1) пациент;
- 2) сестра, сестринское дело;
- 3) окружающая среда;
- 4) здоровье.

Пациент — человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его.

Сестра — специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу.

Сестринское дело — часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем; наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Окружающая среда — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье — динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации. Средство жизни.

Основными этическими принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству, правам человека.

Реализация этих принципов зависит от взаимодействия медицинских работников, пациента и общества. Эти принципы предусматривают ответственность медицинских работников перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинскими работниками. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издания законодательных актов.

Еще в клятве Гиппократа этический принцип — *уважение к жизни* — звучит так: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства

и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария».

Достоинство как этический принцип формируется в человеке тогда, когда он сам уважает высокие моральные качества личности и всю жизнь соответствует им, осознает свою ответственность перед собой как личностью, занимающей определенное место в мире.

Уважая *права человека*, пациента, его жизненные ценности, обычаи, убеждения, возраст, национальность, медицинские работники обязаны внимательно и по-партнерски относиться к пациентам, сотрудничать с ними для достижения главной цели — здоровья.

Первый кодекс прав пациента был принят в США в 1972 г. В России права пациентов закреплены в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, вступивших впервые в действие в 1993 г.

1.1.9. Реформа сестринского дела в России, ее развитие

Реформа сестринского дела в России началась в 1993 г. На протяжении нескольких десятилетий в России вопросам сестринского дела не уделялось должного внимания. Развитие сестринских технологий с учетом современной науки в развитых странах привело к резкому отставанию сестринского дела в России.

Предпосылками реформы являются: негативные медико-демографические процессы, в особенности — снижение рождаемости и старение населения; ухудшение состояния здоровья населения; хронизация патологических процессов в организме; распространение новых заболеваний, таких как ВИЧ; увеличение стоимости медицинских услуг. Постепенно снижается обеспеченность лечебно-профилактических организаций сестринским персоналом. Двухступенчатый метод обслуживания больных (врач, медицинская сестра) привел к снижению профессиональной компетенции медицинских сестер, выполнению не свойственных им функций. Снижается обеспеченность ЛПО лекарственными средствами, предметами ухода, инструментарием. Увеличивается дисбаланс в соотношении между врачами и медицинскими сестрами, как следствие, ухудшение качества оказываемой помощи и ухода (считается, что оптимальное соотношение между врачами и медицинскими сестрами равно 1:4).

Постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» предусмотрено осуществление

реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений.

Сущность реформы сестринского дела заключается в осуществлении необходимых изменений в кадровой политике на основе научно обоснованных подходов к планированию, подготовке и использованию сестринских кадров; обеспечении рационального соотношения и партнерства между врачами и сестринским персоналом; возрождении категории младшего медицинского персонала; организации новых видов помощи, связанных не только с болезнями или патологическими состояниями, но и с проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья, профилактики заболеваний. В настоящее время в России изучается международный опыт, проводится его глубокий анализ, коррекция и адаптация к социально-экономическим условиям нашей страны с учетом национальных традиций.

1.1.10. Концепция и программа развития сестринского дела в России

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2001 г. № 4 утверждена отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации до 2020 г., отражающая сущность реформы сестринского дела. Концепция развития системы здравоохранения определила новые требования к модернизации и развитию сестринского дела, приоритетные направления государственной политики: сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. Концепция развития системы здравоохранения отметила, что эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

- 1) совершенствование организационной системы, позволяющей сформировать здоровый образ жизни населения, оказание качественной бесплатной медицинской помощи (в рамках государственных гарантий) всем гражданам РФ;
- 2) развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения системы здравоохранения на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;
- 3) наличием достаточного количества медицинских кадров, способных решать задачи системы здравоохранения РФ.

1.1.11. Цели, задачи, основные направления реформы сестринского дела

Основными целями и задачами реформы сестринского дела являются:

1) формирование оптимальных условий для повышения эффективности и усиления роли средних медицинских работников, совершенствование системы управления;

2) создание новой концептуальной российской модели сестринского дела. В каждой модели отражаются основные принципы первичной медико-социальной помощи;

3) внедрение новых технологий в сестринском деле, биоэтических, профессиональных подходов, способных удовлетворить потребность населения в доступной медицинской помощи;

4) усиление профилактической направленности здравоохранения;

5) проведение системных преобразований в сестринском деле — в области образования, научных исследованиях, практическом здравоохранении, содействие и развитие профессиональных сестринских ассоциаций;

6) повышение статуса сестринского персонала как профессионального, так и социального, обеспечение социальной защищенности специалистов сестринского дела и многое другое.

Основными направлениями реформы сестринского дела, реализации отраслевой программы являются:

1) нормативно-правовое обеспечение сестринской деятельности, охрана труда в учреждениях здравоохранения;

2) создание стандартов (протоколов профессиональной сестринской деятельности), их апробация и дальнейшее внедрение в практику;

3) разработка методических рекомендаций по ведению сестринского процесса как научного метода организации сестринской практики, ведения сестринской документации, наблюдения за пациентом;

4) разработка методических рекомендаций по пересмотру дифференцированной нагрузки на сестринский персонал ЛПО;

5) пересмотр методики оплаты труда специальности «Сестринское дело» в зависимости от качества, объема выполняемой работы и уровня образования на основе новых технологий сестринского дела.

1.1.12. Современное определение сестринского дела

Понятие «сестринское дело» сравнительно недавно вошло в наш профессиональный язык. Впервые официально это понятие в нашей

стране было введено в 1988 г., когда в номенклатуре образования специальностей в сфере здравоохранения место «медсестринской» специальности заняла специальность «Сестринское дело». В связи с этим в содержании базовой подготовки медицинских сестер возникла новая учебная дисциплина «Основы сестринского дела». Введение любого нового понятия в профессиональную терминологию предполагает его точное определение.

Существует много определений понятия «сестринское дело». На совещании национальных представителей Международного совета сестер (Новая Зеландия, 1987) было дано такое определение этого понятия: «...сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи лицам, имеющим психические и физические заболевания, а также нетрудоспособным всех групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому».

Автором современного российского определения понятия «сестринское дело» является Галина Михайловна Перфильева. Она дополнила и переработала определения, существовавшие до 1993 г. По ее инициативе в 1993 г. началось реформирование сестринского дела. Она выявила закономерности развития сестринского дела в зависимости от культурных традиций, развития экономики, успехов здравоохранения, науки и других социально-экономических факторов и дала новое, современное определение сестринского дела: сестринское дело — важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи, это часть медицинского ухода за пациентом, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Галина Михайловна Перфильева стала первым доктором медицинских наук, защитившим кандидатскую и докторскую диссертации в области теории и практики сестринского дела, профессором, первым деканом факультета высшего сестринского образования. Медицинская сестра — это ее первая профессия. Она является инициатором создания высшего сестринского образования в России, многоуровневой подготовки медицинских сестер (училище, колледж, вуз).

В настоящее время Галина Михайловна планирует и контролирует конкретные направления в развитии сестринского дела, участвует

в разработке государственной программы развития сестринского дела, разрабатывает теорию сестринского процесса и пути его внедрения в сестринскую практику. Она отстаивает авторитет профессии медицинской сестры. Под редакцией Галины Михайловны издается серия учебной литературы, в том числе и «Образование медицинской сестры» при поддержке Канадского агентства международного развития. При деятельном участии Г.М. Перфильевой развивается международное сотрудничество российских специалистов сестринского дела с зарубежными коллегами. Она руководит программой «Кадровые ресурсы здравоохранения» европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Галина Михайловна принимает активное участие в развитии концепции семейной медсестры, в содействии здоровому образу жизни (ЗОЖ), снижении распространенности инфекционных заболеваний, укреплении психического здоровья, в вопросах удовлетворения потребностей населения пожилого и старческого возраста.

1.1.13. Задача и функции медицинской сестры в практическом здравоохранении

Сестринское дело решает следующие задачи в здравоохранении:

- 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.

Создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

Главная задача сестринского дела — помочь отдельным лицам, семьям или группам населения в определении и реализации их физического, психического и социального потенциала с учетом неблагоприятных для человека условий жизни и работы. Сестринское дело

направлено на человека, на его выживание, на обеспечение комфорта, возвращение гармонии.

Функции медицинской сестры в практическом здравоохранении определяются Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) по сестринскому делу:

- 1) осуществление сестринского ухода в рамках сестринского процесса. Это проведение профилактических мероприятий, сестринских вмешательств, связанных с реабилитацией, психологической поддержкой пациентов.
- 2) обучение пациентов самоуходу в рамках сестринского процесса, а также сестринского персонала и всех, кто участвует в уходе.
- 3) исполнение сестрой зависимой и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента в рамках сестринского процесса.
- 4) развитие сестринской практики с помощью исследовательской деятельности.

Выполняя эти функции в практическом здравоохранении, медицинские сестры повышают престиж профессии, реализуют себя как личности, способствуют развитию сестринского дела.

Миссией сестринского дела является обеспечение высокого профессионального уровня подготовки специалистов сестринского дела, формирование гражданских нравственных качеств личности в условиях единого образовательного пространства и динамично меняющихся потребностей рынка труда.

Современная система образования дает возможность среднему медицинскому работнику реализовать себя в различных сферах профессиональной деятельности, выполняя функции от исполнителей до руководителей. Появление новых должностей дает возможность экономить затраты рабочего времени, например, введение должности «сестра-координатор» позволяет экономить затраты рабочего времени не только палатной, старшей медсестры, но и заведующего отделением. Приказом Минздрава России от 26 февраля 2002 г. № 65 введена должность главного специалиста по сестринскому делу. Первый выпуск специалистов с высшим сестринским образованием состоялся в 1995 г.

В настоящее время действуют стандарты третьего поколения, которые состоят из модулей и дисциплин. Изучение модулей и дисциплин в пределах стандарта дает возможность освоить и развить все профессиональные и общие компетенции, которые определены каждым из стандартов.

Такой подход к изучению модулей и дисциплин стандартов начального и среднего профессионального образования поможет освоить

и получить соответствующие квалификации, например: «Младшая медицинская сестра по уходу за больными», «Медицинская сестра», «Фельдшер скорой помощи», «Акушерка» и др.

В настоящее время в Российской Федерации выходят новые периодические издания для преподавателей учебных медицинских заведений, практических врачей, медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, организаторов и других работников здравоохранения. Это способствует накоплению бесценного опыта по реформированию сестринского дела, изучению и внедрению в практическое здравоохранение инноваций, восполнению существующего дефицита информации.

Периодические издания для средних медицинских работников становятся все более популярными — это журналы: «Медицинская помощь» (1993); «Сестринское дело» (1995); «Медицинская сестра», (1999); «Сестра милосердия» (2001); «Медсестра» (2005) и др.

Таким образом, выполнение поставленных задач и функций медицинской сестры в практическом здравоохранении, а также создание многоуровневой системы профессионального образования способствуют карьерному росту сестринских кадров, повышению престижа профессии и являются предпосылкой для быстрого развития сестринского дела, профессиональных общественных объединений.

1.1.14. Роль, цели и задачи Ассоциации медицинских сестер России

В большинстве городов России были традиционно образованы городские советы медицинских сестер, где обсуждались проблемы сестринской практики. Однако не ощущалось реальной поддержки вышестоящих инстанций, так как советы медицинских сестер были подведомственными организациями.

Первой ассоциацией, созданной в России 20 мая 1992 г., является Московская ассоциация медицинских сестер (МАМС). Ассоциация медицинских сестер России (РАМС) основана в том же 1992 г., 11 октября, в Санкт-Петербурге, устав которой зарегистрирован 24 июня 1994 г. После регистрации РАМС сменила название на Межрегиональную ассоциацию медицинских сестер России. Это самостоятельная профессиональная организация, которая сотрудничает с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, участвует в подготовке проектов развития здравоохранения в России, занимается подготовкой сестринских кадров, защитой профессиональных прав, улучшением условий труда, решают вопросы повышения заработной платы и т.д.

Данная организация не дублирует работу профсоюза медицинских работников или иных общественных организаций, а имеет своей целью совершенствование трех направлений:

- 1) поднятие престижа профессии медицинской сестры, защита профессиональных прав;
- 2) улучшение условий труда и повышение заработной платы;
- 3) разработка стандартов, образование медицинских сестер, в том числе и повышение квалификации практикующих медсестер.

Среди долгосрочных целей наибольшую важность представляют научные исследования и разработки в области сестринского дела, создание практических стандартов.

Важнейшим документом, инициатором создания которого является Ассоциация, считается Этический кодекс медицинской сестры России, принятый в 1997 г. Уже более 20 лет президентом ассоциации является Валентина Антоновна Саркисова.

Под эгидой Ассоциации прошли российско-американские семинары по проблемам финансирования издательской деятельности, привлечения новых членов Ассоциации.

В 1998 году были приняты Стандарты практической деятельности медицинской сестры, активно развивается сестринское дело. Ежегодно в различных городах России проводится Всероссийский форум медицинских сестер, на котором выбирают лучших медицинских сестер России, разрабатывают стратегии развития организации и различные проекты развития.

Сестринские ассоциации в развитых странах добились многих привилегий для своих членов. На Западе медсестра действует в рамках закона параллельно с врачом, не подменяя его и работая с ним в одной команде. Главным координирующим органом в области международного сестринского дела в настоящее время является Международный совет медицинских сестер (в Женеве), созданный в 1899 г. и объединяющий сестринские ассоциации более чем 132 стран. В состав Совета входит более 13 млн медицинских сестер всего мира. Им провозглашена концепция универсальных стандартов, так как потребности в сестринских услугах во всех странах одинаковы. Разработан Кодекс медицинских сестер, который рассматривает этические вопросы сестринской деятельности во всем мире и многие руководства, положения, благодаря которым задается необходимый уровень профессиональной ответственности и сестринской помощи в целом. Символом Совета является знак «белое сердце», которое объединяет медицинских сестер всего мира. Белый цвет, цвет милосердия, ассоциируется с заботой, чистотой, комфортом.

В настоящее время в России существует около 55 региональных сестринских ассоциаций, объединяющих около 140 тыс. членов ассоциаций. В 2002 году организация переименована в Национальное объединение медсестер. Таким образом, она приобрела право выступать на международном уровне, а с 2005 г. — участвовать в Международном совете медицинских сестер. Это способствует современному развитию сестринского дела в уходе, стандартизации сестринской практики, влияет на политику в области сестринского дела и многое другое.

Но до сих пор у нашей медицинской сестры нет никаких законных прав на самостоятельность. Определение сегодняшних категорий весьма условно, потому что определяющая роль в организации деятельности принадлежит руководителям сестринских служб — начиная со старших медицинских сестер. Таким образом, роль специалистов со средним и высшим образованием занимает важное место в системе российского здравоохранения, и качество, и эффективность предоставляемых услуг населению зависят от соответствующей подготовки и профессиональной компетенции управленческих кадров в сестринском деле.

1.1.15. Стандартизация в сестринском деле

В настоящее время в России экспертиза качества медицинской помощи базируется на оценке работы врачей, а не медсестер. Сегодня в России отсутствует система контроля качества работы среднего медицинского работника, так как управление качеством возможно только при наличии стандартов. В противном случае оценка качества работы является субъективной и не отвечает требованиям времени.

Опираясь на определения, принятые Международной организацией по стандартизации (ИСО) и Европейской экономической комиссией ООН (ЕЭК ООН), принципы и подходы к выработке стандартов и учитывая российский и зарубежный опыт, можно утверждать, что стандарт — это эталон, образец, единый и обязательный, научно обоснованный, принимаемый за исходное для сопоставления с ним других подобных объектов, действий и т.п., это нормативно-технический документ, устанавливающий основные требования к качеству услуг.

Стандартом может быть норма, модель. Например, норма поведения медицинской сестры отражена в Этическом кодексе медицинской сестры и является стандартом поведения. Модель сестринского дела — это направление на достижение цели, например профессиональная модель для применения в сестринском деле.

В сестринском деле рекомендуется применять следующие виды стандартов:

- 1) стандарты структуры (управленческие);
- 2) стандарты процесса (технологии выполнения простых медицинских услуг, протоколы ведения больных);
- 3) стандарты результата (реакций пациента на действия медицинской сестры);
- 4) стандарты содержания (сестринская деятельность по отношению к врачу, пациенту или его родственникам, а также описание принимаемых основных решений по всем вопросам сестринского дела).

В России первым элементом систематизации в сфере медицинских услуг является Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги», который введен в действие приказом Минздрава России от 22 декабря 1998 г. № 374 и актуализирован приказом Минздрава России от 10 апреля 2001 г. № 113.

В 2003 году принята программа развития системы стандартизации в здравоохранении на 2003—2007 гг., а с 1 января 2008 г. создан и введен национальный стандарт Российской Федерации «Технологии выполнения простых медицинских услуг». Правила построения, изложения, оформления и обозначения соответствуют ГОСТ 1.5—2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные Российской Федерации».

Структура данного стандарта состоит из общего положения, описываются область применения, цели и задачи их стандартизации, структура и правила заполнения разделов стандарта, а также критерии оценки медицинских технологий и перечень условий оказания и функционального назначения медицинских услуг.

Впервые отраслевые федеральные стандарты действуют с 2002 г., например ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни», «Протокол ведения больных. Чесотка», 2003 г. и др. Примером региональных стандартов могут быть стандарты, утвержденные на региональном уровне, например «Профилактика внутрибольничной инфекции» и др.

Следует учитывать, что попытки стандартизовать лечебный процесс, сестринский процесс вызывают определенное негативное отношение у многих клиницистов, сестринского персонала. Слово «стандарт» подразумевает наличие стандартных ситуаций, заболеваний и пациентов, которых, как известно, не бывает.

Значение стандартов. Стандарты являются инструментом управленческой деятельности, благодаря чему сокращается время оказания

помощи и ухода, улучшается качество оказываемой помощи, объективно оценивается труд медицинской сестры.

Стандарты позволяют объективно оценивать качество работы. Каждое действие стандарта поддается количественному учету, например, в баллах, процентах. Требования государства по организации работы в этой области оговорены в приказе Министерства здравоохранения РФ от 19 января 1998 г. № 12/2 «Об организации работы по стандартизации в здравоохранении» и Основных положениях стандартизации в здравоохранении. Сегодня применение стандартов регулируется законом.

1.1.16. Оценка качества работы медицинской сестры

Обеспечение высокого качества сестринского ухода является одной из важнейших задач сестринского дела в России.

Качество медицинской помощи и ухода рекомендуют оценивать по следующим показателям:

- выполнение профессиональных функций по стандарту;
- использование ресурсов;
- снижение риска для пациента в результате сестринской помощи;
- удовлетворенность пациента сестринской помощью, уходом.

Каждый компонент должен содержать множество критериев и оценок качества ухода, важнейшими из которых являются:

- выполнение требований санитарно-эпидемиологического надзора;
- своевременность выполнения врачебных назначений;
- своевременность и правильное оказание сестринской помощи;
- своевременность и правильное оказание доврачебной помощи;
- сохранение медицинской тайны;
- соблюдение требований Этического кодекса медицинской сестры, принципов медицинской этики и деонтологии;
- организация работы по утвержденным в установленном порядке медико-технологическим протоколам (алгоритмам) сестринских манипуляций;
- соблюдение назначенного режима питания;
- организация обучения, проведение бесед, консультирования пациентов и членов их семей;
- осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровья пациентов.

Эти и многие другие отдельные критерии рекомендуется применять для создания системы по оценке качества работы медицинской

сестры на каждом рабочем месте. Сегодня основной задачей коллективов ЛПО является создание единой системы оценки качества в работе медицинской сестры, фельдшера, акушерки. Для этого необходимо:

- провести стандартизацию рабочих мест в соответствии с требованиями стандартов с учетом ресурсов;
- создать эффективные стандарты качества сестринской помощи и ухода, разработать и внедрить в деятельность ЛПО критерии контроля качества на каждом рабочем месте;
- проводить анализ ошибок по принципу «хорошую работу можно сделать еще лучше», отказываясь от мнения, что невозможно работать без ошибок. Главная цель работы над ошибками — не наказание, а обучение медицинских сестер с целью исправления ошибок, создание доброжелательной атмосферы в коллективе.

О качестве работы могут свидетельствовать многие критерии, как объективные (статистические), так и субъективные (собеседования с пациентами, их родственниками, коллегами). Очень важно, чтобы достойное качество сестринской работы поощрялось и вознаграждалось.

Таким образом, обеспечение высокого качества сестринской деятельности требует от руководителей и организаторов сестринского дела выполнения комплекса организационных, регламентирующих и воспитательных мероприятий, обучения, контроля, достаточного оснащения рабочих мест, лекарственного обеспечения и др.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Чем отличаются новые определения сестринского дела от определения, данного Флоренс Найтингейл в 1860 г. в книге «Записки об уходе»?
2. Когда возникло сестринское дело в России?
3. В чем заключаются основные задачи Всемирной организации здравоохранения?
4. Назовите дату создания Союза общества Красного Креста и Красного Полумесяца.
5. Перечислите основные направления реформирования сестринского дела в России.
6. Расскажите о задачах Ассоциации российских медицинских сестер.
7. Назовите основную цель любой профессиональной деятельности.
8. Расскажите о зарубежном опыте стандартизации сестринской деятельности.
9. Назовите дату введения национального стандарта РФ «Технологии выполнения простых медицинских услуг» и объясните, для чего он нужен.
10. Расскажите о структуре национального стандарта РФ.

1.2. ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

*Медицина, не основанная на философии,
не может быть надежной.*

Ф. Бекон

Основное понятие	Определение
Философия сестринского дела	Часть общей философии, представляющая систему взглядов на взаимоотношения между медицинской сестрой и пациентом, обществом и окружающей средой, основанная на общечеловеческих принципах этики и морали
Пациент	Человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его
Сестра	Специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу
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; часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды
Окружающая среда	Совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека
Здоровье	Динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации. Средство жизни. По терминологии ВОЗ: состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только состояние отсутствия болезней. Характеризуется полной трудоспособностью, трудовым долголетием, социальной и экономической активностью
Ятрогении	Все последствия отрицательного медицинского воздействия (или болезни, связанные с врачеванием)
Медицина	Наука о болезнях человека и об их лечении
Этика	Учение о нравственности, означает систему непротиворечивых суждений о смысле и назначении морали

Мораль	Совокупность принципов и норм поведения людей в обществе
Концепция	Теоретически обоснованная система взглядов и представлений, определенный способ понимания каких-либо видов деятельности, конструктивных принципов построения системы государственно-общественного построения здравоохранения
Этический кодекс медицинских сестер	Этические принципы, сформулированные представителями сестринской профессии для своих коллег в каждой стране. Он излагает основные принципы поведения и оценки действий сестры, отражает основные цели, обязанности и ценности в профессии медсестры
Биомедицинская этика	Изучение этических аспектов проблемных ситуаций в современной медицине и биологии (эвтанази, трансплантации органов, стерилизации и т.п.); это проблема прав человека в современной медицине
Медицинская тайна	Соблюдение ее касается врачей и медицинских работников ЛПО. Нельзя в присутствии больных обсуждать поставленный диагноз, план лечения, говорить о заболевании соседей по палате, подвергать сомнению правильность проводимого лечения, разглашать диагноз заболевания
Эвтаназия	В переводе с греческого означает «хорошая», «легкая» или «благая» смерть. Это преднамеренное прерывание жизни неизлечимо больного пациента с целью прекращения его страданий или оказания ему медицинской помощи, носящей паллиативный характер
Паллиативная помощь	От фр. <i>palliatif</i> , от лат. <i>pallium</i> — покрывало, плащ. Это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким. Паллиативная помощь отличается от паллиативной медицины и включает в себя последнюю
Паллиативная медицина	Раздел медицины, задачей которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны (паллиативные операции по поводу неоперабельного рака, обезболивание, купирование тягостных симптомов)
Геномика, или генная инженерия	Изучает и применяет такие методы генетики, которые позволяют конструировать новые, не существующие в природе сочетания генов

1.2.1. Понятие философии сестринского дела

Философия (от греч. «люблю» и «мудрость», любовь к мудрости) — 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 с целью формирования целостного взгляда на мир и на место человека в этом мире.

Из философии мы заимствуем формы мышления (размышляя закономерно, мы находим внутреннюю связь явлений) и другие философские категории (ищем причину, сущность явлений и т.д.), без которых не может обойтись ни одна наука. Философия как наука возникла около трех тысячелетий назад. Различают политическую философию, философию семейной жизни, философию медицины и др. Философия всегда формировалась на различных морально-этических принципах, правилах и формировала систему ценностей той или иной эпохи.

Известно, что в древности многие врачи были известными философами. Это Гиппократ, Авиценна, Гален и др.

В медицине считалось, что от философского мировоззрения врача зависит успех врачевания. Отец медицины Гиппократ считал, что врач-философ должен обладать знаниями и интуицией, и тогда он сравним с богом: «Врач-философ подобен богу», — говорил Гиппократ. Не каждая философия, по Гиппократу, должна быть применена в медицине. Духовные ценности, мировоззрение человека должны опираться на факты, наблюдения, опыт, так считал Гиппократ, т.е. на законы, закономерности с их причинно-следственными связями.

«Медицина и философия бесполезны, если первая не излечивает тело, а вторая душу», — так говорил греческий философ Эпикур.

Современная философия определяет систему духовных ценностей, позволяющую отвечать на проблемные вопросы: что такое истина? Что является добром (высшим благом), а что злом в человеческих отношениях? Что такое красота? и т.п.

Реформирование здравоохранения в мире и в России направлено на развитие охраны здоровья населения. Условия, в которых осуществляются реформы, усложняют жизнь человека, его существование. Наш соотечественник Н.А. Бердяев утверждал, что «...философия есть наука о духе. Однако наука о духе есть прежде всего наука о человеческом существовании». По мере развития человечества удлиняется период жизни человека, усложняются условия его существования, возрастает и потребность в медицинской помощи. Увеличение факторов риска заболеваний, с одной стороны, приводит к появлению все более сложных

заболеваний, а с другой — расширяются и совершенствуются возможности их лечения, которое соответственно становится дороже. Зачастую бывает так, что пациенты не могут оплатить лечение и в итоге не получают его. Людей, нуждающихся в сестринском уходе, становится все больше, так как в нашей стране практически отсутствуют отделения сестринского ухода или стоимость содержания в них пациентов высокая.

Необходимость философского осмысления сестринского дела возникла потому, что в профессиональном сестринском общении все чаще появлялись и появляются новые термины, изменяются формы мышления, которые развиваются, обсуждаются, философски осмысливаются. Они обсуждаются и сейчас, когда изменяются нормы и ценности общества, нормативно-правовая база (конституция, законы, подзаконные акты), изменяется состояние национальной экономики в целом. Возникают проблемы, решение которых поможет найти гармонию, согласованные действия между медицинскими работниками, пациентом и обществом. Появляется необходимость не только получения нового качества знаний, но и соблюдения принципов, лежащих в основе системы духовных ценностей медицинских работников, накопленных за многие века.

1.2.2. Основные концептуальные понятия, принципы и этические элементы философии сестринского дела

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, состоявшейся 27 июля — 14 августа 1993 г. в Голицыно, вводятся новые концептуальные термины и понятия в сестринское образование.

Согласно международной договоренности, философия сестринского дела базируется на четырех основных понятиях:

- 1) пациент;
- 2) сестра, сестринское дело;
- 3) окружающая среда;
- 4) здоровье.

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, чести, достоинству и правам человека.

Реализация этих принципов зависит от взаимодействия медицинских работников, пациента и общества. Эти принципы предусматривают ответственность медицинского работника перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинским работником. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе

здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издания законодательных актов.

Понятия основных принципов:

- уважение к жизни. основополагающая ценность жизни. Еще в клятве Гиппократов этический принцип «уважение к жизни» звучит так: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария»;
- уважение достоинства как этический принцип формируется в человеке тогда, когда он сам уважает высокие моральные качества личности и всю жизнь соответствует им, осознает свою ответственность перед собой как личностью, занимающей определенное место в мире;
- права человека. Уважая *права человека*, пациента, его жизненные ценности, обычаи, убеждения, возраст, национальность, медицинские работники обязаны внимательно и по-партнерски относиться к пациентам, сотрудничать с ними для достижения главной цели — здоровья. Регулировать права пациента механизмами их обеспечения и защиты. Проблемы прав человека в современной медицине изучает наука — биомедицинская этика.

Первый кодекс прав пациента был принят в США в 1972 г. В России права пациентов закреплены Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, вступившими в действие в 1993 г. и Федеральным законом о правах пациентов (июнь 2001 г.) в котором определены принципы подхода к правам пациентов и реализации этих прав (ст. 4).

Сущность философии сестринского дела в том, что она является фундаментом профессиональной жизни медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее работы, общения с пациентом. Этическими элементами сестринского дела являются этические обязанности и ценности, добродетели.

Сестра, разделяющая сестринскую философию, принимает на себя:

- этические обязанности — это обязательные, правильные поступки, действия: говорить правду; делать добро; не причинять вреда; уважать обязательства других; держать слово; быть преданной; уважать право пациента на самостоятельность;
- этические ценности — это, согласно теории сестринской философии, цели, к которым стремится сестра, т.е. результаты ее деятельности (идеалы — высшие цели, к которым стремится человек или группа людей): профессионализм, здоровье,

здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход, внимание, попечение);

- добродетели — это личностные, моральные качества медицинского работника, которыми он должен обладать, определяющие, что является добром, а что злом в людях: доброта, знание, умение, сострадание, милосердие, терпение, гуманность. Идея гуманности возникла в I тыс. до н.э. и сохранилась как золотое правило нравственности: поступай по отношению к другим так, как бы ты хотел, чтобы они поступали по отношению к тебе.

1.2.3. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения

Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения определяет Этический кодекс медицинской сестры в каждой из стран, в том числе и в России, который является стандартом поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медицинской сестры. Этический кодекс медицинской сестры России, принятый на III Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 г., рассмотрен Этическим комитетом России, одобрен Минздравом России в апреле 1997 г. и вступил в действие в декабре 1997 г. Его содержание, принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности, отражают моральную ответственность, совокупность норм, ценностей, идеалов и установок, которые регулируют сестринское поведение в контексте прав пациента и являются основными составляющими культуры общества (достижений в науке, искусстве, медицине, технике).

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, встречаются случаи безответственного отношения к пациенту, такие как желание 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.

Взаимодействие врача, медицинской сестры (младшей медицинской сестры), фельдшера, акушерки и пациента начинается с момента первого их контакта, чаще — зрительного, когда еще не произнесено ни слова. Почти каждый пациент напряженно и внимательно всматривается в лицо медицинского работника, стремясь понять, что и как

скажет он ему. Ведь каждый пациент болеет своей болезнью плюс страхом незаинтересованности, равнодушием со стороны врача, младшего или среднего медицинского работника. Он ждет ласкового, участливого слова, поддержки. И это слово станет лекарством не только для его души и тела, но и для психологического состояния.

М.Я. Мудров говорил: «Зная взаимные, друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они черпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания».

Культура поведения медицинского работника. Ее можно разделить на два вида: внутренняя и внешняя.

1. *Внутренняя культура.* Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбие, чувство коллегиальности. Основными качествами медицинского работника, причем качествами именно его внутренней культуры, являются:

- скромность — простота, безыскусственность, которые свидетельствуют о красоте человека, его силе;
- справедливость — самая высокая добродетель медицинского работника. Она является основой его внутренних побуждений. Цицерон говорил о двух началах справедливости: «Никому не вредить и приносить пользу обществу»;
- честность — должна соответствовать всем делам медицинского работника, стать основой его повседневных помыслов и стремлений;
- доброта — неотъемлемое качество внутренней культуры хорошего человека.

Хороший, культурный человек — это прежде всего такой человек, который относится благожелательно к окружающим его людям, понимает и горести, и радости, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, не жалея себя, помогает словом и делом. Наш соотечественник А.П. Чехов писал: «Профессия медика — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это».

2. *Внешняя культура.* Это приличие, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид.

Что же такое внешняя культура медицинского работника?

Внешний вид медицинского работника. Основное требование к одежде медицинского работника — 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», — говорил 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.

Культура речи является второй составной частью внешней культуры. Речь медицинского работника должна быть четкой, негромкой, эмоциональной. 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 их от пациента, отодвигают на задний план личность пациента, его индивидуальность, а у пациента вызывают негативную реакцию.

1.2.4. Принципы медицинской этики и деонтологии

Деонтология — учение о профессиональной этике (от греч. «деон» — должное и «логос» — учение). Этот термин введен в обиход в начале XIX в. английским философом Бентамом. Медицинская деонтология — наука о долге, принципах поведения перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, направленном на повышение качества лечения и ухода, устранение вредных последствий от неправильных поведенческих действий, и является частью сестринской этики. Медицина и врачевание во все времена были основаны на сплаве специальных знаний, умений и этических положений.

Основные правила и принципы профессионального сестринского поведения лежат в основе медицинской этики и деонтологии. Впервые в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе Международного совета медицинских сестер и Этическом кодексе медицинской сестры России прозвучали эти правила и принципы:

- 1) гуманность и милосердие, любовь и забота;
- 2) сострадание;
- 3) доброжелательность;
- 4) бескорыстие;
- 5) трудолюбие;
- 6) учтивость и др.

В основе современной медицинской этики, морали, как российской, так и американской, лежат следующие основные принципы:

- 1) гуманности — рассматривает человека как наивысшую ценность, поощряя его творческое и моральное развитие;
- 2) милосердия — означает «делать добро». Он включает в себя доброе отношение к другим и отзывчивость к тем, кто в беде;
- 3) исключения должностных преступлений. Это принцип «не навреди», который обязывает как врача, так и медицинского работника защищать других от опасности, снимать боль и страдания в меру своей компетенции;
- 4) справедливости — включает в себя беспристрастность, уважение человеческого равенства и равное распределение дефицитных средств;
- 5) правдивости (сообщение правды пациенту) — формирует основу открытых взаимоотношений между пациентом и лечебным учреждением и выполнение обязанности последним;
- 6) информированного согласия появился в конце XX в. и лежит в основе коллегиальной модели взаимоотношений (или, как ее еще называют, модели информированного согласия). Известно, что во все времена практически во всем мире врач обследовал и лечил больного по собственному усмотрению (выступая как бы в качестве «отца» пациента).

Взаимоотношения врача и больного предлагается строить по типу отношения коллег друг к другу. Имеется в виду, что в этом случае проблемы обследования и лечения решает не лично врач, а советуясь с больным, получая его согласие. Принцип информированного согласия пациента, провозглашенный в Декларации о развитии прав пациента в Европе (1994, Амстердам), предусматривает право на конфиденциальность, объективную информацию о своем состоянии здоровья, получение согласия на медицинскую помощь.

Независимость пациента основана на праве и свободе пациента на информацию о своем состоянии, плане лечения, информацию 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. Под компетентностью понимается способность принимать решения.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента: о характере и целях предлагаемого ему лечения; связанном с ним существенном риске; возможности альтернативы данному виду лечения.

Сегодня российское законодательство пытается ввести взаимоотношения врача и больного в правовые рамки, что отражено в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Закон требует, чтобы больному сообщалась правдивая информация о диагнозе и прогнозе, какими бы тяжелыми они ни были. Например, ст. 31 «Право граждан на информацию о состоянии здоровья» гласит: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения»; ст. 32 «Согласие на медицинское вмешательство»: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина».

Согласно Конвенции Совета Европы (ст. 5) и российским законам (ст. 30, параграф 7, ст. 31, абзац 3 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), больному должна предоставляться правдивая информация о диагнозе и прогнозе болезни, какой бы трагической она ни была.

Таким образом, знание основных принципов, лежащих в основе современной медицинской этики, морали, поможет медицинским работникам приобрести профессиональное мастерство, проявить душевные и интеллектуальные качества личности. Знание норм этики и деонтологии будет способствовать формированию навыков и опыта профессионального общения, развитию способности медицинского работника принимать конкретные решения с учетом интересов пациента, управлять отрицательными чертами своего характера, такими, как равнодушие, грубость, безответственность, невнимательность, неопрятность.

1.2.5. Понятие о ятрогениях

При любом общении с пациентом надо всегда помнить, что каждое слово должно быть направлено на благотворное психологическое воздействие, поднятие настроения пациента, укрепление его уверенности в выздоровлении. Всегда помните, что во многих случаях слово медицинского работника действует не менее целебно, чем лекарство. Надо всегда помнить и о второй стороне воздействия слова — народная мудрость гласит: «слово лечит, но слово и ранит», поэтому, беседуя с коллегами, пациентом, разговаривая в кабинете, палате, да и при любом общении с больными надо помнить о возможности воздействия отрицательных факторов — различных видов миелогений. (эгогении — отрицательное воздействие самого на себя, эгротогении — отрицательное воздействие одного пациента на другого, ятрогении — самовнушение, возникающее от последствий неосторожного высказывания медицинского работника в присутствии пациента или непосредственного общения с ним в процессе лечения, медицинского обследования и ухода, а также от неправильно понятой информации из медицинской литературы).

Термин «ятрогения» предложен в 1925 г. немецким психиатром Бумке и означает «изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным словом врача или неправильным пониманием медицинской литературы». Ятрогения является «браком» медицинской работы; в медицине рассматривается как ятрогенное заболевание, которое требует специального лечения. Ятрогенное воздействие на организм пациента могут оказать не только медицинский работник и медицинская литература, но и санитарное просвещение, реклама лекарственных средств. Вариантом ятрогенных заболеваний являются так называемые болезни третьего курса, когда студент медицинского учебного заведения, изучая болезни, находит у себя симптомы несуществующего заболевания.

Существует несколько групп (классификаций) ятрогений, зависящих от причинного фактора их возникновения:

- психогенные;
- лекарственные;
- травматические;
- инфекционные;
- смешанные.

Подавляющее большинство ятрогений возникает не по злому умыслу, а по неосторожности. Трудно себе представить медицинского работника, который бы желал вреда пациенту, тяжелобольному.

Обычно ятрогении возникают случайно, при неосторожном разговоре в присутствии больного, а в ряде случаев — из-за некомпетентности, неумения общаться, низкого уровня медицинских знаний и умений, отсутствия практического опыта. Причина ятрогении чаще всего кроется в черствости, недостаточной общей культуре медицинского работника, безразличном отношении к исполнению своих обязанностей. Медицинские работники должны уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную устойчивость.

Медицинские работники среднего звена независимо от должности должны обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и профессионально оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента и доложить об этом врачу.

1.2.6. Основные философские проблемы в медицине и сестринском деле

Озабоченность проблемами в медицине и сестринском деле, связанными с развитием современных технологий, вызывает желание рассмотреть этические проблемы с позиции нравственного, философского учения о природе человека: его сущности, смысле жизни, индивидуальности, личности, его деятельности. Объектом деятельности медицинского работника является пациент. Целью его деятельности — пациент и его окружение, нуждающиеся в решении существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды, которые самостоятельно пациент не может решить. Результатом деятельности медицинского работника является решение этих проблем: полное выздоровление, улучшение качества жизни, адаптация к окружающей среде.

Новые реалии современной медицинской помощи (трансплантология, искусственное оплодотворение, медицинская генетика) и отсутствие достойного ухода за пациентом (слабое внедрение инновационных технологий сестринского ухода) требуют решения по организации медицинской практики. Такие общечеловеческие моральные заповеди как «не убий», «не навреди» и др., вступают в противоречие с современной медицинской наукой и практикой.

Новый уровень влияния на человеческую жизнь не освобождает врача, медицинского работника от общечеловеческих моральных заповедей. Современная медицина философски решает свои проблемы между нравственностью и моралью, правом и моралью.

Медицинский работник, решая проблемы философски, должен стремиться выполнять свой долг добровольно и осмысленно, а не механически исполняя стандарты лечения и ухода. Приблизиться к решению этой задачи может тот, кто освоил морально-этические знания.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Дайте определение философии как науки.
2. Почему возникла необходимость философского осмысления сестринского дела?
3. Что является основой духовных ценностей медицинских работников?
4. Назовите место и дату проведения I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела.
5. Дайте характеристику основных понятий философии сестринского дела.
6. Перечислите основные принципы философии сестринского дела?
7. В чем заключается сущность философии сестринского дела?
8. Перечислите этические элементы сестринского дела, которые медицинская сестра принимает для исполнения и стремится их достигнуть.
9. Дайте определение деонтологии как науки.
10. В чем заключается народная мудрость выражения «Слово лечит, но слово и ранит»?
11. Какой должна быть современная младшая медицинская сестра, медицинская сестра, фельдшер, акушерка?
12. Приведите примеры отрицательного воздействия различных видов миелогений при общении с пациентом.
13. Назовите основные философские проблемы в медицине и сестринском деле.

1.3. БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Власть над собой — высшая власть.
Сенека*

Основное понятие	Определение
Норма в медицине	Условное обозначение объективной реальности, имеющее свои показатели, характеристики (отклонения от нормы в медицине может быть физиологическим, психологическим, социальным)
Обычай	Унаследованный стереотипный способ поведения, который воспроизводится в обществе или социальной группе и является привычным для их членов
Идеал	Высшая степень ценного, принятый стандарт чего-либо
Установка	От англ. attitud. Внутренняя готовность субъекта к целенаправленной деятельности, предшествует поведению
Система ценностей	Нормы, сложившиеся в обществе, представления о том, что считать хорошим, правильным или желательным

1.3.1. Понятие и принципы биоэтики

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

Слово «этика» произошло от греческого *ethos* — обычай. Именно нормы, правила, обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей в обществе.

Принципы медицинской этики должны соблюдаться медицинскими работниками в их повседневной деятельности.

Основные принципы биоэтики

1. *Принцип уважения человеческого достоинства.* Человек является моральным субъектом, он достоин уважения, особого отношения к себе в мире природы. Он занимает достойное положение среди подобных нам и не подобных нам существ. Уважение не зависит от расы, национальности, человек рожден, чтобы быть человеком. Этот принцип

формируется в человеке тогда, когда человек сам уважает высокие моральные качества личности и всю жизнь соответствует им. К нему должны применяться все этические принципы и правила. Неуважение человеческого достоинства в медицине означает неинформированность пациента. Независимость пациента основана на праве и свободе пациента на информацию о своем состоянии, плане лечения, информацию 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. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

- 1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;
- 2) связанном с ним существенном риске;
- 3) возможности альтернативы данному виду лечения.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения.

2. *Принцип «Не навреди. Не причиняй зла»*, который обязывает как врача, так и другого медицинского работника защищать других от опасности, снимать боль и страдания в меру своей компетенции. Этот принцип исключения должностных преступлений. Он включает в себя доброе отношение к другим и отзывчивость к тем, кто в беде.

3. *Принцип признания автономии личности*. Человек действует автономно, свободно на основе рационального понимания собственного блага.

4. *Принцип справедливости*. Человек должен действовать по легитимным законам (справедливым) или другим общепринятым нормам, установленным в результате всеобщего обсуждения. Это закон справедливых отношений равенства и неравенства людей. Включает в себя беспристрастность, уважение человеческого равенства и равное распределение дефицитных средств.

1.3.2. Сущность этических категорий

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 медицинской сестре свое здоровье, должен быть уверен не только в высоком профессионализме, но 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.

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 и ему не нужен надсмотрщик, который проверяет и понукает. Это «внутренний голос» человека, который помогает упорядочить поступки, страсти, силы и жить нравственно.

Нравственный долг — это категория морали; его не следует отождествлять с наукой о должном — деонтологией, имеющей более узкое содержание.

Врачебный долг — это комплекс исторически сложившихся норм и требований, регулирующих отношения врача и пациента, 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. Врачнику не должен отказывать в медицинской помощи. Это моральное требование отражено в клятве Гиппократата, Женевской декларации и в других документах, хотя некоторые врачи нарушают эти каноны (примером этого служит частная медицина, когда врач устранивается 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.

1.3.3. Биомедицинская этика, ее модели

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 моделях:

1) *модель Гипократа*. Основным принципом этой модели — «не навреди». Врач завоевывает социальное доверие пациента. Принципы врачевания, заложенные отцом медицины Гиппократом (460—370 гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики и отражены в знаменитой «Клятве», которая и сегодня актуальна. Долг медицинского работника — не нанести ущерба пациенту, проявить гуманизм, милосердие. Решить вопрос о том, что является благом для пациента? Имеет ли милосердие как моральное обязательство границы в добросовестной медицинской работе? Такой границей является серьезная угроза вреда самому медицинскому работнику;

2) *модель Парацельса* (1493—1541) — «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, возникла в 1840 г. (автор — Петров). Деонтология (в переводе с греч. — «должное») — наука о проблемах нравственности и морали. В ее рамках рассматриваются такие вопросы, как ответственность за жизнь и здоровье пациентов, соблюдение врачебной тайны, взаимоотношения в медицинском сообществе и др. Основными принципами этой модели являются «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, которая рассматривает медицину в контексте прав человека, регулирования человеческих отношений с целью сохранения жизни человеческого рода и основным принципом которой является принцип уважения прав и достоинства человека.

1.3.4. Основные проблемы биоэтики

Возникновение биомедицинской этики как биоэтики меняет основной вопрос медицинской этики — вопрос об отношении врача и пациента. Обостряется вопрос о трактовке принципа гуманизма в современной медицине. Гуманное отношение медицинского работника предполагает в первую очередь уважение достоинства и прав пациента. Современная биоэтика представляет собой важную точку философского знания, связанного с грандиозными изменениями в технологическом оснащении современной медицины; возникновением науки геномной инженерии, трансплантологии; появлением оборудования

для сохранения и поддержания жизни пациента и накопления соответствующих практических и теоретических знаний. Сегодня существуют этические проблемы аборта, зачатия, искусственного оплодотворения, клонирования, сексологии, эвтанази. 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 поведении врача, заботливом, внимательном к пациенту», в биоэтике основным становится конфликт прав, например право плода на жизнь и право женщины на аборт (прерывание беременности), право на эвтаназию. Здесь правовое сознание пациента — «право на доступную смерть» — вступает в противоречие с правом личности врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и заповедь «не убий».

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. Неоспоримого приоритета врача в решении проблем пациента сегодня во многих странах не существует.

1.3.5. Модели взаимоотношений медицинских работников и пациентов

Известный американский врач Роберт Вич выделил четыре модели взаимоотношений медицинских работников и пациентов: патерналистическая, инженерная, коллегиальная и контактная (информационная) модели, в основе которых лежит такой критерий, как оценка степени активности пациента при оказании помощи и ухода.

Патерналистическая модель предполагает относиться к пациентам так, как родители относятся к детям, самим определять, в чем заключается благо пациента.

Инженерная модель отрицает межличностный аспект и применима при определенных исследованиях к пациентам, находящимся в бессознательном состоянии.

Коллегиальная модель взаимоотношений пациента и медицинских работников предполагает партнерские отношения.

Контактная (информационная) модель характеризуется тем, что врач обязан адекватно информировать пациента о состоянии здоровья, строить свои взаимоотношения на основе знаний, умений, выполнения

профессиональных обязанностей и уважения прав друг друга. В этой модели пациент решает, что является благом для него, например отказ от операции. Задача врача — решить эту морально-этическую дилемму для достижения главной цели — здоровья пациента.

1.3.6. Этические основы современного медицинского законодательства

Медицинские работники как особая профессиональная группа отличаются от представителей других профессий тем, что их деятельность не только регламентирована различными нормативно-правовыми актами, но и опирается на этическую составляющую, традиции в профессиональной деятельности, ожидания пациентов и надежды тяжелобольных. В свою очередь весь комплекс правовой и юридической базы сестринского дела направлен на создание условий сохранения здоровья населения, обеспечение высокого качества сестринской помощи, законной защиты личного достоинства пациента и медицинской сестры.

Современное медицинское законодательство строго учитывает этические основы медицинской профессии. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан определяется гражданско-правовая ответственность за причинение вреда здоровью граждан или их смерть, морального вреда, а также правовая и социальная защита медработников. Основы устанавливают общие принципы деятельности, профессиональную способность иметь права и обязанности, а также гарантии реализации прав и обязанностей и многое другое, регламентирующее деятельность медицинских работников.

Права пациента после получения медицинской услуги регламентирует Закон РФ «О защите прав потребителя». Он предостерегает медицинских работников от правонарушений и конфликтов с пациентами.

Этические принципы, нравственные основы поведения медицинской сестры, изложены в Этическом кодексе медицинской сестры России, который является эталоном, стандартом их поведения. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам, несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать в меру своей компетенции неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней. Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность.

Каждая медицинская сестра должна четко знать содержание Этического кодекса, моральные основы взаимоотношений пациента и медицинской сестры, права пациента и медицинской сестры. Ответить на вопросы, чем является Этический кодекс медицинской сестры России для общества? Может ли он обсуждаться в коллективах медицинских работников? Могут ли требования Этического кодекса превышать требования закона? Кто может предъявить претензии медицинской сестре за нарушения Этического кодекса медицинской сестры России? На все эти вопросы вы найдете ответ, изучив Этический кодекс медицинской сестры России.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Кто и когда ввел понятие термина «биоэтика»?
2. Что является предметом изучения этики как науки?
3. В чем сходство и различие понятий этики и биоэтики?
4. Что является нравственной, моральной основой поведения медицинской сестры?
5. В какой последовательности формировались и сменяли друг друга различные моральные принципы биомедицинской этики?
6. Перечислите модели (формы) биомедицинской этики.
7. Дайте характеристику каждой модели биомедицинской этики.
8. Какая наука рассматривает медицину в контексте прав человека?
9. В каком документе отражены этические основы современного медицинского законодательства?

1.4. ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ И ЕГО ОКРУЖЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Единственная настоящая роскошь —
это роскошь человеческого общения.
Антуан де Сент-Экзюпери*

Основное понятие	Определение
Общение в сестринском деле	Процесс, порождаемый потребностями совместной деятельности пациента и медицинской сестры, искусство воздействия на личность пациента с целью его адаптации к изменениям в жизни в связи с изменениями состояния здоровья
Адаптация	Приспособление
Конвенциональный стиль общения	Деловой
Эмпатия	Способность понимать и чувствовать эмоциональное состояние другого человека, сопереживать ему
Апатия	Болезненное равнодушие, безразличие ко всему

1.4.1. Понятие и способы общения (коммуникации)

Общение — это сложный социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми, происходящий с помощью передачи словесной (вербальной) и бессловесной (невербальной) информации. Это постоянный, динамический процесс передачи информации от отправителя к получателю, процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности. Важно, чтобы общение было эффективным.

В последние годы в науке все чаще вместо слова «общение» используется термин «коммуникация». *Коммуникация* — обмен вербальной информацией между людьми с помощью невербальных приемов.

Существует два способа коммуникации: вербальный и невербальный. Способ коммуникации зависит от содержания сообщения и индивидуальных качеств получателя сообщения. Например, слепой человек лучше понимает словесную информацию. Глухой же человек может читать, в том числе и по губам.

Вербальная информация передается, или речевое общение происходит между людьми с помощью устной или письменной речи, которое

отражается в высказываниях или письменных сообщениях о чувствах, мыслях, наблюдениях. Важно, что говорят и как говорят.

Письменная речь в сестринском деле часто используется для написания инструкций по применению лекарств пациентам пожилого возраста, подробных планов лечения и подготовки к дополнительным методам исследования, составления планов обучения пациентов и т.п. Особое значение письменная речь имеет при общении со слабослышащими или глухонемыми пациентами, пациентами с провалами памяти.

Медицинской сестре, прежде чем использовать письменную речь, необходимо убедиться, что пациент умеет читать и понимать написанное. В противном случае необходимо использовать символы: схемы, картинки, например таблетки, стакан, телефон. Письменное сообщение должно быть исполнено грамотно, аккуратно, достаточно крупным шрифтом, в некоторых случаях используется газетный шрифт, лучше черным цветом, чтобы обратить внимание на текст. В тексте необходимо в вежливой форме обратиться к пациенту, написав его имя отчество, указать время и дату написания текста, подробную необходимую информацию изложить простым доступным языком, подписать текст. Проверить и убедиться, что пациент легко читает и понимает текст.

Невербальная информация отражает поступки или поведение того, кто передает информацию с использованием прикосновения, мимики, жестов, символов, позы вместо слов. Наука, изучающая невербальное общение, называется кинесикой. Невербальные способы общения, например прикосновение рукой к плечу, позволяют сообщить пациенту о сопереживании, поддержке, однако пациент быстро распознает фальшивое отношение, поэтому эти приемы использует внимательная и деликатная медицинская сестра.

Основой для коммуникации служат такие факторы, как сопереживание, уважение и искренность, деликатность, как признание прав человека на свободу мыслей, чувств и достойное лечение и уход.

Целью процесса взаимопонимания для медицинских сестер гуманистического склада является изучение тайны, которой остается пациент. В результате такого изучения, а не «разгадки» медсестра может больше узнать одновременно обо всех, кто окружает пациента, в том числе и о себе.

Навыки эффективного общения в сестринском деле требуют специальных знаний и умений, так как медицинской сестре необходимо учитывать состояние здоровья пациента, его физическое и психическое состояние, устанавливать доверительные отношения с пациентом при различных состояниях его здоровья, его семьей, коллегами и всеми, кто участвует в лечебном процессе.

1.4.2. Средства общения

К вербальным средствам общения относится речь, которая одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника. Не следует забывать слова древнего поэта Саади: «Умен ты или глуп, велик ты или мал, не знаем мы, пока ты слова не сказал».

Медицинской сестре необходимо разбираться в манере пациента общаться, которая может отражать индивидуальные особенности личности, его темперамент. Речь громкая должна нацелить медицинскую сестру на мысли о нарушенном слухе пациента. Медицинская сестра должна знать, что манера говорить может зависеть от патологии сознания, мышления, речесоматических и психоневрологических заболеваний. Например, при одышке пациент говорит обрывками, тяжело, при патологии сознания (галлюцинации, сонор, кома), некоторых соматических заболеваниях пациент не отвечает на поставленные вопросы.

В норме манера говорить должна быть плавной, спокойной, размеренной. При различных заболеваниях манера говорить изменяется. Она может быть быстрой, медленной, а речь запинаящейся, эмоциональной, монотонной, а также громкой, тихой, невнятной, с бедным словарным запасом. Также речь человека раскрывает направленность личности — ее интересы, потребности, убеждения и относится к явлениям духовной культуры. Речь является сильнейшим средством общения, воздействия на человека. С помощью речи медицинская сестра дает советы и инструкции, воздействует на эмоциональное состояние пациента, а через него — на деятельность внутренних органов.

Чтобы пользоваться словом, надо знать психологию речи, помнить о разящей и исцеляющей силе слова, не забывать о самоконтроле.

Используя речь как терапевтическое средство общения, медицинская сестра применяет элементы психотерапии — разъяснение, убеждение и т.д.

Практически в каждой беседе с пациентом медицинская сестра пытается исправить ошибочное суждение пациента, порожденное неправильной оценкой своего болезненного состояния. Цель таких бесед можно считать достигнутой, если пациент приобрел уверенность в себе, веру в выздоровление. Исследования показывают, что в ежедневном акте коммуникации человека слова составляют приблизительно 7%, звуки и интонации — 38%, неречевое взаимодействие — 53%.

Неречевое общение. Слова, которыми мы пользуемся, произносятся на фоне невербальных средств коммуникации. К невербальным

средствам общения относятся внешние проявления человеческих чувств и эмоций. Это знаки и символы, придающие значение словам, которые мы слышим. Таким образом передаются настроение, характер и отношение: «Важно не только то, что ты говоришь, но и то, как ты говоришь».

Зрительный контакт, выражение лица, поза и положение в значительной степени отражают наши мысли и чувства. Считается, что невербальная коммуникация в 4 раза сильнее, чем вербальная.

Думая о невербальной коммуникации, всегда полезно помнить одно правило: что-то всегда происходит. Невербальные сигналы говорят больше, чем слова. Медицинская сестра должна следить, не расходятся ли слова с этими сигналами.

Мимика — движения мышц лица, которые отражают внутреннее эмоциональное состояние человека и несут более 70% информации о том, что переживает человек. С помощью мимики передается эмоциональное состояние человека. Основными эмоциональными состояниями являются радость, гнев, страдание, отвращение, страх, удивление. С помощью мимики также передаются их модификации: страх — ужас, печаль — страдание и т.п.

К невербальным средствам общения относятся внешние проявления человеческих чувств и эмоций.

Жесты позволяют лучше разбираться в людях. Это социально отработанные движения тела человека, его рук, головы, туловища, передающие психологическое состояние человека.

Жестика — моторика всего тела, которая проявляется в изменениях поз, походки, осанки, своеобразных движений рук, а также других невербальных средств общения, таких как прикосновения — рукопожатия, поцелуи, дотрагивания, поглаживания, отталкивания и др.

Различают позитивные и негативные жесты. К позитивным жестам при общении с пациентом относятся:

- раскрытие рук ладонями вверх при демонстрации дружелюбия, желания сотрудничать;
- потирание уха может означать желание высказаться;
- размышляя, пациент может протирать очки, даже если этого и не требуется, и др.

К негативным жестам относятся жесты агрессии — руки на бедрах, жесты закрытости для общения — пальцы рук сцеплены в замок, руки скрещены на груди и др.

Выражение лица отражает психическое состояние человека, а также возраст и пол. На него оказывает влияние патологическое состояние пациента. Наблюдая за внешним видом пациента, медицинская

сестра описывает выражение лица: злобное, испуганное, апатичное, растерянное и т.п. Нормальное выражение лица — без особенностей, уравновешенное.

Через мимику, жесты, зрительный (визуальный) контакт, тембр голоса, позу, движения и выражение лица медицинская сестра должна уметь расшифровывать информацию о мыслях, чувствах, отношении пациента к окружению, поддерживать связь с пациентами, не способными к вербальному общению.

Выражение лица медицинской сестры влияет на эффективность общения с пациентом и коллегами. Важно, чтобы в знак приветствия или одобрения медицинская сестра не была хмурой, а приветливо улыбнулась, проявила заинтересованность.

Поза — ее смысловое содержание должно быть «разгадано» медицинской сестрой. Поза пациента может быть вынужденная, напряженная, расслабленная и отражает его эмоциональное состояние. Различают закрытые и открытые позы, которые указывают на расположенность к общению. Закрытая поза — «поза Наполеона» — свидетельствует о том, что человек не хочет с тобой общаться (в положении стоя — руки скрещены на груди, а в положении сидя — обе руки упираются в подбородок). Открытые позы: когда раскрыты руки ладонями вверх, в положении сидя — ноги вытянуты.

Поза медицинской сестры при общении говорит о манере держать ся, культуре медицинской сестры, отражает ее готовность помочь пациенту.

1.4.3. Элементы эффективного общения

Для того чтобы сообщение было эффективным, необходимо помнить, что информация от отправителя до ее получателя доходит лишь в 20%-ном объеме. Это может зависеть от интеллекта человека, его умения слушать, запаса слов и объема памяти, владения коммуникативными способностями и т.п., а также от организации процесса общения.

Потребность в общении, проявление интереса к нему могут возникнуть тогда, когда присутствуют все составляющие элементы эффективного общения: *отправитель информации; сообщение (посылаемая информация); канал как форма отправки сообщения; получатель информации (кому посылается сообщение); подтверждение информации как способ уведомления отправителя, что сообщение получено.*

Каналы общения могут речевые (вербальные): устные, письменные и неречевые (невербальные): мимика, жесты, поза и т.д.

1.4.4. Функции общения

Различают следующие функции общения.

1. *Контактная* — установление состояния взаимной готовности к общению.
2. *Информационная, познавательная* — обмен информацией, сообщениями.
3. *Побудительная* — стимуляция активности партнера.
4. *Координационная* — взаимное ориентирование и согласование совместной деятельности.
5. *Понимания* — адекватное понимание смысла сказанного, действий, состояния своего партнера.
6. *Эмотивная, эмоциональная* — обмен эмоциями между партнерами (улыбка, первый шаг к обмену эмоциями).
7. *Установление отношений* — осознание места своего партнера в системе межличностных, деловых и производственных отношений.
8. *Оказание влияния* — изменение поведения, состояния, знаний, представлений партнера.
9. *Взаимодействие и восприятие себя через другого* (умение поставить себя на место собеседника).

1.4.5. Уровни общения

Психология чаще всего выделяет три уровня общения между людьми.

1. *Внутриличностное* — когда слова не произносятся вслух, а человек мысленно общается с самим собой.
2. *Межличностное* — общение между людьми происходит с определенной целью, когда коммуникация приобретает открыто взаимный характер, где она представляет собой взаимную передачу и принятие информации: общение на определенную тему по решению общей задачи. Коммуникация может принимать характер информирования, спрашивания, обучения, инструктажа и т.д., обеспечивая слаженность совместной работы. Обмен информацией подчинен здесь совместному решению задачи — получению нужных сведений например, в процессе обследования пациента, усвоению учебного материала в процессе обучения и т.д. Такое обучение может закончиться в один сеанс или потребует нескольких встреч.
3. *Общественное* — общение одного человека с аудиторией. Общение на этом уровне требует соблюдения определенных правил, традиций, принятых норм.

Общение как функциональная элементарная единица, из которой складывается вся система общения личности в определенный период жизни. Это может быть общение в форме вопроса — ответа, рукопожатие, многозначительный взгляд, мимическое движение в ответ, т.е. речевая и неречевая деятельность как говорящего, так и слушающего.

1.4.6. Основные стили общения

Чтобы видеть «детали», видеть, как тот или иной стиль влияет на отношения между людьми, на их здоровье, необходимо уметь диагностировать (распознавать) стили общения.

Различают следующие стили общения:

- конвенциональный;
- примитивный;
- манипулятивный;
- актуализированный.

Конвенциональный стиль предполагает довольно большую дистанцию между людьми. Выражения эмоций при этом ограничены. Участники общаются как носители определенных служебных функций.

Примитивный стиль общения предполагает наличие между людьми «театральных» или «обыденных» отношений. Эмоции при этом выражаются в зависимости от ситуации и подчиненности. Правилами взаимодействия становятся примитивные отношения: один обрывает другого, произносятся реплики, выражаются агрессивные чувства. Участники общаются «на публику».

Манипулятивный стиль. Это вид деструктивного поведения в общении, который оказывает пагубное влияние на здоровье человека. Человек выбирает этот стиль общения тогда, когда ему выгодно преувеличивать свою силу или демонстрировать свою слабость.

Актуализированный стиль демонстрирует мотивированные, прочувствованные доводы поведения. Человек принимает решения спокойно, без обид, высказывания делаются в доброжелательной форме. Такому человеку можно верить, он может быть глазами «слепца». Это вид конструктивного поведения человека.

1.4.7. Общение как компонент ухода за больными

Различают следующие типы медицинских сестер по Харди.

1. *Сестра-рутинер*. Характерной чертой сестры является строгое автоматическое выполнение своих обязанностей, выполнение манипуляций по алгоритму, без учета личности пациента, не переживая,

не сочувствуя ему и не оказывая уход в полном объеме. Она отличается тем, что, не устанавливая доверительных отношений с пациентом, может высказывать свои требования, не обращая внимания на состояние здоровья пациента, его возможности.

2. *Сестра, играющая заученную роль.* Играя роль благодетеля, проявляет артистические способности показного, фальшивого поведения, она стремится к определенному идеалу медсестры, которой хочет соответствовать. Но когда нарушает нормы общения с пациентом, не выполняет просьбы больного, назначения врача, ее поведение становится искусственным, показным. Чаще всего это происходит, когда ее личностные качества не соответствуют этому образу.

3. *Сестра с мужеподобной, сильной личностью.* Она отличается походкой, нетерпимостью к беспорядку, строго соблюдает назначения врача, требовательна к коллегам. Это сестра-организатор в благоприятных условиях. Но к пациенту и его окружению она может грубо относиться, недостаточно гибко и взыскательно.

4. *«Нервная сестра»* — это эмоционально неустойчивая личность, вспыльчивая, раздражительная. Внешне выглядит уставшей. Не умеет выслушать пациента, коллег. Она часто обидчива, несдержанна в проявлении эмоций. Такие сестры плохо влияют на микроклимат отделения, часто вредно влияют на пациентов и их родственников.

5. *Сестра-специалист* — это медицинская сестра с особенными свойствами личности, посвящает свою жизнь выполнению сложных задач, добросовестна, но невнимательна к пациентам. Она фанатично и преданно выполняет свои узкие обязанности, хорошо работает в лаборатории и в других узких специальностях.

6. *Сестра материнского типа* — ее призвание — уход за больными, особенно безнадежными, нуждающимися в опекунов. Она проявляет заботу и внимание, милосердие, терпимость, любовь к людям, но чрезвычайно опекает их, способна навязывать им свое мнение.

Золотая середина — это когда для оказания максимальной помощи и поддержки пациенту необходима такая медсестра, которая обладает коммуникативными и профессиональными знаниями, умеет слушать, задавать вопросы, сопереживать, проявлять внимание и заботу, проявлять милосердие. Общение как компонент ухода за больными должно быть в пределах компетенции медицинской сестры, строиться на сохранении доброжелательных отношений пациента и его родственников, медсестры и всех, кто осуществляет уход. При этом медицинская сестра должна сохранять спокойствие, быть сдержанной, тактичной, понимать и уметь сопереживать, проявлять искусство общения.

1.4.8. Зоны комфорта

Установив доверительные взаимоотношения с пациентом, медицинская сестра будет успешно работать с ним в любой зоне: выполняя инъекции, ухаживая за тяжелобольным, беседуя с пациентом и коллегами, обучая пациентов и их родственников в «школах пациентов» или обучая студентов во время производственной практики.

Различают следующие зоны комфорта:

- свехинтимная — от 0 до 15 см;
- интимная — 16–45 см;
- личная зона — примерно 0,45–1,2 м;
- социальная — 1,2–3,0 м;
- общественная — более 3 м.

1.4.9. Мастерство общения

Компоненты, способствующие умению слушать и понимать

Участие. Истинное значение участия — это внимание к чувствам другого человека, приятие, интерес. Медицинская сестра должна знать, что участия нельзя добиться сразу, для его развития требуется время.

Умение слушать означает открытость миру, мыслям и чувствам других людей, открыто выраженным или подразумеваемым. Это активные, сознательные усилия по формированию участия, а не простое пассивное восприятие. Для понимания смысла произносимых слов требуются сосредоточенность, отсутствие предубежденности, заинтересованность. Понимание другого человека включает понимание его точки зрения.

Сосредоточить внимание — значит подавить собственные предубеждения, предубеждения, чувство озабоченности и любые иные, внутренние или внешние, факторы.

Медицинская сестра, умеющая слушать, легче распознает потребности пациента; она не только слышит то, что говорит пациент, но и обращает внимание на повторяющиеся «темы» в его высказываниях, которые помогут ей распознать неудовлетворенные потребности, требующие сестринского вмешательства.

Проявление беспокойства о другом человеке означает оказание помощи и содействие в самореализации. Общение между медицинской сестрой и пациентом, а также всеми, кто участвует в сестринском процессе, должно включать понимание, терпение, честность, искренность, доверие, надежду и мужество.

Открытость — это раскрытие своего внутреннего «Я» другому человеку; оно предполагает взаимность. Открытость, самораскрытие являются обязательными условиями для общения и осуществления различных терапевтических процедур в процессе лечения.

Открытые взаимоотношения предполагают приятие, сопереживание, участие в процессе общения. Приятие сродни прощению: медицинская сестра взвешивает поведение другого человека, принимает во внимание положительные и отрицательные факторы этого поведения, сознательно не придает значения отрицательным факторам, а на положительных факторах поведения, способствующих развитию стремления к выздоровлению, заостряет внимание. Она позволяет собеседнику (коллеге, пациенту) определять характер общения, реакцию и все, что имеет значение для такой реакции. Принимая пациента, медицинская сестра как бы позволяет ему принять самого себя.

Открытые взаимоотношения предполагают и *сопереживание*, т.е. способность точно воспринимать внутреннее состояние другого человека, его ценностную ориентацию.

Сопереживающая медицинская сестра является отражением пациента, демонстрируя чувство присутствия. В атмосфере взаимопонимания пациенту легче найти себя, найти новые ценности в процессе адаптации, более правильные и положительные.

Искренность является необходимым условием для установления доверительных отношений. Искренность означает, что общение гармонично. Искренний или гармоничный человек — это тот, кто понимает свои внутренние чувства и мысли и правильно их выражает, как словесно, так и в иной форме. Искренность способствует возникновению и поддержанию доверия к самому себе, а также между собой и другими, перерастающего в свободное и открытое общение.

Уважение подразумевает теплоту, расположение и приятие другого человека как достойную личность, невзирая на его недостатки. Ощущение того, что тебя уважают, необходимо пациенту для развития и поддержания здоровья.

Все компоненты эффективной коммуникации создают благоприятную атмосферу для понимания. Они служат основой для умения слушать и понимать.

Зная эти компоненты, медицинская сестра сможет понять ряд важных аспектов сестринского общения, которые необходимо учитывать для создания соответствующих условий осуществления сестринского процесса. Они помогут пациенту доверить медицинской сестре частную информацию.

1.4.10. Общие принципы умения эффективно слушать пациента

1. Перестаньте говорить, сосредоточьте внимание на пациенте, не прерывайте его.

2. Устраните отвлекающие факторы: отвлекать могут телефонные звонки, другие люди, шум.

3. Смотрите на говорящего. Дайте человеку понять, что вас интересует то, что он говорит. Будьте максимально внимательны и проявляйте участие.

4. Старайтесь уловить основную идею. Уловите тему беседы, а не ее детали.

5. Постарайтесь понять суть. Обратите внимание на манеру разговора пациента. Оцените его эмоциональные реакции и чувства. Оцените, как этот человек воспринимает ситуацию.

6. Отделяйте человека от идеи. Обычно положительно реагируют на мысли людей, которых любят, чем на мысли тех, к кому равнодушны. Старайтесь правильно воспринимать то, что говорит пациент.

7. Определите то, о чем пациент избегает говорить. Спросите себя, не опустил ли пациент в своем рассказе какой-нибудь существенный момент, скрывает ли он свои чувства или человека, который играет важную роль в его жизни?

8. Отделите эмоции от реакции. Избегайте гнева и печали, сильных эмоций, которые могут мешать внимательно слушать и понимать.

9. Будьте осторожны с интерпретациями. Не судите и не предполагайте поспешно. Старайтесь уловить факты.

10. Уважайте пациента как человека. Проявляйте искреннее уважение, интерес и заботу.

11. Сопереживайте. Поставьте себя на место пациента, чтобы понять его поступки. Это поможет вам увидеть мир таким, каким его видит пациент.

1.4.11. Факторы, способствующие общению

Успешному общению помогает эмпатия.

Эмпатия – противоположность равнодушию и эгоцентричности. Уровень эмпатии зависит от наследственности, воспитания, условий жизни и может быть значительно повышен при целенаправленной работе над собой.

Оказывая помощь пациентам, медицинской сестре необходимо использовать целый арсенал личных качеств и навыков, приемов и

методов общения для установления доверия с пациентом и членами его семьи с целью поиска эффективного решения проблем пациента.

Личные качества значительно облегчают общение и решение проблем пациента.

К личным качествам медицинской сестры, оказывающей помощь, относятся сопереживание, искренность, проявление заботы, уважения.

Обладая этими качествами, медицинская сестра должна установить доверительные взаимоотношения.

Доверительные взаимоотношения

Это первый этап подготовки к общению на определенную тему. К доверительным отношениям относятся такие элементы общения, как:

- целенаправленная беседа — ориентирована на определенную цель. Она считается критерием умелого общения, помогает пациенту освободиться от напряжения и волнения. Условия, создаваемые медицинской сестрой, обеспечивают конфиденциальность и создают ощущение поддержки.

Важно умело задавать вопросы пациенту и его родственникам, смотреть в глаза собеседнику, чтобы в короткий срок установить доверительные отношения для успешного решения проблем пациента (рис. 15). Нельзя общаться без зрительного контакта с пациентом (рис. 16). Вопросы могут быть общими, конкретными, наводящими и т.д. Вопросы общего порядка чаще используются для самовыражения человека, главное, чтобы они были открытыми и позволили пациенту описать собственными словами наиболее важные проблемы, которые необходимо решить. Конкретные вопросы позволяют собрать однозначную информацию, такую как паспортные данные о пациенте, например: «Назовите свою фамилию, имя, отчество. Ваш адрес?» Наводящие вопросы способствуют активно выявить важные для врача или медицинской сестры симптомы заболеваний, которым пациент не придавал значения;

- доверие и контакт — очень важные элементы. Они возникают, если пациент убежден в искренности намерений медицинской сестры, ее теплом и непредвзятом отношении к нему. С доверием связана конфиденциальность;
- создание условий для самовыражения — медицинская сестра с помощью целенаправленной беседы предоставляет пациенту возможность самовыражения. Необходимо создать такие условия, которые позволят пациенту мыслить, чувствовать или решать свои проблемы как бы самостоятельно, помочь пациенту выразить себя и сохранить инициативу.

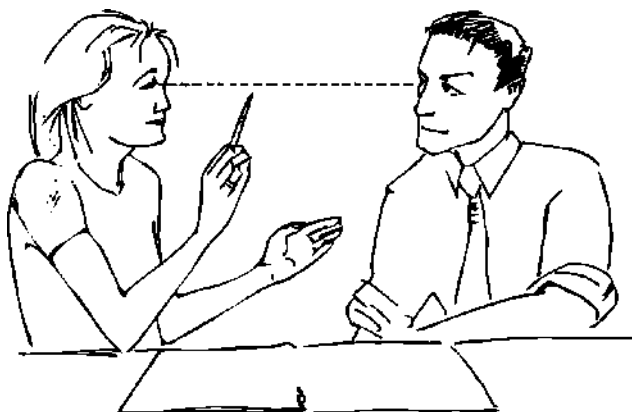


Рис. 15. Элемент доверительных отношений

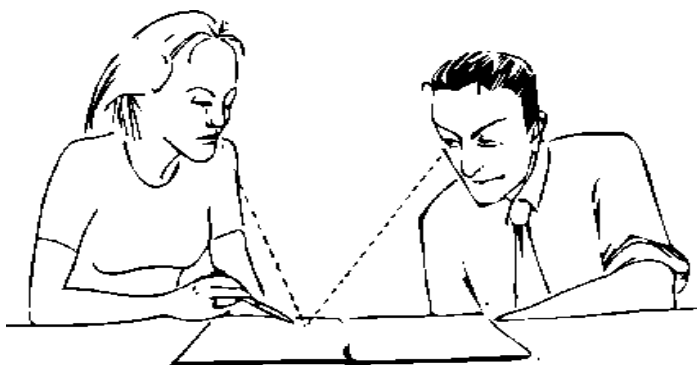


Рис. 16. Элемент неэффективного общения

К факторам, способствующим общению, относятся и навыки по оказанию помощи, которые могут помочь пациенту разобраться в своих проблемах и рассказать о них:

- навыки общения;
- навыки реагирования и постановки вопросов;
- навыки планирования целей;
- навыки моделирования, демонстрации с целью обучения пациента;
- консультирование, практические занятия с целью овладения новыми навыками.

К другим полезным навыкам, которые помогут пациенту разобратся в своих проблемах и рассказать о них, относятся:

- конфронтация (например, когда пациент думает, что он никому не нужен, а медицинская сестра, установив хорошие отношения с родственниками, проявляющими заботу о пациенте, убеждает пациента в обратном);
- поддержка (например, серьезные проблемы, осложнившие состояние здоровья пациента; но когда он убеждается в невиновности врача, его чувства могут прийти в полное смятение, и здесь очень важную роль играет медицинская сестра, проявляющая сопереживание, понимание и поддержку);
- молчание (например, смерть близкого человека вызывает у пациента сильные эмоции, слезы). В этом случае лучше помолчать и просто быть рядом с пациентом;
- прикосновения как способ выражения эмоций помогут уменьшить страх, агрессию. Отсутствие прикосновений, легкого поглаживания вызывает у другого человека чувство одиночества, изоляции. Например, задержать руку в руке или на плече пациента, когда ему трудно, показывая, что медицинская сестра понимает всю трудность ситуации и оказывает ему поддержку.

Таким образом, эффективное общение зависит от профессионализма и личностных качеств и умений, приемов и методов общения медицинской сестры, которые в сестринском деле тесно взаимосвязаны.

1.4.12. Факторы, препятствующие общению

Существуют факторы, препятствующие общению.

Советы пациенту или высказывание своего мнения медицинской сестрой могут отрицательно повлиять на принятие решения пациентом. Часто пациенты знают, что делают в той ситуации, по поводу которой медицинская сестра беседует с пациентом. Если совет отличается от того, который хочет услышать пациент, это может вызвать у него чувство противоречия.

Поэтому, если пациенту хочется услышать совет, спросите у него: «Что бы вы хотели услышать? Давайте поговорим об этом».

Резкая смена предмета разговора может прервать нить взаимопонимания.

Рекомендуется делать частые паузы во время разговора с использованием переходных фраз. На фоне ответов и реплик возникнет возможность для обдумывания.

Защита людей, которых критикует пациент. У пациента возникает предположение, что медицинская сестра осуждает его, и это будет препятствовать дальнейшему выражению чувств во время беседы.

Постарайтесь наедине с пациентом выслушать его точку зрения и принять ее. Защита может навредить, создать недоверие к вам со стороны пациента.

Не обращайтесь к пациенту на записи в документации. Смотрите ему в глаза, когда пытаетесь убедить его в чем-либо.

Преуменьшение чувств пациента. Пациент, выражая озабоченность, ждет понимания и сочувствия. Не настаивайте на том, что ничего страшного не случилось, не стоит беспокоиться. Такие реплики демонстрируют отсутствие понимания или сочувствия.

Обещания пациенту. Говоря «все будет хорошо», медицинская сестра отрицает реальность ситуации, в которой находится вместе с пациентом, заставляет его прятать страх и беспокойство, которые являются обычными человеческими реакциями и требуют сестринского вмешательства.

Задавайте пациенту открытые вопросы, на которые он спокойно отвечает.

Поспешные заключения могут вызвать противодействие со стороны пациента. Будьте мудрыми, проверьте факты. Например, не предполагайте, что человек, страдающий злокачественной опухолью, автоматически согласится на ее оперативное удаление.

Культурные отличия: язык, нормы общения. Различия культур влияют на то, как могут быть поняты вербальные и невербальные средства общения. Например, японцы выражают радость, широко раскрыв глаза. В славянской культуре это выражает чувство страха. Культура влияет и на поверья, поведение, связанные со здоровьем: магия, ритуалы, употребление определенной пищи.

И поэтому важно определить этническую ориентацию человека и расспросить его об убеждениях, образе жизни.

Стиль общения. На словесное и бессловесное общение влияют культура и воспитание, традиции и нормы. Чтобы адаптироваться к стилю беседы, необходимо принимать во внимание культурные особенности нации. Например, прикосновение в некоторых культурах является проявлением внимания, другие считают прикосновения сексуальными проявлениями.

Различия в возрасте. Возраст человека может влиять на способ ведения беседы, особенно если между собеседниками существует большая разница в возрасте. Для ребенка в возрасте до шести лет обычно необходима беседа с родителями или опекуном, хотя учитывается и

поведение самого ребенка. Часто родители считают себя виноватыми в нарушениях состояния здоровья детей. В таких случаях нужно применять не осуждающие вопросы, чтобы получить нужные сведения. Например, вопрос типа: «Когда вы заметили первые признаки повышения температуры?» более подходит, чем такой вопрос: «Почему вы не доставили его в больницу раньше?» Проявляйте сочувствие к родителям и оказывайте тем самым поддержку им и утешение. С детьми в возрасте старше шести лет беседуют непосредственно. Игра и рисунки являются альтернативными средствами получения информации. Не общайтесь с ними как с малышами, не говорите свысока. Беседуйте с ними так же, как и со взрослыми. Если присутствуют родители, наблюдайте за внутрисемейными отношениями. Если родители доминируют в разговоре и инструктируют ребенка, как ему надо отвечать, медицинская сестра может обращаться прямо к ребенку с комментариями типа: «Теперь я бы хотела услышать, как ты чувствуешь себя в этой ситуации?» Используйте этот прием и при беседе с пожилым человеком. Необходимо выяснить, нет ли у него проблем со слухом. Избегайте манеры повышать голос, даже если у пациента проблемы со слухом.

Громкая речь. Громкие слова могут быть раздражающими и даже обидными.

У пожилых людей с потерей слуха обычно не воспринимаются звуки высокой тональности, и повышение вашего голоса обычно повышает высоту звука.

Убедитесь перед началом беседы, что у пациента нет проблем со слухом. Если пациент плохо слышит, то сядьте напротив, *говорите медленно и чисто*; это поможет облегчить общение с ним, возможно, он может читать по губам.

Неприятный запах изо рта. Уделяйте внимание уходу за полостью рта. Регулярно чистите зубы, вовремя посещайте стоматолога. Помните, что неприятный запах изо рта раздражает собеседника.

Лучшие взаимоотношения обеспечат вам хорошее освещение, отсутствие посторонних звуков (радио, телевизор). Для беседы с пожилыми людьми одной беседы недостаточно — уделяйте им больше времени. Часто пожилые люди не все говорят о своем здоровье, считают, что некоторые симптомы являются возрастными особенностями, не имеющими большого значения. Установление доверия, взаимопонимания, уважение возраста — единственный путь к преодолению препятствий в общении. Один из эффективных способов установления доверительных отношений, взаимопонимания с пожилым человеком — это дать возможность ему вспомнить прошлые дни и его бывшие заслуги.

Общение с пациентом и всеми, кто участвует в лечении и уходе, требует понимания, уважения и веры в выздоровление пациента. Уникальность сестринского общения состоит в том, что пациент должен верить в доброту и силу, способность медицинской сестры руководить процессом адаптации. Вследствие неосторожных слов или действий медицинской сестры у пациента могут возникнуть психические отклонения в состоянии здоровья, которые называются сестрогенными. Типичные причины, их вызывающие, это:

- неосторожное словесное воздействие или воздействие путем речевых средств (мимика, жест и др.);
- поспешная или необоснованная информация о состоянии здоровья, прогнозе заболевания;
- неверное толкование лечебных и диагностических процедур;
- «немая» сестрогения от бездействия и невнимания медицинской сестры;
- неправильное хранение медицинской документации и знакомство с ней пациента.

1.4.13. Критерии эффективного общения

Наилучшая стратегия деловой беседы — это положительная, заинтересованная, уважительная установка. Большую роль играют самые первые произносимые слова. Желательно узнать имя и отчество вашего собеседника до разговора с ним. Если это невозможно сделать, необходимо прямо спросить у него. Постарайтесь не забыть его имя и отчество. Помните, что самый желанный для человека звук — это звук его собственного имени, его правильное (без искажений) употребление в начале и в ходе разговора!

Запомните самые важные данные о собеседнике, возможно, из медицинской документации, а затем будете ссылаться на них в ходе беседы.

Начинайте беседу с так называемого вы-подхода. Попробуйте поставить себя на место собеседника, представить себе его интересы. Это отразится на содержании и форме ваших высказываний. Сравните, например:

Я бы хотела...

Вы хотите...

Меня интересует...

Это должно быть для вас интересно...

Я сделала выводы...

Вам будет интересно узнать, что...

Выберите определенный стиль ведения беседы: высоту тона, тембр, громкость, длительность, частоту пауз, скорость, наличие и характер пауз, жестов, интонацию и т.п. Несоответствие стиля беседы может привести к отказу собеседника участвовать в разговоре. Анализируйте причины

изменения поведения собеседника, поймите причины трудностей, по возможности конкретно определите стилевые и другие расхожесования. Используйте для диагностики ситуации неречевое (невербальное) поведение и выражение чувств, которые часто оказываются правдивее слов. Положительные эмоции люди не скрывают, и это вы определите по выражению лица. Конечно, мимику можно сознательно контролировать, она зависит от национальных и культурных стереотипов. Это представляет значительные трудности. Гораздо более «правдивыми» оказываются многие другие неречевые знаки: поза, жесты, взаимное расположение, расстояние между собеседниками, зрительный контакт и др.

Эффективность общения зависит и от условий беседы — места, время, наличия помех (шум, присутствие посторонних, беспорядок в комнате и т.д.). Стоит помнить, что тяжело больной человек не может слушать по-настоящему внимательно, в такой ситуации общение становится формальным и неэффективным. Кроме того, необходимо помнить, что человек склонен не слышать то, что ему неприятно, или интерпретировать это в более благоприятном для себя смысле.

Таким образом, можно сделать выводы, что владение техникой профессионального общения может служить эффективным средством помощи людям в адаптации к жизни в связи с изменениями в состоянии их здоровья.

1.4.14. Принципы терапевтического общения

Необходимо:

- 1) обращаться к пациенту по имени-отчеству и на Вы;
- 2) начинать беседу с указания вашего имени-отчества и должности;
- 3) смотреть пациенту в глаза на одном уровне, улыбаться; если пациент лежит, присесть на стул, стоящий рядом, а не на кровать;
- 4) обеспечить конфиденциальность вашей беседы. Помнить, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом;
- 5) поощрять желание вашего пациента задавать вопросы;
- 6) говорить негромко, неторопливо, доходчиво, пользоваться исключительно положительной интонацией вашего голоса;
- 7) соблюдать принципы эффективного умения слушать;
- 8) проявлять мастерство общения медицинской сестры с пациентом;
- 9) проявлять непрерывную инициативу в создании психологического микроклимата при общении с пациентом;
- 10) быть естественными при разговоре, создать атмосферу взаимопонимания, доверия.

В условиях больницы огромную роль для успешной работы играет создание доброжелательного психологического климата, который зависит от умения создавать доверительные отношения с пациентами и его окружением, эффективное общение в процессе профессиональной деятельности. Важно построить беседу, диалог с пациентом, его родственниками и коллегами по проблеме пациента с учетом разных способов коммуникации.

В межличностном общении пациент стоит на первом месте независимо от его поведения. Больной человек имеет обостренное чувство реагирования. Он более раздражителен, обидчив, раним. Он активно ищет понимания, доброжелательного отношения, поддержки. От медицинских работников зависит, способны ли они создавать такие условия для эффективного общения, проявлять терпение, сопереживание, искренность, заботу, уважение для создания доверительных отношений; соблюдают ли правила и принципы профессионального сестринского поведения. Знание факторов, способствующих и препятствующих эффективному общению, стилей общения, критериев эффективного общения помогут создать доброжелательный психологический климат для решения проблем пациента и его семьи, связанных с состоянием здоровья пациента.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Дайте определение понятиям «общение» и «общение в сестринском деле».
2. Охарактеризуйте уровни общения.
3. Что означает понятие «коммуникация»?
4. Расскажите о вербальных и невербальных способах общения.
5. Перечислите компоненты, способствующие умению слушать и понимать.
6. Расскажите об общих принципах эффективного слушания.
7. Перечислите факторы, способствующие общению.
8. Перечислите факторы, препятствующие общению.
9. Как называются состояния, которые могут возникнуть от неосторожно сказанных слов медработников? Назовите их причины.
10. Какие вопросы используются в межличностном общении? Приведите примеры этих вопросов.

1.5. ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ

*Человек — целый мир,
было бы только основное побуждение в нем
благородно.*
Ф.М. Достоевский

Основное понятие	Определение
Потребность	Осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни (Глоссарий МАНГО / под ред. Г.И. Перфильевой)
Здоровый образ жизни	Деятельность человека, направленная на укрепление здоровья
Релаксация	Расслабление
Эмоции	Индикаторы потребностей
Самоуход	Участие самого пациента, направленное на удовлетворение его жизненно важных потребностей, в результате чего обеспечивается достаточный для него уровень здоровья
Резистентность	Устойчивость
Стрессовая ситуация	Предполагает наличие факторов, способствующих нарушению равновесия в организме
Сохранение и укрепление здоровья	Процесс повышения информированности, изменение привычных установок и поиск реальных путей, улучшающих качество жизни
Факторы риска заболеваний человека	Отрицательные условия и факторы, влияющие на образ жизни человека и повышающие вероятность возникновения заболеваний
Профилактика заболеваний первичная	Укрепление здоровья по определенной программе (например, использование скрининг-тестов), позволяющей человеку быть здоровым
Профилактика заболеваний вторичная	Диагностика и лечение заболеваний на ранней стадии
Профилактика заболеваний третичная	Профилактика осложнений уже развившейся болезни

1.5.1. Понятие о потребностях человека. Основные теории и классификации потребностей

Нормальная жизнедеятельность человека как существа общественного, представляющего целостную, динамическую, саморегулирующуюся биологическую систему, обеспечивается совокупностью биологических, психосоциальных и духовных потребностей. Удовлетворение этих потребностей определяет рост, развитие, гармонию человека с окружающей средой.

Проявление потребностей происходит в виде мотивов поведения, побуждающих человека к активности.

Авторами потребностно-информационной теории, которая объясняет причины и движущие силы поведения человека, являются отечественные ученые П.В. Симонов и П.М. Ершов. Сущность этой теории состоит в том, что потребности побуждаются условиями существования организма в постоянно меняющейся окружающей среде.

Переход потребности в поступки и действия сопровождается эмоциями, которые могут быть положительными и отрицательными. П.В. Симонов и П.М. Ершов все потребности разделили на три группы:

- 1) витальные (потребность жить и обеспечивать свою жизнь);
- 2) социальные (потребность занять определенное место в обществе);
- 3) познавательные (потребность познавать внешний и внутренний мир).

Автор теории видов повседневной деятельности — Хендерсон.

По мнению В. Хендерсон (1897—1996), существует 14 видов повседневной деятельности (потребностей), на каждый из которых влияют социальные, культурные и экономические условия жизни человека (рис. 17).

Главным компонентом модели В. Хендерсон является возможность пациента (или его семьи) принимать участие в процессе ухода.

Виды повседневной деятельности

1. Нормальное дыхание.
2. Адекватная вода и питье.
3. Нормальные отправления организма.
4. Движение и различные позы.
5. Сон и отдых.
6. Выбор соответствующей одежды, одевание и раздевание.
7. Поддержание температуры тела на нормальном уровне путем подбора соответствующей одежды.
8. Содержание тела в чистоте, забота о внешности.



Рис. 17. Потребности человека по В. Хендерсон

9. Способность избегать опасных факторов окружающей среды и не навредить другим.
10. Общение с другими, выражение эмоций, нужд, страха и мнения.
11. Сохранение соответствующих религиозных мнений.
12. Работа, приносящая результаты.
13. Игра или участие в других формах отдыха.
14. Познание, открытие или удовлетворение любопытства, ведущие к нормальному развитию и здоровью, использование имеющихся средств укрепления здоровья.

Автор теории потребностей — А. Маслоу.

Американский психофизиолог Абрахам Маслоу родился в Нью-Йорке в семье эмигрантов из России.

В 1943 году он выделил 14 основных потребностей, определяющих поведение человека:

- 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;
- 13) иметь жизненные ценности — материальные и духовные;
- 14) играть, учиться, работать.

1.5.2. Условия, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей

Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку надо постоянно удовлетворять свои потребности:

- 1) соблюдать здоровый образ жизни;
- 2) жить в гармонии с социальным и культурным окружением;
- 3) повышать уровень материальных и духовных ценностей.

Переход любой потребности в действия или поступки сопровождается изменением в психоэмоциональной, познавательной и психомоторной сфере человека и зависит от свойств личности, возраста человека, уровня его образования, его способности осознать дефицит чего-либо.

Потребности влияют на переживания, волю человека, формируют направленность личности. Доминирующая потребность подавляет остальные потребности, определяет основное направление деятельности человека, например, человек, испытывающий жажду, ни о чем другом не может думать, кроме как о поисках источника утоления жажды.

Другой человек испытывает нравственную потребность, он может не только игнорировать чувство жажды, но и жертвовать собственной жизнью.

Различают осознанные или мало осознанные потребности.

Мало осознанными называются те потребности, которые могут создавать состояние беспричинной напряженности и беспокойства, например влечение — «влечет неведомая сила» (А.С. Пушкин). При усилении влечения потребность осознается — наступает действие или торможение.

Человек сознательно регулирует потребности и этим отличается от животных.

1.5.3. Факторы, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей

Жизнедеятельность человека зависит от многих факторов, которые упорядочены во времени и пространстве и поддерживаются системами жизнеобеспечения организма человека в условиях окружающей среды.

Регулируя потребности, необходимо учитывать факторы, влияющие на способ и эффективность удовлетворения потребностей, моральные нормы поведения человека в обществе, его возраст.

Воспитанный человек — тот, кто регулярно удовлетворяет свои потребности, учитывая потребности других людей и интересы общества.

К *внешним факторам*, от которых зависит эффективность удовлетворения потребностей, относятся условия окружающей человека среды: образ жизни, окружение, как социальное, так и духовное, материальные условия существования.

К *факторам, которые изменить нельзя*, относятся возраст, пол, наследственность человека.

Факторы риска, отрицательно влияющие на образ жизни человека, могут привести к нарушению удовлетворения потребностей. К ним относятся экологические отрицательные факторы, гиподинамия, избыточный вес, вредные привычки: курение, употребление алкоголя, стрессовые ситуации и другие, которые можно сгруппировать (табл. 1).

Таблица 1

Факторы, отрицательно влияющие на образ жизни человека

Сфера	Значение для здоровья (примерно), %	Группа факторов
Образ жизни	49—53	Курение, употребление табака. Несбалансированное питание. Вредные условия труда. Стрессовые ситуации. Адинамия, гиподинамия. Плохие материально-бытовые условия. Потребление наркотиков. Злоупотребление лекарствами. Непрочность семей, одиночество. Низкий образовательный и культурный уровень. Чрезмерно высокий уровень урбанизации
Генетика, биология человека	18—22	Предрасположенность к наследственным болезням. Предрасположенность к дегенеративным болезням

Внешняя среда, природно-климатические условия	17—20	Загрязнение воздуха канцерогенами. Загрязнение воды. Загрязнение почвы. Резкая смена атмосферных явлений
Здравоохранение	8—10	Неэффективность профилактических мероприятий. Низкое качество медицинской помощи. Несвоевременность медицинской помощи

1.5.4. Иерархия человеческих потребностей по А. Маслоу

По теории Маслоу одни потребности для человека более существенны, чем другие. Это позволило классифицировать их по иерархической системе — от физиологических до потребностей в самовыражении. Расположив потребности человека в виде пирамиды, А. Маслоу показал, что, не удовлетворив низшие, физиологические, лежащие в основании пирамиды потребности, нельзя удовлетворить высшие потребности (рис. 18).



Рис. 18. Иерархия человеческих потребностей по А. Маслоу

В 1977 году иерархия потребностей человека по А. Маслоу как теория мотивации претерпевает изменения. В результате этих изменений появляются познавательные, эстетические потребности, изменяется и перечень потребностей. Эти потребности человек самостоятельно удовлетворяет на протяжении всей жизни. Обеспечиваются они функцией различных органов и систем организма. Заболевание, вызывая нарушение функции того или иного органа, той или иной системы, мешает удовлетворению потребностей, приводит к дискомфорту.

В настоящее время в странах с высоким уровнем социально-экономического развития, где значительно изменились приоритеты в удовлетворении основных потребностей, теория Маслоу не столь популярна. Для наших условий сегодня эта теория остается популярной.

Основанием пирамиды являются фундаментальные потребности.

1.5.5. Характеристика основных потребностей человека по А. Маслоу

Уровни потребностей

Первый уровень потребностей человека: низшие, физиологические потребности, потребности выживания.

Они реализуются в основном бессознательно: дышать — это значит жить, без дыхания можно прожить 2–3 мин, желающий пить — пьет, голодный — ест, процесс выделения происходит не только на сознательном уровне.

1. Потребность в кислороде, нормальном дыхании — обеспечивается постоянным газообменом между клетками организма и окружающей средой. Это одна из основных физиологических потребностей человека. Дыхание и жизнь — неразделимые понятия.

При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным, появляются одышка, кашель. Продолжительное уменьшение концентрации кислорода в тканях приводит к цианозу, кожа и видимые слизистые приобретают синюшный оттенок. Поддержание этой потребности должно стать для медицинского работника приоритетной задачей. Человек, удовлетворяя эту потребность, поддерживает необходимый для жизни газовый состав крови.

2. Потребность в пище, для сохранения здоровья и хорошего самочувствия человек ест пищу. Рациональное и адекватное питание помогает исключить факторы риска многих заболеваний организма.

Необходимо помнить, что пища — это основной ресурс здоровья человека.

Поведение человека во время еды может изменить физиологическую потребность на аномальную потребность, например, обжорство или отказ от еды могут привести к заболеваниям. Медицинская сестра должна уметь определять проблемы пациента, связанные с нарушенной потребностью из-за болезни, видеть причины этих проблем, например: наличие зубных протезов, питательных зондов, аллергии на пищевые продукты и др.

3. Потребность в жидкости — удовлетворяя потребность пить, жидкость (вода, кофе, чай, молоко, суп, фрукты, овощи), поступает в организм. Для поддержания водного баланса необходимо употреблять 1,5–2 л жидкости ежедневно. Такое количество восполняет потери в виде выделений мочи, кала, пота, испарений при дыхании. При недостатке жидкости в организме появляются признаки обезвоживания, так как все процессы обмена веществ в организме протекают на клеточном уровне в водных растворах. При избытке жидкости — возникают отеки. От умения медицинской сестры предвидеть опасность обезвоживания или образования отеков зависит вероятность пациента избежать многих осложнений.

4. Потребность в выделении продуктов жизнедеятельности. Удовлетворение потребности выделять обеспечивается функциями мочевыделительной и пищеварительной систем, а также кожи и органов дыхания. Многие пациенты считают процесс выделения продуктов жизнедеятельности интимным и предпочитают не обсуждать эти вопросы. При удовлетворении потребности медицинская сестра должна обеспечить пациенту возможность уединения, должна уважать его право на конфиденциальность.

Второй уровень потребностей человека: биосоциальные потребности в безопасности.

Для большинства людей безопасность означает надежность и удобство, отсутствие стрессовых ситуаций. Каждый из нас нуждается в крове, одежде и в том, 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; при плохом зрении пациент пользуется очками. Человек одевается соответственно погоде, в палате должно быть достаточно тепло. Пациент должен быть уверен, что в случае возникновения проблем ему будет оказана квалифицированная помощь и он будет в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинить вреда окружающим.

5. Потребность во сне и отдыхе — при недосыпании уменьшается уровень глюкозы в крови, ухудшается питание мозга, замедляются мыслительные процессы, рассеивается внимание, ухудшается кратковременная память. Истощается нервная система, нарушается функциональное состояние организма. Больному человеку сон более необходим, поскольку способствует улучшению его самочувствия. Несмотря на то, что восприимчивость человека к внешним раздражителям во время сна снижена, это достаточно активное состояние.

На сон человека, его поведение при отсутствии сна могут оказывать влияние несколько факторов: отсутствие отдыха в течение дня, отсутствие отпуска и выходных, физическое недомогание, чрезмерная загруженность работой, лекарственные средства и наркотики, образ жизни, эмоциональный стресс, окружающая среда и физическая нагрузка. Любое заболевание, сопровождающееся болью, физическим недомоганием, тревогой и депрессией, приводит к нарушению сна.

Отдых — состояние пониженной физической и психической активности. Изменяется выражение лица, появляется усталость, утомленность, потухший взгляд, бедная мимика. Отдыхать можно не только лежа на диване, но и во время длительной прогулки, чтения книги или при выполнении специальных релаксирующих (расслабляющих) упражнений. В лечебном учреждении отдыху может помешать громкий шум, яркий свет, присутствие других людей.

Необходимость отдыха и сна для жизнедеятельности человека дает возможность медицинской сестре оказать пациенту помощь.

К нарушениям сна относятся:

- прерывистый сон;
- быстрое пробуждение;
- засыпание под утро;
- бессоница, когда пациент вообще не может уснуть в течение суток и более.

Медицинская сестра (младшая медицинская сестра) обращает внимание на следующие основные признаки:

- внешний вид пациента (утомленность, усталость);
- выражение лица (бедная мимика, потухший взгляд);
- зевота и т.п.

При нарушении сна пациента медицинская сестра (младшая медицинская сестра) обязана доложить врачу о своих наблюдениях.

6. Потребность быть чистым. Кожа и слизистые оболочки человека выполняют защитную функцию, выводят из организма продукты жизнедеятельности, участвуют в процессах терморегуляции, т.е.

поддержания постоянной температуры тела, поэтому человеку необходимо заботиться о поддержании чистоты тела. В противном случае возможно появление зуда кожи, изменений в области естественных складок и участков тела, соприкасающихся с твердой поверхностью при длительном постельном режиме или с грязным бельем, появление пролежней. Пролежни у тяжелобольного указывают на плохой уход.

7. Потребность одеваться, раздеваться. В зависимости от состояния организма и климатических условий человеку необходимо поддерживать и регулировать температуру тела одеждой, обеспечивая комфортное состояние организма независимо от времени года. Важно подобрать одежду по возрасту, полу, сезону, окружающей обстановке. Медицинской сестре необходимо следить, чтобы пациенты были опрятны, в одежде, соответствующей их состоянию здоровья и приносящей им моральное удовлетворение.

8. Потребность поддерживать температуру тела. Известно, что в организме человека процессы теплопродукции и теплоотдачи регулируются различными отделами центральной нервной системы с участием желез внутренней секреции. Постоянная температура тела (в пределах физиологических колебаний) создается процессом терморегуляции, в результате которого в организме поддерживается равновесие между теплопродукцией и теплоотдачей. Процесс теплопродукции как процесс образования тепла происходит в клетках и тканях организма за счет окисления углеводов, жиров и отчасти белков, в первую очередь в клетках скелетных мышц и печени. Теплоотдача же происходит в результате излучения с поверхности тела около 80% тепла, с потом и выдыхаемым воздухом испаряется около 18–20% тепла и незначительное количество теряется с мочой и калом.

Нормальная жизнедеятельность организма также обеспечивается поддержанием микроклимата в тех помещениях, где находится человек, а также одеждой, которую подбирает человек для согревания тела по сезону. Всегда нужно помнить, что высокая температура окружающей среды приводит к усилению теплоотдачи, так как происходит рефлекторное расширение капилляров кожи, учащение дыхания, излучение тепла, усиленно выделяется пот, который, испаряясь, охлаждает кожу.

Пониженная внешняя температура рефлекторно приводит к сужению кожных капилляров, спазму гладкой мускулатуры выводных протоков потовых желез. Появляется эффект «гусиная кожа», в результате чего теплоотдача уменьшается.

Медицинской сестре необходимо проявить участие, регулярно измерять температуру тела пациента, а также строго выполнять назначения врача.

9. Потребность быть здоровым. Стремление человека быть здоровым, независимым в удовлетворении жизненно важных потребностей при изменении состояния здоровья, возникновении болезни проявляется в том, что он самостоятельно решает многие проблемы, строго выполняет назначения врача, все знает о своей болезни, ведет дневник наблюдений за своим состоянием здоровья и вовремя сообщает врачу о любых отклонениях. Активно участвует в обсуждении избранного курса лечения или реабилитации. Но при некоторых состояниях, когда пациенту невозможно самостоятельно удовлетворять жизненно важные потребности, в том числе в случаях неотложных состояний, медицинская сестра оказывает пациенту непосредственную помощь по удовлетворению его нарушенных потребностей. По мере расширения режима активности пациента она помогает ему самостоятельно обслуживать себя.

10. Потребность избегать опасностей, болезней, стрессов. Для каждого человека важно избегать тех неблагоприятных факторов, которые называются факторами риска и приводят к возникновению заболеваний. Если человек испытывает чувство страха, опасение за свое здоровье и не знает, как поступить в данной ситуации, он должен вовремя обратиться за помощью. Важно, чтобы он хотел этого, а также мог избежать безразличия к своему состоянию здоровья, стремиться к здоровому образу жизни: заниматься аутотренингом, знать методики релаксации, изучать необходимую литературу о пропаганде здорового образа жизни, укреплять здоровье в рамках как первичной профилактики (при отсутствии болезней), так и вторичной (профилактика обострений заболевания).

11. Потребность двигаться. Ограничение двигательной активности или неподвижность создают много проблем для человека. Такое состояние бывает продолжительным или непродолжительным, временным или постоянным. Оно может быть обусловлено травмой с последующим наложением шины, вытяжением конечностей с применением специальных аппаратов, сопровождаться болью — при наличии хронических заболеваний, остаточных явлений нарушения мозгового кровообращения. Младшей медицинской сестре вместе с коллегами и родственниками важно убеждать пациента соблюдать режим двигательной активности, назначенный врачом и знать и уметь применять различные способы обращения с пациентом и методики перемещения согласно стандартам.

Неподвижность — один из факторов риска развития пролежней, нарушения функции опорно-двигательного аппарата, работы сердца и органов дыхания. При длительной неподвижности наблюдаются изменения в системе пищеварения. И главная проблема пациента —

он не может общаться с окружающей средой, которая оказывает значительное влияние на формирование личности человека. От степени и продолжительности состояния неподвижности у пациента могут появиться те или иные проблемы в психосоциальной сфере; изменяются способность к обучению, мотивация, чувства и эмоции.

Сестринская помощь, направленная на максимально возможное восстановление двигательной активности, самостоятельности при движении с использованием современных средств перемещения (костылей, протезов), имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

Третий уровень: социальные потребности — это потребности в семье, друзьях, их общение, одобрение, привязанность, любовь и т.д.

Люди хотят, чтобы их понимали, любили (не путать с сексуальной потребностью). 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.

12. Потребность общаться. Нарушение социальных контактов человека, нуждающегося в помощи, приводит к его замкнутости, стремлению к самоизоляции или, наоборот, к раздражительности и повышенному требованию к себе, недоверию к медицинскому работнику. Всегда нужно помнить, что человек — это существо общественное, поэтому для нормального функционирования организма необходимо общение, как духовное, так и физическое.

Общение как сложный, многоплановый процесс установления контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности, нужно пациенту для нормальной жизнедеятельности, особенно для психоэмоционального равновесия. Беседы, чтение книг, музыка, просмотр телепередач, слушание радиопередач и общение на религиозные темы, чтение молитвы способствуют созданию благоприятной атмосферы, если они удовлетворяют потребности пациента. Желание или нежелание общаться с окружающим миром медицинские работники выясняют при первом контакте с ним и ориентируют свою

помощь и уход с учетом этого желания. Возможность пациента общаться с окружением может ограничиваться нарушениями памяти пациента, интеллекта, слуха, зрения и двигательной активности. Учет этих нарушений требует особенных знаний и умений по обслуживанию таких пациентов.

Действия медицинской сестры по удовлетворению потребности:

- организация доступного общения;
- помощь по удовлетворению потребности при наличии физических недостатков;
- обеспечение полного доверия медицинскому работнику;
- помощь в установлении нарушенных контактов с семьей по желанию пациента и т.д.

Четвертый уровень: потребность в уважении, достижении успеха.

13. Потребность в достижении успеха. Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушными к оценке своего успеха со стороны окружающих. Потребность в достижении успеха, уважении (почитании) означает стремление человека быть компетентным, иметь жизненные ценности, одобрение, признание.

Достижение успеха в жизни человека не может быть без удовлетворения познавательных (знать, уметь, понимать, исследовать) и эстетических потребностей (гармония, порядок, красота).

Чем выше уровень социально-экономического развития общества, тем более полно удовлетворяются потребности в самоуважении. Нетрудоспособные и пожилые пациенты теряют это чувство, так как чаще всего больше ни для кого не представляют интереса, некому порадоваться их успеху, а поэтому у них нет возможности удовлетворить свою потребность в уважении. Медицинской сестре в беседах с пациентом необходимо помочь им обрести это чувство.

Пятый уровень: потребность в самовыражении, самореализации.

14. Потребности в самовыражении, самоактуализации. Играть, учиться, работать — наивысший уровень потребностей человека. Они необходимы человеку для самовыражения, самореализации. Каждый верит, что он делает лучше, чем другие. Для одного человека, самовыражение — это написание книги, для другого — вырастить сад, для третьего — воспитание детей. Ребенок реализует себя в игре, взрослый человек — в работе. Для этого ему необходимо учиться, совершенствоваться. А. Маслоу подчеркивает, что предпосылкой возникновения потребности в самоактуализации является удовлетворение потребностей физиологических, в безопасности, любви и уважении.

1.5.6. Проблема регулирования потребностей человеком

Проблема регулирования потребностей возникает перед каждым человеком в его повседневной жизни. Она особенно остра у тех людей, кто обладает богатством потребностей и наличием возможностей их удовлетворения. Но есть потребности, возникающие в экстремальных условиях, застающие человека врасплох, есть потребности, требующие для своего удовлетворения определенных биологических ресурсов и мобилизации волевых качеств. Есть потребности, возникающие одновременно и требующие от человека сознательного выбора: какой из них отдать предпочтение, например пойти к врачу или закончить работу, а потом обратиться к врачу. Если человек будет строго следовать установленному распорядку, действуя по принципу «делай не то, что тебе хочется, а то, что надо», он может навредить своему здоровью.

Если же вы, ссылаясь на обстоятельства, будете курить, пить, передать, у вас появятся такие факторы риска, которые могут привести к различным заболеваниям, и вы перестанете управлять эмоциями, поведением, то ваша потребность быть здоровым превратится в красивую, но неосуществимую мечту.

Необходимо помнить, что человек может и должен управлять своими потребностями. Для этого необходимо:

- обладать высокой целью своей жизни. Все временные и проходящие цели и потребности рассматривать через призму главной цели своей жизни;
- каждое действие по удовлетворению потребности подвергать всесторонней мотивации, не совершать немотивированных поступков;
- формировать разумную волю, чтобы быть способным устоять от соблазнов, приводящих к болезням, и следовать своей дорогой.

Управлять потребностями — значит управлять своей жизнью, стремиться к достижению результата. Если вы осознали свою потребность, например, быть здоровым, вы должны подчинить этой потребности все текущие кратковременные потребности и цели, рассчитать свои силы и средства так, чтобы полностью усваивать знания и умения в этой области. Точнее говоря, здоровье должно занимать ведущее место в вашей жизни.

1.5.7. Пример оказания помощи пациенту в удовлетворении потребности спать, отдыхать (по модели В. Хендерсон)

Для решения проблем, возникших у пациента, медицинская сестра должна владеть профессиональными знаниями в области теории и моделей сестринского дела, тактики сестринского ухода при нарушении сна у пациента. Медсестра обязана знать типичные проявления этого состояния, его основные симптомы или синдромы. Знать стадии сна и реакции пациента, а также причины, их вызывающие; влияние лекарственных препаратов и алкоголя на качество сна; владеть знаниями о компенсаторных механизмах организма пациента, а также владеть методами обследования пациента по этой проблеме; знать их диагностическое значение; уметь определить степень ограничения независимости пациента.

Прежде чем медицинская сестра проведет первичную оценку потребности пациента по ее удовлетворению, необходимо:

- организовать доступное общение;
- добиться положительных эмоций у пациента от общения;
- создать доверительные отношения;
- знать методы оказания помощи и ухода по удовлетворению потребности спать при наличии физических недостатков;
- знать способы оказания помощи и ухода различным возрастным группам пациентов в условиях учреждения здравоохранения и на дому;
- знать способы оказания помощи в установлении нарушенных контактов с семьей по желанию пациента;
- подготовить сестринский лист наблюдения за состоянием пациента.

Первичная оценка потребности спать и отдыхать. Соберите необходимую информацию о потребности. Обследуя пациента, медсестра должна знать наиболее характерные признаки при нарушении этой потребности. Пациент будет предъявлять жалобы на нарушение сна.

При активном выявлении жалоб пациента медсестре необходимо выяснить характер нарушения сна, причины, его вызывающие.

К нарушениям сна относятся:

- прерывистый сон;
- быстрое пробуждение;
- засыпание под утро;
- бессоница, когда пациент вообще не может уснуть в течение суток и более.

Факторы риска, влияющие на потребность спать, отдыхать:

- отсутствие отдыха в течение дня;
- одиночество;
- плохие семейные отношения;
- душный воздух в помещении;
- несвоевременность медицинской помощи, ее низкое качество;
- стрессовые ситуации и т.п.

Модель В. Хендерсон предусматривает участие пациента во всех этапах сестринского ухода. Принимать решения за пациента можно лишь тогда, когда пациент не может это сделать самостоятельно.

При объективном обследовании обратите внимание на следующие признаки:

- внешний вид пациента (утомленность, усталость);
- выражение лица (бедная мимика, потухший взгляд);
- зевоту и т.п.

Оцените психическое состояние пациента, его поведение: ориентирован ли пациент во времени, сделайте выводы об эмоциональном статусе пациента, замкнут или общителен и т.д.

Возможные проблемы пациента, связанные с удовлетворением потребности спать и отдыхать

Сформулируйте проблемы пациента.

Некоторые примеры возможных проблем пациента:

- 1) отсутствие сна, связанное с длительным хроническим заболеванием;
- 2) нарушение сна, связанное с возникновением семейных проблем;
- 3) нарушение сна из-за тревожного состояния, связанного с пребыванием в стационаре.

Потенциальная проблема пациента: риск нарушения жизнедеятельности, связанный с нарушением сна.

Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности спать и отдыхать

Сформулируйте цели (краткосрочные и долгосрочные) по приоритетной проблеме пациента, связанной с нарушением потребности спать, отдыхать. Поставленная цель должна быть реалистичной и измеримой, чтобы можно было оценить успешность или неуспешность сестринских вмешательств.

Примеры некоторых целей:

- краткосрочных: пациент будет спать через 2 ч или пациент научится соблюдать режим дня и ночи в течение суток;
- пациент подтвердит, что будет спать спокойно, не менее 8 ч, в ближайшие двое суток;

- долгосрочных: у пациента будет нормальный сон к моменту выписки.

Примерный план помощи и ухода пациенту в удовлетворении потребности

Составьте письменный план сестринских вмешательств по каждой проблеме. Помните, что сестринское вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости, насколько это возможно.

Пример планирования мероприятий, которые проводит медсестра по краткосрочной цели:

- 1) сообщить врачу об отсутствии сна у пациента;
- 2) дать снотворное средство по назначению врача;
- 3) установить наблюдение за соблюдением режима активности пациента, положением в постели: помочь создать удобное положение в постели, укроет пациента;
- 4) создать оптимальные условия для сна: тишину и покой в палате, проветрит помещение, обучит упражнениям по расслаблению, переведет пациента в отдельную палату и т.д.

Итоговая оценка сестринского ухода

Оцените результаты (проведите итоговую оценку сестринского ухода). Оцените эффективность предоставленного ухода и проведите его коррекцию в случае необходимости (если цели не достигнуты). Оцените повседневную потребность спать. Измените цели, если они не достигнуты, и планируйте новые вмешательства.

Пример оценки ухода:

- пациент через 2 ч спит спокойно;
- пациент научился соблюдать режим дня и ночи к концу следующих суток.

Задание: самостоятельно составьте план сестринских вмешательств по долгосрочной цели. Заполните документацию.

Возможные сестринские вмешательства для удовлетворения нарушенной потребности спать и отдыхать

1. Провести первичную сестринскую оценку качества сна, уровня тревожности пациента. (Выяснить у пациента причины данного состояния, качество сна: рано засыпает, часто просыпается, долго не может заснуть, не спит в течение нескольких ночей перед госпитализацией или бессонница его часто беспокоила прежде, много спит днем и т.д.)
2. Следить за постельным и нательным бельем пациента.
3. Проводить гигиенические мероприятия утром, перед сном и по необходимости: умыться, почистить зубы, вечером вымыть ноги и т.д.
4. Проветрить помещение перед сном, поправить постель, подушки.

5. Ежедневно проводить оценку качества сна.
6. Проводить беседы с пациентом и его родственниками о важности сна для здоровья пациента.
7. Дать рекомендации пациенту:
 - не есть пищу и не пить воду после 18.00, на ночь (в 20.00) выпить только кефир;
 - не смотреть телевизор, не читать литературу, которая угнетает пациента;
 - в летнее время года, в зависимости от состояния здоровья и назначений врача, прогуляться перед сном в пределах территории больницы.
8. Оказать психологическую поддержку в течение всего периода его пребывания в больнице: побуждать пациента высказывать свои мысли, выражать свое беспокойство по поводу нарушения сна.
9. Выполнять назначения врача: давать пациенту снотворные и (или) обезболивающие лекарства, наблюдать за их эффективностью. Объяснить пациенту, что снотворное лекарство принимают через 15–30 мин после обезболивающих средств.

Заполните документацию.

Стандартизированный план ухода

ФИО пациента _____

№ истории болезни _____

Дата _____

Проблема пациента

Цель ухода

План сестринских
вмешательств

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. В чем смысл понятия «потребности человека»?
2. В чем заключается сущность потребностно-информационной теории?
3. Что является главным компонентом модели В. Хендерсон?
4. Перечислите уровни иерархии потребностей человека по А. Маслоу.
5. Перечислите фундаментальные потребности по А. Маслоу.
6. Каковы основные жизненно важные потребности человека?
7. Перечислите социальные потребности по А. Маслоу.
8. В чем заключается роль медицинской сестры по удовлетворению нарушенных потребностей пациента?
9. Перечислите действия медицинской сестры по удовлетворению потребностей.

1.6. ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ (МОДЕЛИ) СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Медсестринское дело — это смесь мифа, тайны и магии.
В. Хендерсон

Основное понятие	Определение
Модель	От фр. «образец», «стандарт». Пример, образец, по которому что-то должно быть сделано
Проблема	От греч. <i>problema</i> — задача. Задача, решение которой ориентировано на достижение результата
Я-концепция	Желание человека понять самого себя: как собственное поведение, так и телесный образ
Проблема пациента	Проблемы, которые существуют у пациента и препятствуют ему в достижении оптимального здоровья в сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания
Концепция	Система взглядов, определенный способ трактовки явлений, структурированная система понимания сущности процессов
Адаптация	Приспособление

1.6.1. Значение теории сестринского дела для научной, образовательной и практической деятельности

Велико значение теории сестринского дела для научной, образовательной и практической деятельности. В теории сестринского дела, каждой ее модели имеются единые, основополагающие понятия, такие как:

- пациент как объект сестринской деятельности;
- источник проблем пациента;
- направленность сестринских вмешательств;
- цели ухода;
- способы сестринских вмешательств;
- оценки результатов сестринского ухода.

Толкование этих понятий и способы взаимодействия их между собой существенно различаются. В этом изменчивом понимании понятий развиваются научные исследования в сестринском деле, целью которых является объективная оценка всех происходящих изменений и выбор пути развития сестринского дела в зависимости от объективных

условий существования человека и окружающей его среды. Влияние и готовность применения результатов научных исследований и использование их на практике оказывают огромное значение для улучшения, совершенствования практической деятельности медицинского персонала в изменяющихся условиях, связанных с появлением высокотехнологической помощи населению, созданием стандартов помощи и ухода, укреплением сестринского дела как профессии.

Изменяется и образовательный стандарт среднего профессионального образования. Практическое здравоохранение уже много десятилетий нуждается в профессиональном среднем медицинском специалисте, способном решать проблемы пациента посредством сестринского ухода.

Новый профессиональный стандарт третьего поколения ориентирован на обучение профессиональных медицинских работников среднего звена, компетентных решать сложные проблемы ухода за пациентами как в условиях стационара, так и на дому с учетом всех возрастных групп населения. Таким образом, потребность в изменении основы текущей практики отражается не только в научных исследованиях, но и в образовательных стандартах третьего поколения и соответствует современному этапу развития сестринской деятельности в обществе, суть которого — эффективное развитие сестринского дела.

1.6.2. Концептуальные модели сестринского дела

Формирование различных моделей сестринского дела началось в 1950-е гг. в США, а с 1980-х гг. и в западноевропейской медицине.

Модели сестринского дела, как в зеркале, отражают степень развития медицины и сестринского дела в каждой из стран.

Модель содержит ценности, лежащие в основе сестринского дела, взгляды на здоровье, роли, функции, задачи сестринского дела, способы определения потребностей человека в сестринском уходе, определяет границы сферы сестринской деятельности и создается сестрами для конкретных рабочих ситуаций.

Модели сестринского дела называются концептуальными, так как их общие, основополагающие (фундаментальные) понятия теории сестринского дела, такие как личность (пациент), здоровье, окружающая среда, сестринское дело, имеют чаще всего различное содержание и являются идеей автора той или иной модели. В каждой модели авторы также по-разному видят способы взаимодействия основных понятий: роль медсестры, источники проблем пациента, направленность сестринских вмешательств, цель ухода, способы сестринских вмешательств, способы оценки качества и результатов ухода.

Модель является практическим руководством в работе медицинских сестер. Авторы моделей (Флоренс Найтингейл, Вирджиния Хендерсон, Дороти Джонсон, Доротея Орем, Калиста Рой, Марта Роджерс, Мойра Аллен и др.) описывают, разъясняют, помогают систематизировать, применять на практике теоретические знания в сестринском деле. Содержание фундаментальных понятий, которые составляют теоретическую базу сестринского дела, в разных странах зависит от условий жизни людей и не является какой-то постоянной или зафиксированной теорией, оно изменяется и определяет отношение к сестринской деятельности в каждой из стран на определенном этапе времени. Все концептуальные модели сестринского дела включают в себя определенную общую структуру, терминологию, общие правила, признаки, которые составляют ее элементы. Они научно обоснованы и логически связаны между собой.

1.6.3. Основные принципы оказания сестринской помощи в моделях сестринского дела

Сестринский процесс четко отражает принципы оказания сестринской помощи той или иной модели сестринского дела, например:

- модель М. Аллен — отражает принципы первичной медико-социальной помощи (ПМСП);
- модель поведенческой системы Д. Джонсон;
- модель Д. Орэм — принципы дефицита самоухода;
- модель Хендерсон — добавочно-дополняющая модель, отражающая принципы помощи в достижении, восстановлении независимости пациента в повседневной жизни, насколько это возможно;
- адаптационная модель К. Рой (Канадской ассоциации медицинских сестер — эволюционно-адаптационная);
- модель, предложенная Н. Роупер в 1976 г., дополненная в 1980-е гг. В. Логан и А. Тайэрни. Авторы данной модели считают, что основным принципом помощи является оценка сестринской деятельности, которая основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах, наблюдаемых сторонах поведения человека.

Сестринский процесс как научно обоснованная методология профессиональной сестринской помощи, ориентированной на удовлетворение потребностей пациента в уходе с непременным его участием или членов его семьи, определяет последовательные действия медсестры для оказания медицинской помощи и ухода и является неотъемлемым понятием современных моделей сестринского дела.

Модели позволяют медицинским сестрам реализовать свою роль на практике в области здравоохранения, могут применяться в различных лечебных заведениях, семейной медицинской практике, в центрах здоровья и т.п. Преимуществом использования модели В. Хендерсон является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья.

В нашей стране медицинским сестрам известна врачебная (традиционная) модель, так как подготовка сестринского персонала ориентирована именно на нее. Роль медицинской сестры сводится к роли помощника врача, выполняющего его назначения, регламентированные временными и профессиональными рамками. Причем действия медсестры направлены на восполнение дефицита ухода, восстановление утраченных функций организма, преодоление препятствий для восстановления состояния здоровья и зависят от конкретного заболевания. Объектом сестринской практики чаще является больной человек, а не пациент.

Во многих странах одновременно используют на практике несколько моделей, так как единой модели на сегодняшний день не существует. Необходимо помнить, что на создание модели влияет общество, его устройство, потребности, социальная и культурная среда. Важно, чтобы медсестра умело применяла модели или элементы одной из моделей для конкретной практической ситуации, понимала различия понятий (потребность, этапы сестринского процесса, роль медсестры и др.), используя имеющуюся теоретическую базу о сестринском деле и моделях сестринского дела.

1.6.4. Сходства и различия в толковании понятий моделей В. Хендерсон, Д. Орэм, М. Аллен

Сходство моделей состоит в том, что в основе деятельности медицинской сестры лежит сестринский процесс (поэтапный ход событий) (табл. 2).

Таблица 2

Сравнение моделей сестринского дела

Составляющее понятие модели	Модель В. Хендерсон (1966)	Модель Д. Орэм (1971)	Модель М. Аллен (1982)
Пациент	Независимое совершенное существо, которое имеет 14 фундаментальных потребностей,	Единая функциональная система, имеющая потребности биологические, социальные и	Пациент рассматривается через призму семьи. Он является членом семьи,

	<p>являющихся одинаковыми для всех людей. Потребности взаимосвязаны с основными потребностями по А. Маслоу. В определенные периоды жизни (болезнь, беременность, старость, приближение смерти) человек часто не в состоянии удовлетворить эти потребности без посторонней помощи</p>	<p>духовные, а также мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет уход независимо от состояния здоровья, т.е. от его возможности и потребности должны быть в равновесии. Выделяет три группы потребностей: универсальные, связанные со стадией развития и связанные с нарушением здоровья</p>	<p>а не отдельным пациентом, который стремится улучшить состояние своего здоровья и обладает определенным потенциалом, который потребуется для обучения здоровому образу жизни. Здоровье пациента является основным ресурсом общества</p>
Источник проблем пациента	<p>Способность человека удовлетворять свои фундаментальные потребности, которая меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Неудовлетворенные потребности</p>	<p>Недостаточность самоухода. Невозможность сохранить равновесие между ограниченными возможностями человека и его потребностями</p>	<p>Изменение поведения (здоровья) человека в семье. Нежелание, неумение преодолевать усилия, направленные на оздоровление, отсутствие собственного опыта в укреплении здоровья как пациента, так и его семьи</p>
Направленность сестринского вмешательства	<p>Понимание состояния пациента с позиции самого пациента, определение вмешательств с целью скорейшего восстановления независимости пациента в уходе. Сестринский уход может быть зависимым, независимым и взаимозависимым</p>	<p>Определение дефицита самоухода и его причин: незнание, неумение, нежелание выполнять те или иные действия по самоуходу. Три системы помощи: полная компенсирующая, частично компенсирующая, консультативная (обучающая)</p>	<p>Ориентация на здоровый образ жизни, укрепление здоровья через поиск путей преодоления и развития — «Здоровье через развитие», профилактическая направленность путем активного личного участия. Социальное обучение</p>
Цель ухода	<p>Краткосрочные и промежуточные цели</p>	<p>Краткосрочные и долгосрочные,</p>	<p>Чаще долгосрочные, направленные</p>

	<p>следует ставить при острых состояниях и всегда ставить долгосрочные цели по восстановлению независимости пациента при удовлетворении его фундаментальных потребностей</p>	<p>которые направлены на активизацию адаптационных возможностей пациента, максимальное восстановление равновесия между ограниченными возможностями человека (в связи с изменениями в состоянии здоровья и его потребностями)</p>	<p>на использование потенциальных возможностей пациента или членов его семьи для улучшения состояния здоровья; профилактику заболеваний (первичную, вторичную, третичную), изменение поведения, формирование потребности в здоровом образе жизни</p>
<p>Способы сестринских вмешательств (в разных моделях внимание сестры сосредоточено на различных аспектах состояния пациента)</p>	<p>Внимание сестры сосредоточено на восстановлении равновесия между пациентом и окружающей средой на основе удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, т.е. заболевания</p>	<p>Предполагает шесть способов сестринского вмешательства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) делать что-либо за пациента; 2) руководить пациентом; 3) направлять его действия; 4) оказывать физическую поддержку; 5) создавать необходимые условия для обеспечения ухода; 6) обучать пациента или его родственников элементам ухода и помощи 	<p>Предусматривает изменение образа жизни всей семьи из-за болезни члена семьи, борьба с вредными привычками, являющимися факторами риска заболеваний, укрепление здоровья путем активного личного участия, контроль массы тела и других показателей состояния здоровья, формирование уверенности в том, что семья сможет справиться с трудностями</p>
<p>Оценка результатов ухода</p>	<p>Поэтапная оценка проводится после сестринского вмешательства, направленного на удовлетворение всех фундаментальных потребностей пациента</p>	<p>Проводится по оценке результатов контроля знаний и умений пациента и его семьи осуществлять самоуход</p>	<p>Определяется по реакции пациента и членов его семьи после оказания помощи и ухода, состоянию здоровья пациента (семьи)</p>

Роль медсестры	Независимая (действует по стандартам, помогает пациенту выполнять те функции, которые он выполняет с трудом или не может выполнить); помощник врача, выполняющий его назначения	Дополняющая, расширяющая возможности пациента, помогающая пациенту осуществлять самоуход	Исследовать возможности пациента и его семьи и оказать ситуационно обусловленную помощь семье с учетом потенциальных возможностей самой семьи
----------------	---	--	---

Неотъемлемым понятием современных моделей сестринского дела является сестринский процесс как метод организации сестринского ухода, в котором осуществляются последовательные действия медицинской сестры и младшей медицинской сестры для оказания медицинской помощи и ухода на основе научно обоснованных действий (стандартов).

Модели позволяют медицинским сестрам реализовать свою роль на практике в области здравоохранения, могут применяться в различных лечебных заведениях, семейной медицинской практике, в центрах здоровья и т.п.

Изучение моделей сестринского дела для развития сестринской специальности очень велико, оно помогает взглянуть на функции медицинской сестры как систему знаний. В России сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу сестринского дела в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями, а не только в осуществлении ухода за больными.

Новая концепция сестринского дела заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела в России новой профессиональной моделью. Этому помогут знания в области моделей сестринского дела.

Сегодня практикующая медицинская сестра должна быть достаточно компетентной. Она должна иметь знания, владеть умениями и навыками, иметь практический опыт, а также быть уверенной, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты ухода, отвечающие потребностям конкретного пациента. При таком подходе делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровление и восстановление здоровья пациента.

1.6.5. Понятие врачебной модели

Как было сказано ранее, в нашей стране медицинским сестрам известна врачебная (традиционная) модель, так как подготовка сестринского персонала ориентирована именно на нее. Роль медицинской сестры сводится к роли помощника врача, выполняющего его назначения, регламентированные временными и профессиональными рамками. Причем действия медицинской сестры направлены на восполнение дефицита ухода, восстановление утраченных функций организма, преодоление препятствий для восстановления состояния здоровья больного человека и зависят от конкретного заболевания.

Исследователи в области сестринского дела обратили внимание, что представления о хорошей подготовке медицинских сестер в разные эпохи были неодинаковы. Раньше врачебная практика носила в основном целостный характер (имела холистический подход): при обследовании, проведении первичных профилактических мероприятиях, постановке диагноза и при назначении лечения принимали во внимание связь между пациентом (а не больным) и окружающей средой. При современном врачебном вмешательстве внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биологических причин и проявлений заболеваний. Объектом врачебной помощи является больной человек. Сегодня важно понять терминологию врачебной модели. Такой подход часто преуменьшает или даже полностью игнорирует социальные и экономические факторы при установлении причины заболевания.

В настоящее время социальный заказ требует, чтобы медицинская сестра была не только исполнителем воли врача, но и самостоятельным специалистом, отвечающим за свою деятельность и исполняющим свой долг в рамках профессиональной модели.

Приверженцы врачебной модели согласны, что врачебную модель нужно заменить сестринским процессом. Однако, по их мнению, сестринский процесс не дает сестрам необходимых знаний о человеке, его потребностях и проблемах, связанных со здоровьем, хотя и предусматривает обследование пациента, определение целей и вмешательств, их планирование, оценку результатов ухода. В то же время он не указывает, что должно быть в центре внимания такой деятельности.

Во врачебной модели планирование ухода осуществляет врач, и оно направлено на быстрое и эффективное устранение нарушений в деятельности больного органа или системы независимо от желания и возможного участия пациента в лечении, так как интересы пациента редко находятся в центре внимания при планировании ухода.

Сестринское вмешательство направлено на четкое выполнение врачебных назначений, на улучшение стандартов ухода и зависит от опыта и знаний врача. Оценка качества и результатов ухода за пациентом во врачебной модели необязательна и практически не проводится медицинской сестрой.

1.6.6. Основные положения моделей сестринского дела. Н. Роупер, В. Логан, А. Тайэрни

Модель предложена Н. Роупер в 1976 г., дополнена в 1980-е гг. В. Логан и А. Тайэрни. Авторы данной модели считают, что медицинская сестра должна сосредоточить свое внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека; оценка сестринской деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах.

Авторы модели установили 12 видов повседневной жизнедеятельности, которые являются потребностями человека. 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;
- 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, досуг и развлечение;
- 10) сексуальность;
- 11) сон;
- 12) умирание.

Роль медицинской сестры:

- предоставить возможность обращаться за помощью и принимать ее для удовлетворения нарушенной потребности;
- помочь решить действительные проблемы.

1.6.7. Модель поведенческой системы Д. Джонсон в сестринском деле

Д. Джонсон в 1968 г. предлагает уйти от понятия потребностей человека, от представлений о человеке во врачебной практике и определять действие каждой подсистемы человека в стремлении на основе прошлого опыта достичь определенных целей. Этот результат зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения.

Д. Джонсон различает два основных типа поведения человека:

- 1) установка, создаваемая действиями и объектами непосредственно вокруг человека;
- 2) установка, создаваемая прошлыми привычками.

Сестринское вмешательство:

- ограничение поведения;
- защита пациента от неблагоприятных факторов окружающей среды;
- подавление неадекватных реакций пациента;
- сотрудничество медицинской сестры с пациентом. Пациент должен представлять свою роль, свои действия в восстановлении здоровья.

Оценка качества и результатов ухода. Медицинская сестра описывает результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, заранее предвидя возможное поведение пациента, так как оно определяет, что вмешательство было успешным и цели достигнуты.

Если ожидаемые результаты не достигнуты, медицинская сестра проводит переоценку поведения пациента в пределах каждой из подсистем.

Пример применения модели Джонсон

Ситуация: пациент находится на лечении в травматологическом отделении по поводу перелома правого бедра. После скелетного вытяжения врач назначил пациенту учиться ходить с помощью костылей. Ходить на костылях ему трудно, но от помощи родственников он отказывается, не желая их видеть.

Сестринское обследование

При первичной оценке состояния здоровья пациента выявлены нарушения в поведении. При планировании сестринского вмешательства медсестре предстоит решить, на что должно быть направлено вмешательство. Для этого ей необходимо получить дополнительную информацию от родственников.

Медицинская сестра должна определить, оказывался ли пациент в подобной ситуации прежде (чрезмерный страх за свою безопасность). Если оказывался, то у пациента — структурные (органические) изменения. Если поведение нетипично для пациента, можно сделать вывод, что эти изменения функциональной природы.

При планировании ухода медсестра совместно с пациентом определяет цель ухода. Если проблема пациента связана с функциональными нарушениями, медсестра определяет вмешательства, направленные на изменение окружающей среды, изменение мотивации пациента. Пациенту необходимо запланировать психологическую поддержку и консультирование, позволяющие уменьшить неоправданный страх перед ходьбой на костылях.

Сестринское вмешательство:

- защита пациента от неблагоприятных факторов окружающей среды (дать рекомендации родственникам не участвовать и не настаивать на оказании помощи пациенту при ходьбе);
- подавление неадекватных реакций пациента (медицинская сестра может тормозить его неадекватное поведение, убеждая пациента, что его страх преувеличен).

Оценка направлена на достижение поставленных целей.

1.6.8. Адаптационная модель сестринского дела К. Рой

Модель К. Рой, созданная в 1976 г., использует достижения в области физиологии и социологии. Рой полагает, что как для физиологических, так и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого стремится достичь человек, т.е. какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого человека этот диапазон уникален.

Согласно этой модели есть определенный уровень адаптации и все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за его пределами.

К. Рой называет факторы, влияющие на уровень адаптации, раздражителями. Они бывают трех типов:

- 1) очаговые — находятся в окружении человека;
- 2) ситуационные — возникают при оказании сестринской помощи рядом с очаговыми и оказывают на них влияние;
- 3) остаточные — результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми и ситуационными они влияют на уровень адаптации.

Предлагается четыре способа адаптации, изменяющие поведение:

- 1) физиологический;
- 2) Я-концепция;
- 3) роль-функция;
- 4) взаимозависимость.

Физиологический способ адаптации — это реакция человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород. Способность справляться с непривычными, физиологическими раздражителями зависит от возможностей физиологической системы адаптации конкретного человека.

Я-концепция — этот способ адаптации помогает человеку справиться с изменениями его психологических и телесных «Я». Этот способ адаптации эффективен при подготовке пациента к операции, особенно при операциях, изменяющих его тело, — ампутация конечностей, мастэктомия, наложение стомы.

Роль-функция предполагает изменение роли пациента в семье, на работе в зависимости от тех или иных обстоятельств.

К примеру, активный, деятельный человек, занимающий определенное положение в обществе, оказывается в лечебном учреждении и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента.

Взаимозависимость — это стремление человека достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Сестринскому персоналу следует учитывать ограниченность возможностей адаптации в ситуациях, когда пациент, оказавшись полностью зависимым от персонала, испытывает чувство давления, презрения, одиночества, фамильярности.

Применение модели К. Рой

Оценка состояния пациента

Медицинская сестра должна определить, дает ли поведение пациента в любом из четырех способов адаптации повод для беспокойства. Если повод для беспокойства есть, медицинская сестра должна выяснить, чем обусловлены проблемы адаптации пациента: очаговыми, ситуационными или остаточными раздражителями.

Медсестра, использующая эту модель, определяет пределы уровня адаптации для каждого человека; то, что является раздражителем и создает проблемы для одного, для другого не создает никаких проблем благодаря его уровню адаптации.

Планирование сестринского ухода

Медицинская сестра, выявив раздражители, вызывающие у пациента неадекватные реакции, совместно с пациентом определяет цели:

- краткосрочная цель ухода позволяет расширить уровень адаптации или устранить раздражитель;
- долгосрочная цель ухода поможет пациенту адаптироваться к постоянно изменяющейся окружающей среде.

Сестринское вмешательство по модели К. Рой предполагает, что каждый человек стремится к состоянию психологического и физиологического равновесия. Сестринское вмешательство должно изменить раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации и был направлен на очаговые раздражители.

Оценка эффективности сестринского ухода

Сестринское вмешательство эффективно только в том случае, если достигнута цель в конкретных адаптивных способах.

Например: пациентка после операции, удалена молочная железа. Она подавлена и не желает никого видеть из посетителей, кроме близких родственников.

При оценке состояния пациентки медицинская сестра предположила проблему адаптации в системе «Я-концепция». Отсутствие груди действует как очаговый раздражитель и существенно меняет ее собственное представление о себе вследствие сложившихся у нее убеждений и ценностей, и поэтому пациентка не может по-прежнему поддерживать отношения с окружающими.

Медицинская сестра совместно с пациенткой определяет краткосрочную цель ухода, позволяющую решить уровень адаптации. В данном случае пациентка ощущает себя в состоянии провести какое-то время в обществе друзей.

Сестринское вмешательство должно изменить очаговый раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации.

Медицинская сестра не сможет устранить очаговый раздражитель — отсутствие молочной железы у пациентки, но она сможет расширить уровень ее адаптации, ознакомив с литературой, описывающей ситуацию, в которой находится пациентка, или познакомить с другими пациентками, которые уже адаптировались в подобной ситуации.

1.6.9. Модель дефицита самоухода Д. Орэм в сестринском деле

Модель, предложенная Доротеей Орэм в 1971 г., рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах дефицита самоухода. В модели уделяется большое внимание личной ответственности человека за состояние собственного здоровья.

Сестринскому вмешательству придается большое значение в профилактике заболеваний, травм и обучении пациента и его родственников. В модели выделены три группы потребностей в самоуходе.

1. Универсальные потребности:

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

Уровень удовлетворения каждой из восьми потребностей для каждого человека индивидуален.

Факторы риска, влияющие на удовлетворение этих потребностей, — это возраст, пол, стадии развития, состояние здоровья, уровень культуры, социальная среда, финансовые возможности.

2. Потребности, связанные со стадией развития.

Эти потребности удовлетворяются всеми взрослыми людьми (пациентом, его родственниками), поддающимися обучению и воспитанию.

3. Потребности, связанные с нарушением здоровья.

В этой группе выделено три вида нарушений:

- 1) анатомические изменения (отеки, ожоги, раны и т.д.);
- 2) функциональные физиологические изменения (одышка, тугоподвижность сустава);
- 3) изменение поведения или повседневных жизненных привычек (чувство безразличия, бессонница, внезапные изменения настроения).

Каждый человек, здоровый или больной, должен иметь равновесие в удовлетворении потребностей в самоуходе и в возможностях его осуществлять.

Первичная оценка потребностей и возможностей пациента в самоуходе

Медицинская сестра определяет терапевтически необходимое поведение пациента при осуществлении самоухода — равновесие между потребностями и возможностями осуществлять самоуход. Проводя

первичное обследование состояния здоровья пациента, медицинская сестра определяет, нуждается ли он в ее помощи. Для этого она должна собрать дополнительную информацию и выяснить, почему возник дефицит самоухода.

Осмотр и наблюдение, беседа помогут ей понять проблему пациента:

- недостаток знаний и умений;
- мотивация;
- ограничение (рамок) поведения, продиктованного общественными и культурными нормами.

Планирование сестринского ухода

Сестринский уход планируется в зависимости от возможностей самого пациента осуществлять самоуход и возможностей его родственников в оказании помощи в уходе.

Оценка эффективности сестринского ухода

При оценке эффективности сестринского ухода прежде всего учитывается, что достигнуто самим пациентом к назначенному времени. Сестринский уход считается эффективным, если удастся сохранить или восстановить равновесие между возможностями и потребностями пациента в самоуходе.

Пример применения модели

Ситуация: пациент находится на лечении в травматологическом отделении с диагнозом перелом костей левой голени, пациенту наложен гипс.

При первичном обследовании пациента медицинская сестра может предположить, что пациент не в состоянии сразу передвигаться на костылях без посторонней помощи.

В данном случае имеется нарушение равновесия между некоторыми универсальными потребностями пациента и его возможностями осуществлять самоуход (активно двигаться, посещать туалет, принимать душ), т.е. пациент нуждается в посторонней помощи.

Планирование сестринского ухода будет в рамках частично компенсирующей и обучающей систем. Пациент сможет самостоятельно удовлетворить универсальные потребности в воздухе, пище, жидкости, но он нуждается в помощи при передвижении для удовлетворения других универсальных потребностей. Медицинская сестра планирует обучение пациента безопасным навыкам передвижения, чтобы предупредить риск повторной травмы.

Медицинская сестра частично помогает одеваться и раздеваться пациенту, одновременно она обучает его безопасному перемещению на костылях, а также новым умениям и навыкам, позволяющим со временем одеваться и перемещаться самостоятельно.

1.6.10. Модель В. Хендерсон в сестринском деле

Предложенная Вирджинией Хендерсон в 1960 г. в США, а затем дополненная в 1968 г., данная модель акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, а затем — на психологических и социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Главное в этой модели — участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

В. Хендерсон предлагает 14 потребностей для повседневной жизни. Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей, в то же время больной человек не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно.

В. Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Применение модели В. Хендерсон

Модель В. Хендерсон предусматривает непременно участие пациента во всех этапах сестринского процесса.

На первом этапе процесса медицинская сестра совместно с пациентом устанавливает, какие из 14 повседневных потребностей следует удовлетворить в первую очередь. Принимать решение за пациента медицинская сестра может только в том случае, если пациент не в состоянии это сделать.

Планирование ухода

Автор данной модели считает, что пациент должен полностью и самостоятельно удовлетворять свои повседневные потребности, поэтому долгосрочная цель ухода заключается в том, чтобы добиться у пациента максимальной независимости.

Поставленная цель должна быть реалистичной и измеримой, чтобы можно было оценить успешность или неуспешность сестринского вмешательства.

Сестринское вмешательство

Оно направлено на укрепление здоровья пациента, полное решение задач, поставленных перед ним. В итоге вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости, насколько это возможно.

Оценка результатов ухода

Итоговую оценку выполнения плана по уходу начинают с оценки каждой повседневной потребности, при удовлетворении которой были выявлены проблемы. При недостижении цели изменяют формулировки цели и планируют новые сестринские вмешательства.

Например: пациент находится на лечении в терапевтическом отделении, в течение трех дней у него нарушен сон.

При первичной оценке состояния пациента медицинская сестра должна выяснить причину нарушения сна (неудобная постель, непроветриваемое помещение, храп соседа по палате, беспокойство перед обследованием или операцией).

Планирование ухода за пациентом предусматривает обучение упражнениям по расслаблению, проветривание помещения перед сном, прогулки перед сном, перевод пациента в другую палату.

Сестринское вмешательство предполагает помощь пациенту в достижении им независимости, насколько это возможно.

В. Хендерсон утверждает, что проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания, что способность человека удовлетворять свои ежедневные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния.

1.6.11. Модель М. Аллен в сестринском деле

Представляемая модель встречается в литературе под несколькими названиями — модель Макгила, которую впервые внедрили в университете Макгила в Монреале, и в настоящее время считается основной теоретической моделью, также ее называют моделью М. Аллен — по имени автора, она появилась в начале 1970-х гг.

Применение модели М. Аллен

Оценка состояния пациента

Медицинская сестра наблюдает за поведением пациента, а также использует полученную информацию от членов семьи, выявляет сильные стороны семьи и существующие проблемы, связанные со здоровьем пациента. Определяет приоритеты и отношение членов семьи пациента к определенным сферам деятельности, ее духовным ценностям и убеждениям.

Планирование сестринского ухода

Медицинская сестра выясняет, что думает, чувствует, в чем нуждается пациент и его семья в связи с предстоящим длительным периодом его лечения. Она должна определить время проведения тех или иных мероприятий плана, руководствуясь при этом результатами непрерывной оценки готовности к ним со стороны пациента и его семьи. Пациент должен осознать и использовать потенциальные возможности — свои и своей семьи — для того, чтобы разработать план действий. План должен быть нацелен на решение всех задач, выявленных медицинской сестрой в процессе работы с семьей.

Сестринское вмешательство

Медицинская сестра должна определять, какие подходы к преодолению проблем предпочтительны для пациента и его семьи, и оценить

их эффективность. Она должна постоянно работать над планами действий исходя из ситуации в семье.

Оценка эффективности сестринского ухода

Медицинская сестра фиксирует оценки пациента и его семьи в отношении плана мероприятий и вносит в него необходимые изменения, основываясь на мнении семьи о возможности достижения ожидаемых результатов. Она обобщает работу, проделанную членами семьи.

Например: пациент поступил в терапевтическое отделение с диагнозом гипертонический криз в сопровождении жены и двух сыновей. При обследовании медицинская сестра отмечает у пациента избыточную массу тела, он обеспокоен своим состоянием.

При первичной оценке состояния пациента медицинская сестра собирает сведения о пациенте и его семье: какие проблемы со здоровьем и какие заболевания были в семье раньше? Как семья решала эти проблемы? Какими средствами пользовалась? Какой был вклад каждого члена семьи в решение этих проблем? Кроме этого пациент дает описание своей повседневной жизни, т.е. работа, питание, физические упражнения, семья.

Планирование сестринского ухода. Медицинская сестра вместе с пациентом определяет существующую у него проблему — ту, что явилась причиной его госпитализации, а также приоритеты и отношение членов семьи к определенным сферам деятельности. Данная проблема долговременная, и предстоит длительный период, в течение которого придется направить все усилия на преодоление причин, вызвавших проблему. Пациент и его семья должны это понять и осознать. Пациент должен использовать потенциальные возможности свои и своей семьи для того, чтобы разработать план действий.

Сестринское вмешательство предусматривает следующее:

- коррекция образа жизни пациента (как заболевание может отразиться на профессиональной деятельности);
- профилактика стресса (если сменить место работы не представляется возможным);
- соблюдение диеты и проведение контроля за массой тела;
- выполнение физических упражнений;
- отказ от вредных привычек (курение).

Ознакомившись с несколькими из множества существующих моделей сестринского дела в мире, становится понятно, что единой модели на сегодняшний день не существует.

Практикующие сестры во многих странах одновременно используют несколько моделей, причем выбор модели зависит от невозможности пациента удовлетворить те или иные потребности.

Осмысление уже разработанных моделей помогает выбрать те, которые пригодны для конкретного пациента.

Модель сестринского ухода помогает акцентировать внимание медицинской сестры при обследовании пациента на неудовлетворенных потребностях, выявлении проблем со здоровьем и планировании сестринского вмешательства, а также на оценке эффективности сестринского ухода.

Следует помнить, что любая модель не постоянна, она может претерпевать изменения, отражая взгляды, практическую деятельность, задачи сестринского дела на определенном отрезке времени.

Проблемы, требующие сестринского вмешательства, возникают в том случае, когда человек в силу определенных обстоятельств (болезнь, младенческий или старческий возраст) не в состоянии осуществить уход за собой.

1.6.12. Примеры решения проблем пациента посредством сестринского ухода по модели Д. Орэм

Сестринское обследование

Проводится оценка потребностей и возможностей пациента в самоуходе с целью определения способа и вида сестринского вмешательства. Такая оценка проводится тогда, когда не требуется специализированного сестринского вмешательства. Для этого необходимо:

1) определить возможности и терапевтическую потребность пациента в самопомощи методом обследования и выяснить, почему возник дефицит самоухода;

2) выявить нарушения равновесия между конкретными универсальными потребностями пациента и его возможностями осуществлять самоход (например, активно двигаться, самостоятельно принимать пищу и т.п.).

Выявление проблем пациента

Примеры проблем: недостаток знаний, умений осуществлять самоход; неуверенность в правильном выполнении умений, навыков при самоуходе или уходе за тяжелобольным и т.п.

Планирование сестринского ухода

Учитываются возможности самого пациента, а также его родственников или тех, кто участвует в уходе.

Вмешательства могут быть полностью компенсирующие возможности пациента, частично компенсирующие или требующие консультативной помощи с целью обучения самоуходу.

Сестринское вмешательство

В каждом случае целью вмешательства является стремление медсестры к назначенному времени восстановить равновесие между возможностями и терапевтической потребностью пациента. Если в начале тяжелого заболевания медсестра полностью выполняет действия за пациента (компенсирующая система), то в последующем она обучает его уходу за собой, позволяющему со временем осуществить его самостоятельно. В другом случае она психологически поддерживает того, кто ухаживает за тяжелобольным пациентом, объясняет, что нужно делать, чтобы улучшить состояние здоровья.

Оценка эффективности сестринского ухода

Сестринский уход считается эффективным, если в назначенное время пациент научился большее количество времени самостоятельно ухаживать за собой и этому научились его родственники.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Назовите автора модели сестринского дела, получившей признание в концепции первичной медико-санитарной помощи.
2. Перечислите основные понятия моделей сестринского дела.
3. Назовите концептуальные модели сестринского дела.
4. Каковы основные принципы оказания сестринской помощи в модели М. Аллен, Д. Джонсон, Д. Орэм, Хендерсон?
5. Как К. Рой называет факторы, влияющие на уровень адаптации?
6. Перечислите основополагающие понятия теории сестринского дела.
7. Объясните значение концептуальных моделей для развития сестринского дела.

1.7. ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Основное понятие	Определение
Мотивация	Побуждение к действию
Качество жизни	Понятие, основанное на степени удовлетворенности условиями жизни, состоянием здоровья, продолжительностью жизни, условиями окружающей среды, социальным окружением, культурными и духовными потребностями
Методы обучения	По-гречески — «путь к чему-либо», способ совместной деятельности, направленные на достижение цели, решение задач обучения, это способ приобретения знаний, умений, навыков, практического опыта
Навыки	Действия, которые вследствие многократных повторений становятся автоматическими, выполняются без видимого контроля со стороны сознания
Принципы обучения	Научно обоснованные требования к обучению, объективно отражающие закономерности процесса обучения, которые являются основой для определения правил обучения
Способности	Индивидуально-психологические особенности личности, отличающие одного человека от другого и предполагающие успешность овладения определенной деятельностью и совершенствования в ней
Учебно-наглядные пособия	Средства обучения, предназначенные для демонстрации изучаемых объектов и обеспечивающие формирование конкретных образов предметов и явлений действительности
Форма обучения в сестринском деле	Организованное действие медицинской сестры и пациента, его родственников и всех, кто участвует в обучении, направленное как на теоретическую, так и на практическую подготовку пациента, связанную с дефицитом знаний, умений и практического опыта для повышения качества жизни

1.7.1. Обучение в сестринском деле, его цели, задачи

Обучение в сестринском деле — это организованный медицинской сестрой процесс решения проблем пациента и его семьи, связанный с дефицитом знаний, умений, практического опыта по уходу за больным.

Целями обучения в сестринском деле является удовлетворение потребностей пациента в уходе, а также потребностей его семьи и всех,

кто ухаживает за ним. Обучение пациента самоуходу направлено на достижение целей обучения:

- достойно жить полноценной жизнью;
- повысить качество жизни.

Общими задачами обучения пациента являются подготовка пациентов к самоуходу с целью удовлетворения нарушенных потребностей, развитие у него интереса к повышению качества жизни, улучшению состояния здоровья или адаптации к измененному состоянию. Изучение и освоение пациентом и членами его семьи методик оказания самопомощи при необходимости и доклинического лечения; освоение практических умений, приобретение практического опыта по самоуходу и оказанию самопомощи, укрепление здоровья, развитие интереса к повышению качества жизни, пропаганда здорового образа жизни.

Решающими задачами обучения пациента являются:

- восстановление утраченных функций организма;
- обеспечение пациента новыми общими знаниями по заболеванию, современными способами самодиагностики, методиками самоконтроля состояния здоровья, как физического, так и психического;
- освоение практических умений, приобретение практического опыта по самоуходу и самопомощи;
- создание условий для гармонии личности с окружающей средой.

Задачами обучения семьи пациента являются:

- улучшение качества жизни пациента, предупреждение осложнений заболевания, его развития;
- адаптация семьи пациента к новым условиям, связанным с заболеванием члена семьи.

1.7.2. Мотивация обучения

Мотивация — первый компонент процесса обучения. Мотивация — «закон готовности», 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 требования, ожидание выздоровления, материальная выгода, наказание, награда и т.д. К *внутренним* мотивам относят такие, которые побуждают пациента к учению, к непосредственной цели учения, к потребности в активности и нового состояния, к стремлению повысить достигнутый ранее уровень знаний,

умений и навыков. Потребность пациента в чем-либо выражается поступками и повседневным поведением.

Наиболее полным является определение мотива согласно Л.И. Боглович: в качестве мотивов могут выступать предметы внешнего мира, представления, идеи, чувства и переживания — словом все то, в чем нашла воплощение потребность.

Существует четыре структурных компонента мотивации:

- 1) удовольствие от самой деятельности;
- 2) значимость для личности непосредственного результата деятельности;
- 3) мотивирующая сила вознаграждения за деятельность;
- 4) принуждающее давление на личность.

1.7.3. Содержание обучения

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, создания 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.

1.7.4. Потребности пациента и его семьи в обучении элементам ухода

В настоящее время расширяются функции медицинской сестры, происходят значительные перемены в различных сферах нашего общества, которые определяют стратегию сестринской деятельности. Насколько грамотно и профессионально медицинский персонал будет выполнять свои обязанности, настолько эффективными будут сестринская помощь и сестринский уход в лечебно-профилактическом учреждении (организации).

Сестринский уход в рамках моделей сестринского дела, сестринского процесса формирует картину будущей сестринской работы, где одними из методов сестринской деятельности являются обучение

пациентов самоуходу и их родственников уходу за больным, непосредственное общение.

Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку необходимо постоянно удовлетворять свои потребности.

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. Главное, 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 — способ удовлетворения основных потребностей пациента;

2) определить потребность в обучении самоуходу, улучшении состояния здоровья, т.е. определить то, чему нужно обучать пациента;

3) оценить социальное и культурное окружение пациента, его влияние на процесс обучения пациента, т.е. ответить на вопрос: кто и как будет обучать пациента;

4) оценить особенности обучаемых: психическое развитие (умственное, социальное, волевое), отношение к обучению и другие индивидуально-психологические особенности пациента: внимание, интерес к обучению, осмысливание, понимание, запоминание и др.

1.7.5. Сферы обучения

Чтобы научить пациента выполнять действия, направленные на развитие утраченных в связи с болезнью способностей обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний, медицинскому работнику необходимы знания сфер обучения человека (пациента), на которые он сможет профессионально воздействовать. Эти изменения описываются в медицинской документации (карте наблюдения за состоянием пациента) и передаются врачу.

Познавательная сфера — направлена на умение личности анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя при этом полученные из окружающей среды знания, впечатления и т.д.

Эмоциональная сфера — характеризует настроение, которое зависит от эмоциональных свойств личности: впечатлительности, сентиментальности, отзывчивости, черствости и т.д.

Наблюдая за пациентом, медицинская сестра отмечает изменения внешнего вида, связанные с эмоциональной сферой:

- уравновешенный — является нормой поведения, устойчивое эмоциональное состояние;
- злобный — указывает на нарушение потребности общаться, нарушение эмоциональной сферы, психические заболевания, дефекты характера и воспитания, самочувствие;
- испуганный — указывает на наличие страха, изменение психического состояния (фобии, невроз и др.), темперамент (меланхолик), мнительность, лабильность;
- апатичный — такой пациент чаще по темпераменту флегматик, у него могут быть патологические изменения эмоциональной сферы (апатия), патология воли (абулия или гипобулия), а также индивидуальные особенности характера;
- растерянный — указывает на индивидуальные особенности личности, страх, возникающий от незнания сути предстоящих обследований, плана лечения, прогнозов болезни и т.д.;
- не может найти себе места — трактуется как психомоторное возбуждение, возникающее от страха перед предстоящими обследованиями, операциями, манипуляциями и др., при возникновении и наличии боли, эмоционального шока;
- состояние аффекта — вспышка эмоциональной сферы, кратковременная по времени;
- 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.

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

Медицинская сестра во время беседы оценивает, как пациент сидит, ходит, стоит, часто ли меняет положение тела. Такая деятельность пациента зависит от общего самочувствия, психических и эмоциональных состояний, соматических заболеваний, патологии сознания.

Если во время разговора пациент пытается дотронуться до вас, то это может являться индивидуальной особенностью личности или национальной особенностью, патологией ощущений, психическим заболеванием, тактикой выражения отношения к собеседнику, и вы профессионально оцениваете и констатируете патологические особенности личности.

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, сознания (сопор, оглушенность), патологии воли (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.

Медицинская сестра, оценивая социально-психологическую сферу пациента, пользуется Миннесотским многопрофильным личностным опросником (ММП) для определения характерных особенностей личности, а также личностным опросником Бехтеревского института (ЛОБИ) для определения типа отношения пациентов к своему заболеванию.

Она определяет самооценку пациента и трактует результат для фиксации в листе наблюдения за состоянием здоровья пациента в сестринской документации.

1.7.6. Сестринская педагогика как основа обучения пациента и его семьи

Учение складывается из определенных действий, зависящих от того, какую функцию выполняет обучаемый (пациент или члены его семьи) в педагогической ситуации:

- пассивного восприятия и освоения извне информации;
- активного самостоятельного поиска и использования информации;
- организуемого извне направленного поиска и использования информации.

В основе пассивного восприятия и освоения извне информации лежит преподавание пациенту как объекту обучения готовой информации,

готовых знаний и умений на основе методов: *сообщения, разъяснения, показа и требования к определенным действиям пациента*. Медицинские работники выступают в роли субъекта-педагога. Учение складывается из таких действий, как подражание, дословное или смысловое восприятие и повторение, воспроизведение, тренировка, упражнение по стандартам и правилам.

В основе активного самостоятельного поиска и использования информации пациент (или члены его семьи) рассматривается как субъект, формирующийся под воздействием собственных интересов и целей. Это вид естественного самонаучения, направленного на удовлетворение своих потребностей и интересов.

В основе организуемого извне направленного поиска и использования информации медицинская сестра организует внешние источники поведения (требования, ожидания, возможности) так, что они формируют необходимые интересы пациента (или члена его семьи), а уже на основе этих интересов пациент и (или) члены его семьи осуществляют активный отбор и используют необходимую информацию. В основе научения в этом случае лежит руководство процессом с помощью следующих методов: *определения проблем пациента в обучении чему-либо, обсуждения поставленных целей вместе с пациентом и членами его семьи, дискуссии, совместного планирования действий пациента, оценки результатов, обсуждения проб и ошибок и т.д.*

Медицинская сестра, выполняющая роль педагога-воспитателя, всегда должна помнить о неотъемлемых элементах сестринского дела — медицинской этике, деонтологии и сестринской философии, отличаться культурой общения и высоким творческим потенциалом. Если профессиональную квалификацию медицинского работника не всегда могут распознать пациент и его родственники, то нравственный облик обнажается без труда. Морально-нравственная неустойчивость, отсутствие этических и деонтологических норм поведения у медицинского работника несовместимы с избранной профессией. Сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, стержнем медицинской сестры, любого медицинского работника.

Под сестринскими методами (способами) обучения понимают последовательное чередование способов взаимодействия медицинской сестры или младшей медицинской сестры и пациента, а также членов его семьи, направленное на достижение целей сестринского дела в рамках компетенций медицинского работника посредством проработки учебного материала.

В сестринской педагогике используются в основном методы традиционного обучения:

- объяснительно-иллюстративный;
- репродуктивный.

Основная сущность этих методов состоит в том, что происходит процесс передачи готовых известных знаний пациентам или членам их семей с целью обучения.

Выбор методов зависит от следующих условий:

- содержания обучения, задач обучения;
- времени, которым располагают медицинская сестра и пациент;
- особенностей пациента;
- наличия средств обучения.

Медсестра выбирает из общего набора методов те, которые наиболее способствуют решению конкретной обучающей задачи на конкретном этапе обучения у данного пациента. Особенностью сестринской педагогики является индивидуальный подход к обучению, развитию утраченных в связи с болезнью способностей пациента обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний.

Формы обучения зависят от того, где они используются: при индивидуальной работе с пациентом, работе с семьей пациента — или используются в работе различных школ здоровья. Это могут быть занятия с отработкой практических умений, различные беседы, работа с несколькими пациентами одновременно, работа с компьютером, электронными учебниками, пособиями, рекомендациями и др. Для занятий тщательно готовится необходимый материал, составляются программы как для медицинского работника, так и для пациента. Эти программы содержат не только обучающий, но и контролирующий материал, который различными способами выявляет усвоение учебного материала и овладение пациентами или обучающими требуемыми знаниями, умениями, навыками.

Таким образом, алгоритм последовательных действий медицинского работника по обучению может быть представлен в таком виде:

- 1) мотивация обучения (готовность к обучению, потребность в обучении);
- 2) осмысление действий в пределах обучения;
- 3) представление о результатах обучения;
- 4) составление программы деятельности;
- 5) принятие решения (с учетом мотива, индивидуальных качеств человека);
- 6) коррекция программы деятельности;
- 7) целенаправленная деятельность для достижения целей обучения пациента или его семьи и решения задач обучения;
- 8) ведение документации процесса обучения.

1.7.7. Оценка исходного уровня знаний и умений пациента

Результатом процесса обучения являются умения.

Умение — это способность осуществлять ту или иную деятельность на основе имеющихся знаний в изменяющихся условиях. Знания служат инструментом при освоении умений. Но без знаний умений не бывает.

Каждый обучающийся обладает индивидуальными личностными и деятельными особенностями, отношением к обучению, обучаемостью.

Каждому возрасту или периоду присущи показатели, по которым можно определить исходный уровень знаний, умений пациента. Однако результаты специальных исследований показывают: большинство людей не умеют слушать, а у тех, кто стремится учиться, учеба не всегда идет хорошо.

Первый этап процесса обучения — оценка способностей пациента и (или) членов его семьи к обучению.

Способности человека тесно связаны с его индивидуально-психическими особенностями. Способности человека могут быть различными и отражают степень познавательной активности, которая зависит от возраста, состояния здоровья, личности в целом, ее характера, других свойств.

Медсестра оценивает состояние отдельных психических функций (память, мышление, внимание, речь и др.) и целостные характеристики видов деятельности (трудовой, учебной), обученности и воспитанности пациентов и (или) членов их семей; изучает их реальные возможности, личностные качества; не только выявляет начальный уровень способностей, но и предполагает ступени роста, развития умений пациента. Медсестра предвидит возможные и учитывает типичные затруднения обучаемых, исходит из мотивации самих обучаемых при планировании и организации обучения по индивидуальным планам, обеспечивает условия для саморегуляции личности обучаемых.

Определение содержания обучения

Второй этап процесса обучения — интерпретация проблем пациента, связанных с дефицитом знаний. Медицинская сестра определяет содержание обучения, т.е. определяет то, чему учить. Для этого она должна разбираться в новых 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 определяются 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 т.д. Пациенты активно вовлекаются в разнообразную практическую деятельность, что 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 пациента.

Постановка целей обучения и планирование обучения

Третий этап процесса 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 должно отвечать общим требованиям, предъявляемым к формулированию целей в сестринском процессе.

Четвертый этап процесса обучения — медицинская сестра планирует обучение, исполнение (реализацию), контроль и оценку процесса обучения, его качество и эффективность. Планирование обучения обсуждается совместно с пациентом, с учетом его индивидуальности, выбора времени обучения.

Медицинская сестра учитывает обстановку для обучения — тишину, освещение, вентиляцию, создавая благоприятную температуру воздуха; создает учебные ситуации; ставит задачи понятные и однозначные, которые характеризуются тем, что пациент (или обучаемый) получает задание на усвоение с учетом темпа обучения. Решение учебной задачи обеспечивается медсестрой посредством учебных действий, с применением на практическом занятии учебно-наглядных пособий и других необходимых средств обучения, которые необходимы в процессе обучения. Медсестра осуществляет постоянный контроль деятельности обучаемых, переходящий в самоконтроль и оценку (самооценку). Обучение считается эффективным, если медицинская сестра и пациент (или обучаемый) достигают поставленных целей по усвоению определенных заданий.

Активное участие пациента в процессе обучения поощряется медицинской сестрой с целью заинтересованности пациента в обучении. Всякое действие становится регулируемым только при наличии контролирования и оценивания в структуре деятельности. Медицинская сестра при этом должна иметь необходимые коммуникативные навыки, обладать педагогическим тактом, знать теоретические основы педагогики, психологии и других смежных дисциплин. Медицинская сестра несет ответственность за качество и содержание обучения.

Пятый этап процесса обучения — 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.

1.7.8. Последовательность действий при обучении пациента самоуходу

Цель занятий: освоить практические умения и получить опыт по самоуходу пациенту с определенным заболеванием.

1. Провести вводное занятие.
2. Представиться, установить доверительные отношения.
3. Объяснить цель обучения.
4. Выяснить мотивы пациента к обучению, его потребности, ожидания в достижении цели обучения.
5. Оценить его физическое и психологическое состояние, способности к обучению (пользуясь опросником, рекомендуемым врачом).
6. Оценить социальное и культурное окружение пациента и его влияние на процесс обучения пациента.
7. Выявить исходный уровень знаний пациента о состоянии здоровья или болезни в данный момент, пользуясь современными методиками контроля знаний.
8. Изложить последовательность процесса обучения, его содержание (чему учить, как усвоить материал, методы контроля и оценки, кто будет учить), составить график занятий.
9. Провести основное занятие (или курс занятий) по графику.
10. Изложить теоретическую часть занятия в определенной последовательности: обучить знаниям о заболевании, факторах риска, клинических симптомах и особенностях течения, возможных осложнениях, правилах лечения и приема лекарств,

ведении дневника самоконтроля, профилактическим мероприятиям и т.п.

11. Обучить практическим умениям, правилам ухода, пользуясь на практическом занятии учебно-наглядными пособиями и другими необходимыми средствами обучения.
12. Провести заключительное занятие с целью контроля и коррекции усвоенных знаний и приобретенного опыта.
13. Выявить полученный уровень знаний пациента, пользуясь современными методиками контроля знаний.
14. Оценить качество обучения и степень удовлетворенности пациента процессом обучения.
15. Оформить медицинскую документацию.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Что оценивает медицинская сестра, организуя процесс обучения пациента?
2. Какие способы обучения использует медицинская сестра?
3. Как оценить потребность пациента и его семьи в обучении?
4. Как вы понимаете термин «мотивация» обучения?
5. В чем состоит содержание сестринского обучения?
6. Перечислите педагогические приемы, которыми может пользоваться медицинская сестра в процессе обучения.
7. Кто проводит оценку эффективности обучения пациента или его семьи?
8. На каком этапе проводится оценка эффективности обучения?
9. Что является результатом процесса обучения?
10. Каковы действия медицинской сестры при обучении пациента самоуходу?

1.8. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Основное понятие	Определение
Процесс	От лат. <i>procesus</i> — продвижение, ход событий
Симптом	Признак болезни
Сестринский процесс	От англ. — ухаживать, обслуживать, осуществлять уход за пациентом
Оценка	Это непрерывный, систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения
Холистический подход	Целостный подход к пациенту, с учетом физических, психологических, эмоциональных, интеллектуальных, социальных и духовных потребностей
Тремор рук	Непроизвольно возникающее дрожание
Кашель	Сложный защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты или инородных тел
Эйфория	Повышенное радостное настроение
Кахексия	Истощение
Диурез	Процесс образования и выделения мочи
Суточный диурез	Общее количество мочи, выделенной пациентом в течение суток
Конфиденциальность	От англ. <i>confidential</i> — секретный. В медицине — сохранение тайны, защита информации личного характера
Факторы риска	Факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний

Впервые термин «сестринский процесс» введен в 1955 г. Лидией Холл, которая раскрыла суть этого понятия и предложила использовать этот метод на практике медицинским сестрам США.

Сестринский процесс является одним из основных и неотъемлемых понятий современных моделей сестринского дела. Понятие о сестринском процессе в настоящее время получило широкое развитие в американских, а с 1980-х гг. — в западноевропейских моделях сестринского дела.

Известно, что до середины 1970-х гг. в США сестринский процесс имел четыре этапа (обследование, планирование, выполнение, оценка). Этап диагностирования был выведен из этапа обследования в 1973 г. в связи с утверждением стандартов сестринской практики Американской ассоциацией медицинских сестер.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать в России модель, предложенную В. Хендерсон тем сестрам, которые планируют его применять с учетом физиологических, психологических и социальных потребностей пациента, возникающих в повседневной деятельности и оцениваемых медицинскими сестрами.

Сестринский процесс — это научный метод организации и оказания сестринской помощи, систематический путь определения ситуации, в которой находится пациент и медсестра, и возникающих в этой ситуации проблем в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон.

1.8.1. Содержание сестринского процесса в условиях современного практического здравоохранения России

Необходимость внедрения сестринского процесса в практическое здравоохранение в России возникла в связи с пониманием недостатков общего ухода за пациентами, как самими пациентами, так и медицинскими сестрами, а также развития сестринского дела в мире. Недостатком общего ухода за пациентом является прежде всего бюрократический подход к сестринскому уходу, основанный на поставленном в установленном порядке медицинском диагнозе, когда медицинская сестра знает, что назначил врач пациенту, и строго выполняет эти назначения без особого учета психологических, социальных и духовных потребностей пациента в уходе. Чтобы учитывать эти потребности, медицинской сестре как специалисту необходимы не интуитивные, а дополнительные знания в области современной философии, методологии сестринского дела, психологии человека, способного к педагогической и исследовательской деятельности. Предполагается, что внедрение сестринского процесса обеспечит:

- повышение профессионального роста медицинских сестер;
- повышение качества сестринской помощи;
- систематический подход к сестринскому уходу;
- помощь медицинским сестрам в восстановлении утраченных профессиональных ценностей;
- повысит культуру обслуживания пациентов.

Но для внедрения сестринского процесса потребуются конкретные изменения не только профессионального, но и организационного характера. Чтобы такие перемены произошли, очень важно признание необходимости этих изменений в законодательном порядке. Сегодня осуществление сестринского процесса является одной из целей развития сестринского дела в России.

Недостатком в развитии сестринского дела в России сегодня является отсутствие для всех медицинских работников единой терминологии и определений некоторых понятий. Часто значения таких понятий, как *проблема, потребность, симптом*, не совпадают. Это приводит к путанице. У врачей сегодня существует Международный классификатор болезней, который позволяет им понимать друг друга. У медицинских сестер России попытки унифицировать и стандартизировать профессиональный язык пока результатов не принесли.

В настоящее время содержание понятия «*сестринский процесс*» изменяется, появляются новые образовательные стандарты, которые являются сердцевиной сестринского образования в России, появляются и профессиональные стандарты по уходу, которые создаются ассоциациями медицинских сестер и не только составляют теоретическую научную базу сестринской помощи, но и представляют собой практическую технологию для решения проблем пациента посредством сестринского ухода.

Сестринский процесс — это научно обоснованная технология сестринского ухода, направленная на повышение качества жизни пациента посредством решения возникающих у него проблем.

Целями сестринского процесса являются поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма, требующих комплексного (холистического) подхода к личности пациента.

Достижение целей сестринского процесса осуществляется с помощью:

- создания базы информационных данных о пациенте;
- определения потребностей пациента в сестринском уходе;
- определения проблем пациента в уходе;
- обозначения приоритетов в сестринском обслуживании, их первоочередности;
- определения целей и составления плана ухода, мобилизации необходимых ресурсов;
- реализации плана посредством сестринского ухода, т.е. оказания сестринской помощи прямо и косвенно;
- оценки эффективности процесса ухода за пациентом и достижения цели ухода.

1.8.2. Этапы сестринского процесса

Сестринский процесс состоит из пяти этапов (рис. 19). Это динамичный, циклический процесс.



Рис. 19. Пять этапов сестринского процесса

При обследовании медицинская сестра собирает необходимую информацию методом опроса (структурированного интервьюирования). Источником данных являются: пациент, родственники, медицинские работники и др.

Перед опросом с пациентом необходимо ознакомиться с его медицинской документацией, если это возможно, вспомнить факторы и приемы, повышающие эффективность общения:

- проявить умение представить себя;
- уметь вести разговор;
- проверить правильность восприятия ваших вопросов;
- задавать открытые вопросы;
- соблюдать паузы и культуру речи;
- применять индивидуальный подход к пациенту.

Необходимо использовать элементы эффективного общения с пациентом и его окружением.

Такие приемы, как общение с пациентом с учетом его интеллекта, неспешный темп беседы, соблюдение конфиденциальности, умение слушать, повысят эффективность опроса и помогут медицинской сестре совершенствовать свои умения и навыки.

Необходимо не допускать ошибок при опросе, не задавать вопросов, требующих ответа «да» или «нет»; четко формулировать свои вопросы; помнить, что при опросе пациент может сообщать сведения о себе в любой последовательности; не требовать от него ответов по приведенной в сестринской истории схеме. Необходимо запоминать его ответы и регистрировать в точном соответствии с планом в истории состояния здоровья (болезни) пациента; использовать сведения из истории болезни (листа назначений, температурного листа и т.п.) и других источников информации о пациенте.

Первый этап сестринского процесса — оценка состояния пациента (первичная и текущая) методом сестринского обследования состоит из следующих последовательных процессов:

- сбор необходимой информации о пациенте, субъективных, объективных данных;
- определение факторов риска заболевания, данных об окружающей среде, влияющих на состояние здоровья пациента;
- оценка психосоциальной ситуации, в которой находится пациент;
- сбор семейного анамнеза;
- анализ собранной информации с целью определения потребностей пациента в уходе.

Методы обследования пациента

Для определения потребностей пациента в уходе и его проблем существуют следующие методы обследования: субъективный, объективный и дополнительные методы.

Сбор необходимой информации о пациенте начинается с момента поступления пациента в ЛПО и продолжается до выписки из стационара.

Содержание субъективной информации

Сбор субъективных данных проводится последовательно в следующем порядке:

- расспрос пациента, информация о пациенте;
- жалобы пациента в настоящее время;
- ощущения пациента, реакции, связанные с адаптационными (приспособительными) возможностями;
- сбор сведений о неудовлетворенных потребностях, связанных с изменением состояния здоровья или изменением течения заболевания;
- описание боли: ее локализация, характер, интенсивность, длительность, реакция на боль, шкала боли.

Оценка боли проводится с помощью невербальной оценки интенсивности боли с помощью шкал:

1) простейшая описательная шкала интенсивности боли

Отсутствие боли	Средняя боль	Терпимая боль	Сильная боль	Очень сильная боль	Невыносимая боль
-----------------	--------------	---------------	--------------	--------------------	------------------

2) цифровая шкала интенсивности боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Отсутствие боли			Терпимая боль				Невыносимая боль		

3) шкала для характеристики успокоения боли:

- боль полностью исчезла — А,
- боль почти исчезла — Б,
- боль значительно уменьшилась — В,
- боль уменьшилась слегка — Г,
- нет заметного уменьшения боли — Д;

4) шкала успокоения:

- 0 — успокоение отсутствует;
- 1 — слабое успокоение; дремотное состояние, быстрое (легкое) пробуждение;
- 2 — умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое пробуждение;
- 3 — сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента;
- 4 — пациент спит, легкое пробуждение.

Содержание объективной информации о пациенте

Сбор объективных данных начинается с осмотра пациента, оценки его физических данных. Важно получить информацию о наличии или отсутствии отеков, провести измерение роста, определить массу тела. Важно оценить выражение лица, состояние сознания, положение пациента, состояние кожных покровов и видимых слизистых, состояние костно-мышечной системы, температуру тела пациента. Затем оценить состояние дыхательной системы, пульса, артериального давления (АД), естественные отправления, органы чувств, память, использование резервов для облегчения состояния здоровья, сон, способность к передвижению и другие данные.

Важно определить факторы риска, получить сведения об окружающей среде, влияющей на состояние здоровья пациента.

Оценка психосоциального состояния пациента:

- описываются сферы психологического состояния: манера говорить, наблюдаемое поведение, эмоциональное состояние, психомоторные изменения, чувства пациента;
- собираются социально-экономические данные;
- определяются факторы риска заболеваний;
- проводится оценка потребностей пациента, определяются нарушенные потребности.

При проведении психологической беседы следует придерживаться принципа уважения личности пациента, избегать каких-либо оценочных суждений, принимать пациента и его проблему такими, какими они есть, гарантировать конфиденциальность полученной информации, терпеливо выслушать пациента.

Наблюдение за общим состоянием пациента

Деятельность медсестры предусматривает наблюдение за всеми изменениями в состоянии здоровья пациента, своевременное выделение этих изменений, их оценку, сообщение о них врачу.

Наблюдая за пациентом, медсестра должна обращать внимание:

- на состояние сознания;
- положение пациента в постели;
- выражение лица;
- цвет кожных покровов и видимых слизистых;
- состояние органов кровообращения и дыхания;
- функцию органов выделения, стул.

Состояние сознания

1. Ясное сознание — пациент отвечает на вопросы быстро и конкретно.
2. Спутанное сознание — пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием.
3. Ступор — состояние оглушения, оцепенения, на вопросы пациент отвечает с опозданием и неосмысленно.
4. Сопор — патологический глубокий сон, пациент без сознания, не сохранены рефлексы, громким голосом его можно вывести из этого состояния, но он вскоре вновь впадает в сон.
5. Кома — полное угнетение функций ЦНС: сознание отсутствует, мышцы расслаблены, утрата чувствительности и рефлексов (бывает при кровоизлиянии в мозг, сахарном диабете, почечной и печеночной недостаточности).
6. Бред и галлюцинации — могут наблюдаться при выраженной интоксикации (инфекционные заболевания, тяжелое течение туберкулеза легких, воспаления легких).

Выражение лица

Соответствует характеру течения заболевания, на него влияют пол и возраст пациента.

Различают:

- лицо Гиппократово — при перитоните (острый живот). Для него характерно следующее выражение лица: запавшие глаза, заостренный нос, бледность с цианозом, капли холодного пота;
- одутловатое лицо — при заболеваниях почек и при других болезнях — лицо отечное, бледное;
- лихорадочное лицо при высокой температуре — блеск глаз, гиперемия лица;
- митральный румянец — цианотичные щеки на бледном лице;

- пучеглазие, дрожание век — при гипертиреозе и др.;
- безучастность, страдание, тревога, страх, болезненное выражение лица и др.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки пациента

Могут быть бледные, гиперемированы, желтушные, синюшные (цианоз), необходимо обращать внимание на сыпь, сухость кожи, участки пигментации, наличие отеков.

После оценки результатов наблюдения за пациентом врач делает заключение о его состоянии, а медсестра — о компенсаторных возможностях пациента, его способности к осуществлению самоухода.

Оценка общего состояния пациента

1. Удовлетворительное — пациент активен, выражение лица без особенностей, сознание ясное, наличие патологических симптомов не мешает оставаться активным.

2. Состояние средней тяжести — выражает жалобы, может быть вынужденное положение в постели, активность может усиливать боль, выражение лица болезненное, выражены патологические симптомы со стороны систем и органов, изменен цвет кожных покровов.

3. Тяжелое состояние — пассивное положение в постели, активные действия совершает с трудом, сознание может быть измененным, изменено выражение лица. Выражены нарушения функций дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы.

Оценка состояния проводится с целью определения нарушенных (неудовлетворенных) потребностей.

В сестринской документации необходимо их отметить (подчеркнуть):

- 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;
- 13) иметь жизненные ценности — материальные и духовные;
- 14) играть, учиться, работать.

Оценка степени самоухода

Определяется степень независимости пациента в уходе:

- пациент независим, когда все действия по уходу выполняет самостоятельно и правильно;
- частично зависим, когда действия по уходу выполняет частично или неправильно;
- полностью зависим, когда самостоятельные действия по уходу пациент выполнять не может и за него уход осуществляет медицинский персонал или родственники, обученные медицинским персоналом.

Анализ собранной информации

Целью анализа является определение приоритетных (по степени угрозы для жизни) нарушенных (неудовлетворенных) потребностей или проблем пациента и степень независимости пациента в уходе.

От умения создавать доверительные отношения с пациентом и его окружением и коллегами, эффективного общения в процессе профессиональной деятельности, соблюдения этических и деонтологических принципов, навыков опроса, наблюдения, умения документировать данные обследования зависит, как правило, успешность обследования.

Второй этап сестринского процесса — сестринская диагностика, или определение проблем пациента

Сестринская диагностика признана установить:

- проблемы, возникающие у пациента и требующие осуществления сестринской помощи и ухода;
- факторы, способствующие или вызывающие эти проблемы;
- сильные стороны пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению проблем.

Этот этап может носить и другое название: «постановка сестринских диагнозов».

Анализ полученной информации является основанием для формулирования проблем пациента — существующих (настоящих, явных) или потенциальных (скрытых, которые могут появиться в будущем). При определении приоритетности проблем медицинская сестра должна опираться на врачебный диагноз, знать образ жизни пациента, факторы риска, ухудшающие его состояние, помнить о его эмоциональном и психологическом состоянии и других аспектах, помогающих ей принимать ответственное решение, — определение проблем пациента или постановка сестринских диагнозов с целью решения этих проблем посредством сестринского ухода.

Процесс формулировки сестринского диагноза или проблемы пациента с последующим документированием очень важен, требует профессиональных знаний, умений находить связь между признаками отклонений в состоянии здоровья пациента и причинами, их вызывающими. Это умение зависит в том числе и от интеллектуальных способностей медицинской сестры.

Понятие о сестринском диагнозе

Проблемы пациента, которые фиксируются в плане сестринского ухода в виде четких и кратких выкладок-суждений, называются *сестринским диагнозом*.

История вопроса началась еще в 1973 г. В США состоялась I Международная научная конференция по классификации сестринских диагнозов с целью определения функций медсестры и разработки системы классификации сестринских диагнозов.

В 1982 году в учебнике по сестринскому делу (Карлсон Крафт и Мак Гюре) в связи с изменениями взглядов на сестринское дело предложено следующее определение:

сестринский диагноз — это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры.

В 1991 году предложена классификация сестринских диагнозов, включающая 114 основных наименований, в числе которых: гипертермия, боль, стресс, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, дефицит гигиенических навыков и санитарных условий, беспокойство, пониженная физическая активность и др.

В Европе с инициативой создания общеевропейской единой классификации сестринских диагнозов выступила Датская национальная организация сестер. В ноябре 1993 г. под эгидой Датского научно-исследовательского института здравоохранения и сестринского дела в Копенгагене состоялась I Международная научная конференция по проблемам сестринских диагнозов. В конференции участвовало более 50 стран мира. Было отмечено, что унификация и стандартизация, а также терминология пока остаются серьезной проблемой. Очевидно, что без единой классификации и номенклатуры сестринских диагнозов по примеру врачебных сестры не смогут общаться на понятном для всех профессиональном языке.

Североамериканская ассоциация сестринских диагнозов NANDA (1987) издала перечень сестринских диагнозов, который обусловлен проблемой пациента, причиной ее возникновения и направленностью дальнейших действий медсестры. Например:

- 1) тревога, связанная с беспокойством пациента по поводу предстоящей операции;
- 2) риск развития пролежней, обусловленный длительной иммобилизацией;
- 3) нарушение функции опорожнения кишечника: запор, обусловленный недостаточным употреблением грубой пищи.

Международный совет медсестер (МСМ) разработал (1999) Международный классификатор сестринской практики (МКСП) — профессиональный информационный инструмент, необходимый для стандартизации профессионального языка медсестер, для создания единого информационного поля, документирования сестринской практики, учета и оценки ее результатов, подготовки кадров и т.д.

В контексте МКСП под сестринским диагнозом понимают профессиональное суждение медсестры о явлении, связанном со здоровьем или социальным процессом, представляющим объект сестринских вмешательств.

Недостатками этих документов являются сложность языка, особенности культуры, неоднозначность понятий и др.

Сегодня в России нет утвержденных сестринских диагнозов.

Концепция сестринского диагноза все еще нова, однако по мере накопления знаний в области сестринского дела растет и потенциал развития сестринского диагноза, поэтому не столь важно, как назвать второй этап сестринского процесса — определение проблем пациента, сестринским диагнозом, диагностированием.

Часто пациент сам осознает свои актуальные проблемы, например боль, затрудненное дыхание, плохой аппетит. Кроме того, у пациента могут быть проблемы, о которых медсестра не догадывается, но она тоже может выявить проблемы, о которых сам обследуемый не догадывается, например учащенный пульс или признаки инфекции.

Медицинская сестра должна знать источники возможных проблем пациента. Ими являются:

- 1) окружающая среда и вредные факторы, воздействующие на человека;
- 2) медицинский диагноз пациента или врачебный диагноз. Врачебный диагноз определяет заболевание на основе специальной оценки физических признаков, истории заболевания, диагностических тестов. Задачей врачебной диагностики является назначение лечения пациенту;
- 3) лечение человека, которое может иметь нежелательное побочное действие, само по себе может стать проблемой, например тошнота, рвота, при некоторых видах лечения;

- 4) больничная обстановка может таить в себе опасность, например заражение внутрибольничной инфекцией человека;
- 5) личные обстоятельства человека, например низкий материальный достаток пациента, не позволяющий ему полноценно питаться, что в свою очередь может угрожать его здоровью.

После проведенной оценки состояния здоровья пациента медсестра должна сформулировать диагноз, решить, кто из профессиональных работников здравоохранения может помочь пациенту.

Сестре необходимо очень четко сформулировать диагнозы и установить их приоритетность и значимость для пациента.

Этап постановки сестринских диагнозов и будет завершением сестринского диагностического процесса.

Сестринский диагноз следует отличать от врачебного:

- врачебный диагноз определяет болезнь, а сестринский — нацелен на выявление реакций организма на состояние здоровья;
- врачебный диагноз может оставаться неизменным в течение всей болезни. Сестринский диагноз может меняться каждый день или даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма;
- врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики, а сестринский — сестринские вмешательства в пределах ее компетенции и практики;
- врачебный диагноз, как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме, сестринский — часто связан с представлениями пациента о состоянии своего здоровья.

Сестринские диагнозы охватывают все сферы жизни пациента.

Различают физиологические, психологические, социальные и духовные диагнозы.

Сестринских диагнозов может быть несколько — пять-шесть, а врачебный чаще всего только один.

Различают явные (настоящие), потенциальные и приоритетные сестринские диагнозы. Сестринские диагнозы, вторгаясь в единый лечебно-диагностический процесс, не должны расчленять его. Необходимо осознавать, что одним из основных принципов медицины является принцип целостности. Медсестре важно понимать болезнь как процесс, охватывающий все системы и уровни организма: клеточный, тканевый, органнй и организменный. Анализ патологических явлений с учетом принципа целостности позволяет понять противоречивый характер локализации болезненных процессов, который нельзя представить без учета общих реакций организма.

При постановке сестринских диагнозов медсестра использует знания об организме человека, полученные различными науками, поэтому в основу классификации сестринских диагнозов положены нарушения основных процессов жизнедеятельности организма, охватывающие все сферы жизни пациента, как настоящие, так и потенциальные. Это позволило уже сегодня распределить разнообразные сестринские диагнозы в 14 групп. Это диагнозы, связанные с нарушением процессов:

- 1) движения (снижение двигательной активности, нарушение координации движений и др.);
- 2) дыхания (затрудненное дыхание, кашель продуктивный и непродуктивный, удушье и др.);
- 3) кровообращения (отеки, аритмия и др.);
- 4) питания (питание, значительно превышающее потребности организма, ухудшение питания и др.);
- 5) пищеварения (нарушение глотания, тошнота, рвота, запор и др.);
- 6) мочевыделения (задержка мочи острая и хроническая, недержание мочи и др.);
- 7) всех видов гомеостаза (гипертермия, гипотермия, обезвоживание, снижение иммунитета и др.);
- 8) поведения (отказ от приема лекарств, социальная самоизоляция, суицид и др.);
- 9) восприятия и ощущения (нарушение слуха, нарушение зрения, нарушение вкуса, боль и др.);
- 10) внимания (произвольного, непроизвольного и др.);
- 11) памяти (гипомнезия, амнезия, гипермнезия);
- 12) мышления (снижение интеллекта, нарушение пространственной ориентации);
- 13) изменения в эмоциональной и чувствительной сфере (страх, беспокойство, апатия, эйфория, отрицательное отношение к личности медицинского работника, оказывающего помощь, к качеству проводимых манипуляций, одиночество и др.);
- 14) изменения гигиенических потребностей (недостаток гигиенических знаний, навыков, проблемы с медицинским обслуживанием и др.).

Особое внимание в сестринской диагностике уделяется установлению психологического контакта, определению первичного психологического диагноза.

Наблюдая и беседуя с пациентом, медсестра отмечает наличие или отсутствие психологической напряженности (неудовлетворенность собой, чувство стыда и т.п.) в семье, на работе:

- движения человека, его мимика, тембр голоса и темп речи, словарный запас дают много разнообразной информации о пациенте;
- изменения (динамику) эмоциональной сферы, влияние эмоций на поведение, настроение, а также на состояние организма, в частности на иммунитет;
- нарушения поведения, которые не сразу диагностируются и часто связаны с психосоциальным недоразвитием, в частности, отклонение от общепринятых норм физиологических отклонений, аномальные привычки в еде (извращенный аппетит), непонятность речи встречаются нередко.

Пациент утрачивает психологическое равновесие, у него появляются тревога, болезнь, страх, стыд, нетерпение, депрессия и другие отрицательные эмоции, являющиеся тонкими индикаторами, мотиваторами поведения пациента.

Медицинская сестра знает, что первичные эмоциональные реакции возбуждают деятельность подкорковых сосудисто-вегетативных и эндокринных центров, поэтому при выраженных эмоциональных состояниях человек бледнеет или краснеет, возникают изменения ритма сердечных сокращений, снижается или повышается температура тела, мышц, меняется деятельность потовых, слезных, сальных и других желез организма. У испуганного человека расширяются глазные щели и зрачки, повышается артериальное давление. Больные в состоянии депрессии малоподвижны, уединяются, различные разговоры для них тягостны.

Неправильное воспитание делает человека менее способным к волевой деятельности. Медсестра, которой приходится принимать участие в обучении пациента, должна учитывать этот фактор, так как он влияет на процесс усвоения знаний.

Таким образом, психологический диагноз отражает психологическую дисгармонию пациента, попавшего в необычную ситуацию.

Информация о пациенте интерпретируется медсестрой и отражается в сестринском психологическом диагнозе с точки зрения потребностей пациента в психологической помощи.

Например, сестринский диагноз:

- пациент испытывает чувство стыда перед постановкой очистительной клизмы;
- пациент испытывает тревогу, связанную с невозможностью обслуживать себя.

Психологическая диагностика тесно связана с социальным статусом пациента. От социальных факторов зависит и психологическое, и духовное состояние пациента, которое может явиться причиной многих

заболеваний, поэтому можно объединить психологическое и социальное диагностирование в психосоциальное. Конечно, в настоящее время недостаточно полно решаются проблемы пациента в психосоциальной помощи, тем не менее медицинская сестра, учитывая социально-экономические сведения о пациенте, социальные факторы риска, может достаточно точно диагностировать реакцию пациента на свое состояние здоровья. После формулирования всех сестринских диагнозов медсестра устанавливает их приоритетность, опираясь на мнение пациента о первоочередности оказания ему помощи.

Третий этап сестринского процесса — определение целей сестринского вмешательства

Постановка целей ухода необходима по двум причинам:

- 1) определяется направление индивидуального сестринского вмешательства;
- 2) используется для определения степени эффективности вмешательства.

Пациент активно вовлекается в процесс планирования целей. Одновременно медсестра мотивирует пациента на успех, убеждая его в достижении цели, и вместе с пациентом определяет пути их достижения.

Для каждой доминантной потребности, или сестринского диагноза, записываются в плане сестринского ухода отдельные цели, которые рассматриваются как желаемый результат ухода.

Каждая цель в обязательном порядке включает три компонента:

- 1) исполнение (глагол, действие);
- 2) критерий (дата, время, расстояние);
- 3) условие (с помощью кого- или чего-либо).

Например: пациент будет сидеть в постели с помощью подушек на седьмой день.

Требования к постановке целей

1. Цели должны быть реальными, достижимыми.
2. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели.
3. Пациент должен участвовать в обсуждении каждой цели.

По срокам существуют два вида целей:

- 1) краткосрочные, достижение которых осуществляется в течение одной недели и более;
- 2) долгосрочные, которые достигаются в течение длительного периода, более недели, часто после выписки пациента из стационара.

Краткосрочные:

- 1) у пациента не будет удушья через 20–25 мин;
- 2) сознание пациента восстановится в течение 5 мин;
- 3) у пациента будет купирован болевой приступ в течение 30 мин;
- 4) у пациента исчезнут отеки на нижних конечностях к концу недели.

Долгосрочные:

- 1) у пациента исчезнет одышка в покое к моменту выписки;
- 2) у пациента стабилизируются показатели артериального давления к десятому дню;
- 3) пациент будет психологически подготовлен к жизни в семье к моменту выписки.

Четвертый этап сестринского процесса — планирование объема сестринских вмешательств и выполнение плана

В моделях сестринского ухода, где планирование относится к третьему этапу, четвертым этапом является реализация плана.

Планирование ухода включает в себя:

- 1) определение типов сестринских вмешательств;
- 2) обсуждение с пациентом плана ухода;
- 3) знакомство других с планом ухода.

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

Требования к выполнению плана

1. Систематически выполнять план в установленные сроки.
2. Осуществлять координацию предоставляемых запланированных или не запланированных, но предоставляемых сестринских услуг в соответствии с согласованным планом или нет.
3. Вовлекать пациента в процесс оказания помощи, а также членов его семьи.

План сестринских вмешательств представляет собой письменное руководство, подробное перечисление специальных действий медсестры, в том числе в виде утвержденных стандартов, необходимых для достижения целей ухода. Умение применить «стандарт» является профессиональным долгом медицинской сестры.

Различают три 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 действия по наблюдению за реакцией на лечение, адаптацией пациента к болезни, оказанию доврачебной помощи, осуществлению мероприятий по личной гигиене, профилактике внутрибольничной инфекции; организация досуга, советы пациенту, обучение.

Взаимозависимыми называются действия медсестры по сотрудничеству с другими работниками с целью оказания помощи, ухода. К ним относятся действия по подготовке к участию в инструментальных, лабораторных исследованиях, участие в консультировании: ЛФК, диетолога, физиотерапевта и др.

Требования к определению объема сестринских вмешательств

1. Необходимо определить типы сестринских вмешательств: зависимые, независимые, взаимозависимые.
2. Планирование сестринских вмешательств осуществляется на основе нарушенных потребностей пациента.
3. При планировании объема сестринских вмешательств учитываются методы сестринских вмешательств.

Методы сестринских вмешательств

Методы сестринских вмешательств могут быть и способами удовлетворения нарушенных потребностей.

К 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) организация обучения и консультирования пациента и членов его семьи.

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.

Пятый этап сестринского процесса — оценка результатов сестринского ухода

Итоговая оценка эффективности предоставленного ухода и его коррекция в случае необходимости.

Этот этап включает в себя:

- 1) сравнение достигнутого результата с запланированным уходом;
- 2) оценку эффективности запланированного вмешательства;
- 3) дальнейшую оценку и планирование, если желаемые результаты не достигнуты;
- 4) критический анализ всех этапов сестринского процесса и внесение необходимых поправок.

Информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств (действий) медицинской сестры.

Целью итоговой оценки является определение результата сестринской помощи и ухода. Оценка осуществляется непрерывно, начиная с оценки доминирующей потребности до выписки или смерти пациента.

Медицинская сестра постоянно собирает, критически анализирует информацию, делает выводы о реакциях пациента на уход, о реальной возможности осуществления плана ухода и наличии новых проблем, на которые необходимо обратить внимание. Таким образом, можно выделить основные аспекты оценки:

- достижение цели;
- реакция пациента на сестринское вмешательство;
- активный поиск и оценка новых проблем, 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 состояния его здоровья, чтобы установить причины ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений в состоянии пациента не наступило. Важно привлечь самого пациента, а также полезно посоветоваться с коллегами относительно дальнейшего планирования. Главное — установить причины, помешавшие достижению поставленной цели.

В результате может измениться сама цель, необходимо внести изменения в план сестринского вмешательства, т.е. произвести коррекцию ухода.

Оценка результатов и коррекция позволяют:

- определить качество ухода;
- обследовать ответную реакцию пациента на сестринское вмешательство;
- выявить новые проблемы пациента.

1.8.3. Документация сестринского процесса

Документирование всех этапов сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента и известна как сестринская история состояния здоровья или болезни пациента. В. Хендерсон назвала сестринскую историю «*зеркалом, отражающим квалификацию и уровень профессионального мышления медицинской сестры*».

В настоящее время в России только разрабатывается сестринская документация.

Необходимость документации сестринского процесса состоит в том, чтобы от интуитивного подхода по оказанию помощи пациенту медсестра перешла на продуманный, сформированный, рассчитанный на удовлетворение нарушенных потребностей уход. Конечно, не все медицинские сестры смогут документировать сестринский процесс четко, ясно, профессионально; надо все продумать: формат, точность, краткость изложения и др.

Заполнение докуменации требует времени и не должно быть сложным. Формы не должны мешать работе, превращаясь в отдельный вид деятельности, еще один производственный ритуал.

1.8.4. Организация сестринского процесса терапевтическим пациентам

Медицинской сестре необходимы глубокие знания о клиническом течении того или иного заболевания, принципах его диагностики и современных методах лечения. Медсестре также необходимы знания в области теории сестринского дела, моделей сестринского дела, сестринского процесса, а также знания современных технологий сестринского дела, тактики сестринского ухода или планов сестринских вмешательств для решения проблем пациента посредством сестринского ухода. Для этого медицинская сестра обязана знать:

- типичные проявления того или иного заболевания: основные симптомы или синдромы;
- предвестников ухудшения состояния здоровья;
- реакции пациента;
- компенсаторные механизмы организма пациента;
- влияние лекарственных средств на организм и течение заболевания;
- методы обследования пациента в сестринской терапевтической практике, их диагностическое значение;
- этапы сестринского процесса;
- как выбрать модель сестринского дела или применить элементы моделей в конкретной ситуации;
- как организовать работу по современным технологиям простых медицинских услуг, протоколам и стандартным планам сестринского ухода;
- как определить степень ограничения независимости пациента (модель В. Хендерсон), ограничение самоухода (модель Д. Орэм) или отсутствие информации у пациента и его семьи о сохранении и укреплении здоровья, содействовать укреплению здоровья членов семьи (модель М. Аллен).

Медсестра призвана облегчить страдания, восстановить нормальную жизнедеятельность, помочь осуществить самоуход, содействовать выздоровлению, сохранению и укреплению здоровья пациента, а при состояниях, несовместимых с жизнью, помочь достойно и без мучений уйти из жизни.

Контрольные вопросы и задания для самоподготовки

1. Что называется сестринским процессом?
2. Что является целью сестринского процесса?
3. Перечислите основные задачи, которые необходимо решить медицинской сестре с целью осуществления сестринского процесса.
4. Назовите пять этапов сестринского процесса.
5. Покажите на примере взаимосвязь этапов сестринского процесса.
6. Объясните необходимость внедрения сестринского процесса (на примере житейской ситуации).
7. Что называется стандартным планом по уходу?
8. Чем отличается индивидуальный план ухода от стандартного?
9. Какая документация необходима медицинской сестре для ведения сестринского процесса?
10. Какими знаниями должна владеть медицинская сестра для решения проблем пациента посредством сестринского ухода?