

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Раздел 1. Теоретические основы сестринского дела	9
Глава 1. История сестринского дела	10
1.1. О развитии ухода за рубежом.	12
1.2. О развитии ухода за больными в России	16
1.2.1. Допетровский период развития сестринского дела . . .	16
1.2.2. Развитие сестринского дела в 1701–1917 гг.	19
1.2.3. Развитие сестринского дела в 1918–1977 гг.	31
Глава 2. Перспективы развития сестринского дела	43
2.1. Основные направления и события реформирования сестринского дела в России	44
2.2. Реформирование сестринского образования	51
2.3. Реформирование практической деятельности	52
2.4. Самоуправление и консолидация сестринской профессии.	54
2.5. Проведение научных исследований в сестринском деле .	55
2.6. Развитие международного сотрудничества.	56
Глава 3. Понятие о системе здравоохранения России. Сестринское дело как профессия	63
3.1. Показатели, характеризующие состояние здоровья	64
3.2. Система здравоохранения России	65
3.3. Политика в области здравоохранения	66
3.4. Нормативно-правовая база сестринского дела.	68
3.5. Основные направления деятельности сестринского персонала	69
3.6. Основные типы лечебно-профилактических учреждений	71
3.7. Медицинская документация	73
Глава 4. Философия сестринского дела. Модели сестринского дела	87
4.1. Философия сестринского дела, её предмет	87
4.2. Основные категории философии сестринского дела.	88
4.3. Положения философии сестринского дела	90
4.4. Целостный взгляд на природу здоровья.	91

4.5. О некоторых концептуальных моделях сестринского дела	92
Глава 5. Профессиональная этика медсестры	98
5.1. Деонтология, её предмет	98
5.2. Моральная и правовая ответственность медицинских работников	101
5.3. Биоэтика, её предмет	102
5.4. Основные биоэтические принципы и правила.	103
Глава 6. Основы профессионального общения медсестры с пациентом	115
6.1. Понятие о профессиональном общении.	115
6.2. Специфика коммуникации медицинской сестры	118
6.3. Специфика перцепции медицинской сестры	121
6.4. Специфика интеракций медицинской сестры	122
Глава 7. Обучение в сестринском деле	129
7.1. Основы педагогического труда медсестры	129
7.2. Сферы, методы, способы и приёмы обучения.	131
7.3. Терапевтическое обучение как элемент лечебного процесса	133
7.4. Сестринский процесс как основа обучения в сестринском деле	135
Раздел 2. Сестринский процесс.	141
Глава 8. Понятие о потребностях	142
8.1. Основные положения теории потребностей А. Маслоу.	143
8.2. Общество и самоактуализация личности	144
8.3. Основные жизненно важные потребности	145
Глава 9. Понятие о стандартах сестринского ухода	150
9.1. Понятие о качестве сестринской помощи	150
9.2. Стандартизация в российском здравоохранении.	152
9.3. Стандартизация сестринских технологий	154
Глава 10. Введение в сестринский процесс.	158
10.1. Понятие о сестринском процессе.	158
10.2. Обследование пациента	159

10.3. Сестринский диагноз; его отличие от врачебного	161
10.4. Из истории сестринского диагностирования	162
10.5. Планирование сестринского ухода	166
10.6. Реализация плана сестринского ухода	167
10.7. Оценка эффективности сестринского ухода	169
 Глава 11. Первый этап сестринского процесса:	
сбор информации о пациенте	174
11.1. Источники информации.	176
11.2. Опрос как основной метод сбора субъективной информации о пациенте	178
11.3. Карта сестринского наблюдения за пациентом	180
11.3.1. Субъективное обследование.	181
11.3.2. Объективное обследование.	182
 Глава 12. Второй этап сестринского процесса: выявление проблем пациента.	208
12.1. Трудности формулирования сестринского диагноза.	209
12.2. Классификация проблем пациента.	211
12.3. Примеры формулировки проблем пациента.	214
12.4. Пример решения задачи на выявление и формулировку проблем пациента	217
 Глава 13. Третий этап сестринского процесса: определение целей и планирование ухода	224
13.1. Понятие о формулировании целей и планировании ухода.	224
13.2. Участие пациента в формулировании целей	225
13.3. Виды целей	226
13.4. Ожидаемые результаты.	227
13.5. Требования к формулированию целей	227
13.6. Составление плана ухода	232
 Глава 14. Четвёртый этап сестринского процесса:	
выполнение конкретных действий по уходу	238
14.1. Понятие о выполнении плана ухода	238
14.2. Основные направления сестринских действий	241
14.3. Регистрация сестринских действий.	242
14.4. Виды сестринской деятельности	242

Глава 15. Пятый этап сестринского процесса:	
оценка эффективности ухода	250
15.1. Понятие об эффективности ухода	250
15.2. Аспекты оценки	252
15.3. Критерии оценки	253
15.4. Источники оценки	253
15.5. Действия сестринского персонала при отсутствии эффекта ухода	254
15.6. Оформление выписного эпикриза	254
15.7. Есть ли будущее у сестринского процесса?	258
 Глава 16. Сестринская история стационарного больного (карта сестринского наблюдения).	 263
 Словарь терминов	 287
Список литературы	293
 Приложение А. Международная награда медицинских сестер — медаль имени Флоренс Найтингейл	 298
Приложение Б. Обет Флоренс Найтингейл	300
Приложение В. Этический Кодекс ICN для медицинских сестёр	 301
Приложение Г. Этический Кодекс медицинской сестры Российской Федерации	 303
Приложение Д. Права граждан при оказании медико-социальной помощи.	 312
Приложение Е. Методы терапевтического общения.	316
Приложение Ж. Свеча, которая не гаснет	318

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первый год обучения в медицинском училище или колледже самый сложный и самый ответственный. В этот период изучают такие дисциплины, как «Анатомия и физиология», «Основы патологии», «Фармакология» и первую клиническую — «Основы сестринского дела».

Само слово «Основы» указывает на то, что знания и умения, полученные по дисциплине, открывают дорогу к изучению сестринского дела в терапии, хирургии, педиатрии, акушерстве и гинекологии и т.д. Здесь всё происходит впервые: первый пациент, первое знакомство с клинической базой, первые контакты с будущими коллегами, первые успехи и неудачи. От того, какой будет эта первая встреча с преподавателем, практической базой, пациентом зависит дальнейшее пребывание студента в стенах учебного заведения и адаптация в профессии.

Интерес к изучению дисциплины, качество знаний и умений студента определяются целым рядом факторов, и не в последнюю очередь личностью преподавателя, методикой преподавания, и, как показывает многолетний опыт, качеством учебно-методической литературы, с которой приходится работать как студенту, так и преподавателю.

Учебник, который вы держите в руках, — результат совместной и продолжительной работы преподавателей областной методической комиссии по основам сестринского дела. За время этой работы не раз изменялись Государственные образовательные стандарты подготовки специалистов сестринского дела, менялось содержание учебной литературы.

Сегодня формируется новое поколение медицинских сестер, фельдшеров, акушеров, со знаниями психологии, педагогики, менеджмента, работающих на высокотехнологическом оборудовании, способных планировать, анализировать и отвечать за свою деятельность. Для этого необходимо иметь крепкую теоретическую подготовку и прочные практические навыки, стремление к совершенствованию, обновлению знаний.

Надеемся, что этот учебник поможет студенту уверенно шагнуть в мир огромных медицинских знаний и в самом начале пути к профессии задуматься над вопросами: что такое сестринское дело, для чего оно существует, в чем его функции, как их выполнить, какие средства допустимы для достижения целей.

В первой части книги отражены теоретические основы сестринского дела: история, философия, основы профессионального общения и обучения. Значительное место отведено изучению современной методологии сестринского дела — сестринскому процессу, где подробно разбирается каждый этап. Предложенная форма ведения сестринской (учебной) истории болезни способствует объединению полученных знаний в единое целое и формированию таких понятий, как потребность, проблема пациента.

Мы хотим, чтобы студенты с первого года обучения хорошо понимали, что работа сестринского персонала направлена не только на физиологические, но и психологические и социальные проблемы пациента.

Во второй части представлены сведения о деятельности сестринского персонала по удовлетворению конкретных потребностей пациента: в кислороде, питании, выделении, безопасности, общении, уважении и самоуважении, самоактуализации. Здесь же предусмотрен раздел относительно участия сестринского персонала в лабораторных и инструментальных исследованиях.

Собранный в учебнике материал будет полезен не только студентам, но и преподавателям медицинских училищ и колледжей, специалистам практического здравоохранения.

Будем искренне признательны всем читателям, которые сочтут возможным прислать свои отзывы и критические замечания.

РАЗДЕЛ 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Изучив эту тему, вы узнаете:

- о заслугах Флоренс Найтингейл в сестринском деле;
- основные вехи развития сестринского дела в России и за рубежом;
- историю создания организаций Красного Креста и Красного Полумесяца;
- историю создания Международного совета медсестёр;
- заслуги Н.И. Пирогова в сестринском деле;
- историю создания и задачи сестринских общин в России;
- примеры самоотверженности и героизма русских и советских сестёр.

Когда говорят об истории медицины, чаще вспоминают фамилии великих врачей: Гиппократ, Гален, Ибн-Сина, Пирогов, Боткина, Склифосовский, Бехтерев, Илизаров и многих других, а также историю развития диагностики, фармакологии, деонтологии и других составных частей врачевания. В то же время совершенно забывают о роли медицинских сестёр, фельдшеров, акушеров.

Когда и как появилось сестринское дело как понятие и как практическая деятельность по уходу за больными? Ознакомление с рядом историко-медицинских работ отечественных и зарубежных авторов позволило сделать вывод о том, что сестринское дело старше медицины и цивилизации. Это материалы палеопатологического характера, выявленные при археологических раскопках и свидетельствующие о том, что люди мустьерского времени (около 100 тыс. лет до н.э.) выжили после переломов, ран, ритуальных трепанаций благодаря выживанию.

Как специальность сестринское дело сформировалось в середине XIX в., почти одновременно в России и на Западе, а к концу XX в. в США и других странах достигла расцвета. В России же предстало в виде одной из самых низкооплачиваемых и непрестижных специальностей.

Попытки понять причины, породившие создавшуюся ситуацию и мешающие выходу из неё, приводят нас к необходимости проследить историю становления сестринского дела в мире в целом, и в России в особенности.

Что же нам даёт история? Она позволяет узнать о событиях прошлого, помогает выявить связь далеких событий с нашей жизнью. История наделяет нас чувством сопричастности, предоставляет возможность обнаружить свои корни в тех цивилизациях и народах, которых уже нет. Она даёт нам шанс избежать ошибок путём извлечения уроков из прошлого.

Знакомство с историей развития сестринского дела обращает нас к корням этой уникальной профессии, знакомит с факторами, которые влияли и влияют на развитие и становление сестринского дела во всём мире и в нашей стране.

Изучение истории призвано воссоздать забытое, напомнить об уцелевшем и призвать к его сохранению, воздать должное тем, кто в меру сил и возможностей в соответствии с духом времени творил благие дела во имя любви к людям. Открывая события далекого прошлого, мы открываем для себя имена целой плеяды благотворителей. Представители различных сословий отдавали нуждающимся то, что имели: одни — состояние, другие — силы и время. Это были люди, получавшие удовлетворение от сознания собственной пользы, служения своему отечеству. Они оставили нам памятники доброты и милосердия. Наша задача — помнить и хранить их.

1.1. О РАЗВИТИИ УХОДА ЗА РУБЕЖОМ

Приблизительно первые пять веков н.э. сестринский уход заключался главным образом в выполнении гигиенических мероприятий и создании комфортных условий для нуждающихся, бездомных и больных. Обеспечивали его в основном ранние христиане как в одиночку, так и в рамках христианской Церкви. В Древнем Риме на протяжении долгого времени даже лечением больных мог заниматься каждый желающий. Но, как правило, это занятие, «презренное» с точки зрения патрициев, было уделом рабов греческого или еврейского происхождения.

В последующие века по мере утверждения христианства, как господствующей религии в Европе, Церковь взяла на себя заботу о немощных и больных. Эта обязанность лежала на дьяконах и дьякониссах. Появлялись даже целые рыцарские ордены, посвящавшие себя целиком уходу.

В 1633 г. в Париже *St. Vincent de Paul* и *St. Louise de Marillac* основали конгрегацию «*Daughters of Charity*» (Дочери милосердия). Это была первая открытая религиозная женская организация, которая занималась благотворительностью. Её деятельность, изначально направленная на уход за бедными на дому, со временем стала включать обучение бедных детей, работу в госпиталях, уход за ранеными. К началу XXI в. эта конгрегация превратилась в самую большую религиозную женскую организацию в мире.

Все эти люди, помогавшие детям, слабым и больным, эти рыцари на бранном поле, монахи и дьякониссы стояли у истоков сестринского дела, превратившегося в профессию в результате длительных усилий по удовлетворению запросов общества.

Сестринское дело, таким образом, зародилось внутри традиционной модели ухода за людьми. Честь создания его, как профессии, принадлежит английской сестре Флоренс Найтингейл (*Florence Nightingale*) (1820–1910 гг.). Ф. Найтингейл была незаурядной личностью, о чём говорят данные её биографии.

Она родилась 12 мая 1820 г. во Флоренции, где временно проживали её родители. Своим образованием была обязана большей частью отцу, который учил её греческому, латинскому, французскому, немецкому, итальянскому языкам, истории, философии, математике. 7 февраля 1837 г. она «услышала голос» о своей особой миссии, но только через девять лет поняла, какой. Ф. Найтингейл хотела заняться изучением организации ухода за больными непосредственно в боль-

ницах, но ей не разрешили. Тогда она стала собирать информацию из официальных документов, и уже через три года влиятельные друзья стали считать её экспертом в здравоохранении. В 1846 г. они прислали ей «Ежегодник немецкой протестантской организации дьяконисс». При этой организации функционировала школа, которая обучала девушек доброго нрава уходу за больными. Флоренс поступила в неё в тридцатилетнем возрасте и прошла полный курс обучения.

В госпиталях того времени, в которых в основном лечились бедные и нищие, работали лишь женщины сомнительного поведения, которых не брали ни на какую другую работу. Уход за состоятельными пациентами осуществляли на дому члены семьи и прислуга.

Помимо госпиталей стали появляться и учреждения по уходу за состоятельными людьми. В 1853–1854 гг. в Лондоне Ф. Найтингейл работала руководителем подобного учреждения по уходу за больными знатными женщинами. Она называла своё учреждение «небольшой кротиной норой» и тосковала по более широкой деятельности. Семья Найтингейл отрицательно относилась к этим занятиям Флоренс.

Когда вспыхнула Крымская война (1853–1856 гг.), и войска союзнических британской и французской армии высадились в Крыму, британцы были особенно встревожены положением дел в армии, связанным с состоянием ухода за ранеными. Флоренс сразу же решила ехать добровольцем, взяв с собой небольшой отряд сестёр. 5 ноября они прибыли на место; никаких условий для лечения и ухода там не было. На все нужды выделяли одну пинту воды в день. Врачи вначале были настроены враждебно, и медсёстрам не разрешалось находиться в палатах. Против были не только врачи. Одна из европейских газет того времени писала, что Найтингейл и её сподвижницы пренебрегли общественными законами приличия и принялись помогать страждущим, направляя при этом свою деятельность не на помощь лицам одного с ними пола, а преимущественно на уход за ранеными воинами. Но вскоре положение изменилось: благодаря уходу уровень смертности среди раненых снизился с 50 до 2%.

Найтингейл обладала большими полномочиями. На привезенные с собой деньги она наладила обеспечение госпиталя всем необходимым, занималась также административными вопросами и корреспонденцией. К концу войны Флоренс стала руководителем всех сестринских отрядов, которые работали в британских госпиталях в Крыму. В Англию Флоренс Найтингейл вернулась как национальный герой.

По возвращении домой она решила направить свою активность на улучшение условий жизни британских солдат. В результате, в мае 1857 г. состоялось заседание комиссии по проблемам здоровья в армии, на котором Найтингейл выступила с докладом. По итогам работы комиссии в этом же году была создана Армейская медицинская школа.

Индийское народное восстание (1857–1859 гг.) против английских колонизаторов также привлекло внимание Ф. Найтингейл. Была назначена другая королевская комиссия, итогом работы которой было создание в 1868 г. департамента здравоохранения в Министерстве по делам Индии. Найтингейл никогда не была в Индии, но вместе с тем она считалась признанным специалистом по этой стране. С нею консультировались даже правительственные чиновники.

В течение своей долгой жизни Ф. Найтингейл написала около 150 книг и монографий. Наиболее значительной, не потерявшей своей актуальности и сегодня, остаётся её небольшая работа «Записки об уходе» (*Notes on Nursing: What it is and What it is not*, 1860), где главное внимание уделено вопросам полноценного ухода за больными. Найтингейл считает, что цель ухода — создание оптимальных условий для выздоровления пациента. Впервые выделена такая область сестринского дела, как уход за здоровыми. Привлекая интерес общественности к окружающей среде, как совокупности внешних и внутренних факторов, влияющих на здоровье, Найтингейл обращает внимание на необходимость её изменения.

В XIX в. работа медсестры не считалась чем-то настолько сложным, чтобы для неё требовалась особая подготовка. Хотя уже тогда существовали школы сестёр при общинах. Например, школа в Кайзерсверте (*Kaiserswerth*) (Германия), которую в начале 50-х годов блестяще закончила Найтингейл. Флоренс подчёркивала, что по сути своей сестринское дело, как профессия, отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний, и что дело управления в больницах должны взять на себя специально обученные сёстры.

Найтингейл убедила общественность, что медсестра нередко играет решающую роль в спасении жизни человека, а потому должна обладать специальными знаниями и умениями. 24 июня 1860 г. на собранные деньги в честь годовщины работы Ф. Найтингейл в Крыму была открыта первая в мире светская Школа для медсестёр при госпитале Св. Томаса в Англии. Мисс Найтингейл разработала для

этой школы детальный план обучения, распорядок дня для слушательниц (которых вначале было десять) и правила поведения. Она считала, что подготовку сестёр должны вести специальным образом обученные сёстры (нужно отметить, что в среде медиков учреждение школы сестёр было встречено с неприязнью). В течение последующих лет не без её активной роли было открыто немало школ обучения акушеров и медсестёр для работы в больницах для неимущих. Благодаря Найтингейл образование сестёр перестало быть монополией церкви.

С 1857 г. Флоренс жила в основном в Лондоне. Болезнь приковала её к постели. Не поднимаясь с кушетки, она принимала множество посетителей (которые либо передавали ей информацию, либо приходили за ней), вела огромную переписку (она написала около 12 000 писем).

Нет сведений, что у Флоренс было какое-то органическое заболевание. Её болезнь, скорее всего, имела невротический характер, возможно, с долей мистификации. Найтингейл работала день и ночь. Постепенно её стало подводить зрение. В 1901 г. она ослепла.

В 1907 г. король Эдвард VII удостоил её высочайшей награды Британии — ордена «За заслуги». Впервые этой чести была удостоена женщина.

Умерла Флоренс Найтингейл в 1910 г. А в 1911 г. в Лондоне ей был открыт памятник. На церемонии открытия мэр Лондона заметил, что памятник воздвигнут в ознаменование высочайших заслуг великой англичанки.

В 1872 г. в США в Филадельфии и Бостоне были открыты школы медсестёр. Линда Ричардс, закончившая школу в Бостоне в 1873 г., стала первой дипломированной американской сестрой. В 1874 г. была открыта *Mack Training School* в Онтарио (Канада). В 1879 г. Мери Елиза Махоней стала первой негритянкой, получившей диплом медсестры. В 1887 г. основана Британская ассоциация медсестёр, в 1897 г. — Американская сестринская ассоциация (ANA).

В 1899 г. был создан Международный совет медсестёр (МСМ) как первая профессиональная организация женщин. Сегодня МСМ — фактически самая большая и авторитетная международная профессиональная организация, включающая 127 государств. Президентом МСМ в 1997–2001 гг. была датская сестра Кирстен Сталкхнот. В 2001 г. президентом МСМ была избрана английская медсестра Кристина Хенкок, в 2005 г. — японская медсестра Хироко Минами.

1.2. О РАЗВИТИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В РОССИИ

Наиболее полный анализ истории развития сестринского дела в России представлен в работах Г.М. Перфильевой и в монографии «История сестринского дела в России». Г.М. Перфильева считает, что становление светского сестринского дела проходило самобытным путём, без заметного влияния европейской медицины. Именно России принадлежит приоритет в формировании представления о сестринском уходе как особой форме медицинской деятельности, требующей специальной теоретической подготовки. В качестве примера она ссылается на учебник русского хирурга, главного врача Мариинской больницы для бедных Христофора фон Оппеля (1822 г.). Почти полвека спустя многие его идеи нашли отражение в работах Ф. Найтингейл. Но международная изоляция лишила возможности как российских сестёр приобщиться к международному опыту, так и зарубежных коллег познакомиться с нашими достижениями.

Обобщая историю развития сестринского дела в России XVI—XX вв., мы попытались проследить её основные вехи (табл. 1-1). Для анализа условно выделим четыре этапа развития сестринского дела в России: допетровский; 1701—1917; 1918—1976; с 1977 и до наших дней.

1.2.1. Допетровский период развития сестринского дела

На Руси придворные врачи появились уже в X в. при киевских князьях. В основном это были монахи Киево-Печёрского монастыря. При монастырях создавались больничные палаты. Место, где боль кладёт человека «нищ», стали называть больницами. Одно из первых упоминаний о стационарном лечебном учреждении на Руси связано с именем княгини Ольги, которая организовала больницу, где за больными стали ухаживать женщины. В монастырях обучали искусству врачевания и медицинской культуре дочерей и вдов знатных людей. Больничные здания, как правило, размещались за монастырскими стенами, к ним примыкали прачечные, бани, огороды, кладбища. Богатые были обязаны заботиться о безбедном существовании больниц. Неимущие за дни, проведенные на лечении в больнице, отрабатывали на пашне, на промыслах, в извозе.

Таблица 1-1. Основные вехи развития сестринского дела в России в XVI–XX вв.

Годы	Основополагающие события
1551	Стоглавый собор постановил: «Да повелит благочестивый царь всех прокажённых и престарелых описать по всем городам отдельно от здоровых строёв... да в каждом городе устроить богадельни мужские и женские, где прокажённых и престарелых, немощных, куда голову подклонить, устроить в богадельнях пищею и одеждою. ... Да приставить к ним здоровых строёв и баб стряпчих сколько пригоже будет»
1707	Открытие первой в России медико-хирургической госпитальной школы
1715	Указ Петра I об организации воспитательных домов для брошенных детей, в которых должны были служить женщины
1728	Медицинская канцелярия вводит штатные единицы для женщин по уходу за больными. Но со временем использование женского труда по уходу либо прекратилось, либо носило временный характер
1735	Генеральный регламент о госпиталях, определяющий сферы деятельности женщин по уходу, а также их поведение до принятия на работу и во время неё
1741	Начало подготовки подлекарей (фельдшеров) в госпитальных школах
Середина XVIII в.	Вновь привлечение к уходу «баб-сидельниц» — жён или вдов больничных солдат
1757	Открытие первых акушерских школ
1808	Впервые в штатное расписание Павловской больницы в Москве доктором Ф.П. Гаазом был включён только женский обслуживающий персонал

1814	Привлечение вдов из вдовьих домов к уходу. Организация службы «сербобольных вдов» — прообраз сестринского дела в России
1818	Организация при больницах специальных курсов сиделок
1819	Создание Института сербобольных вдов
1822	Выход в свет «Руководства...» Х. Опделя, по которому велось обучение сербобольных вдов
1844	Создание в России первой общины сестёр милосердия (впоследствии — Свято-Троицкой)
1854	Открытие первой фельдшерской школы для женщин
1854	Создание Крестовоздвиженской общины сестёр милосердия
1854—1856	Организованное участие в Крымской войне
1867	Создание Российского общества Красного Креста. Международное общество Красного Креста было создано в 1863 г. по инициативе швейцарского филантропа Анри Дюнане (<i>Henri Dunant</i>), лауреата первой Нобелевской премии мира (1901 г.) (вместе с французским миротворцем Фредериком Пасси (<i>Frederic Passy</i>))
1877—1878	Участие в Русско-турецкой войне. Героиней войны стала сестра милосердия баронесса Юлия Вревская, фрейлина императрицы. Скончалась от тифа в г. Бяла (Болгария)
1897	Создание Института братьев милосердия в Петербурге (существовал до 1917 г.)
1917	26 августа в Москве состоялась I Всероссийский съезд сестёр милосердия, на котором было учреждено Всероссийское общество сестёр милосердия

До татарского нашествия в летописи упоминаются больницы в Киеве, Переяславле Южном, Смоленске, Вышгороде, Чернигове, Новгороде, Пскове, на Волыне, в Галицкой Руси и др.

Характеризуя состояние медико-санитарного дела в период монголо-татарского ига, русский историк медицины Н.П. Загоскин писал: «Положенные в XII—XIII вв. зачатки светской медицины гложут в эту эпоху, ...медицина всецело удаляется в монастыри...». Но богатые традиции народной медицины не были утрачены, продолжали распространяться рукописные произведения. В них давались советы по применению целебных трав, гигиене питания, по использованию бань. Из летописи мы знаем о Евпраксии, родившейся в 1108 г., внучке князя Владимира, которая глубоко изучила народную медицину и оставила первый отечественный медицинский труд под названием «Мази». Он посвящён вопросам физиологии, гигиены, пропедевтики, профилактики некоторых болезней.

В 1551 г. на Стоглавом соборе впервые было высказано намерение открывать государственные больницы и богадельни, так как монастырские богадельни не могут «призреть и лечить всех желающих». Но, как мы увидим ниже, первый государственный госпиталь был открыт в Москве в 1707 г.

Таким образом, в Московской Руси участие женщин в судьбе больных проявлялось в различных видах благотворительной деятельности, осуществлявшейся представительницами различных сословий.

1.2.2. Развитие сестринского дела в 1701–1917 гг.

Развитие сестринского дела в XVIII в. Впервые женщин к уходу за больными стали привлекать при Петре I (1682–1725 гг.). Например, они должны были служить в воспитательных домах, созданных «...для сохранения зазорных младенцев, которых жёны и девки рожают беззаконно». Однако вопрос о «призрении подкидышей» был решён только при Екатерине II, открывшей воспитательные дома в Москве и в Петербурге в 60-х годах XVIII в.

Помимо Воинского устава 1716 г., Петр I определил обязанности женщин по уходу за больными «Регламентом об Управлении Адмиралтейства и Верфи». В 1728 г., уже после смерти Петра I, в расписание госпиталей были введены штатные единицы для женщин.

В «Генеральном о госпиталях регламенте» (1735 г.) записано: «Работниц иметь в госпиталях для мытья платья и всего белья больных по болезням. Для надзирания над бельём и над работницами иметь во

всяком госпитале по одной надзирательнице и по одной помощнице из старых вдов или добрых замужних жён, которые похвалу на себе носят доброго состояния, и в сем параграфе помянутых работниц держать в крепком призрении, чтобы ни единая из них могла сходства иметь и разговаривать с молодыми холостыми лекарями и учениками, також и с больными или с караульными солдатами или с надзирателями и накрепко смотреть, чтобы, кроме помянутых, другие женщины (какого бы звания ни были) в госпиталь не входили...».

Но отсутствие системы организации женского труда в госпиталях и заинтересованности командования в нём привело к тому, что в большинстве госпиталей участие женщин в уходе со временем либо прекратилось, либо носило временный характер. В результате больные и раненые, особенно в военное время, находились практически на полном самообеспечении. Например, в 1808 г. в Гродненском госпитале на одного медика приходилось 500 больных при полном отсутствии обслуживающего медицинского персонала.

Как уже было отмечено выше, начинаниям Петра I суждено было воплотиться в жизнь только во время правления Екатерины II (1762—1796 гг.). В 1763 г. в Москве была учреждена Павловская больница, в которой по штату полагалось иметь солдат-сидельников, а для женщин — баб-сидельниц из жён и вдов больничных солдат. Одну из них назначали «для осматривания у больных женщин в сокрытых местах болезней и вставления им клистиров» и называли бабкой, или клистирицей.

Позже женский труд стали использовать и в лечебных учреждениях военного ведомства. В отчётах ревизоров, назначаемых медицинской коллегией для проверки за 1785 г., отмечено: «Для приготовления пищи, для мытья белья и содержания в чистоте постелей имеется при госпитале довольно число женщин из солдаток, и им пристойная плата производится. Оные женщины употребляются к услужению больным, для которых по родам болезней их присмотр приличен».

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что в XVII в. уход в госпиталях осуществляли мужчины (отставные солдаты), «солдаты-сидельники». В XVIII в. в рамках реформ, проводимых Петром I, к участию в уходе за больными в гражданских и военных лечебных учреждениях стали привлекать женщин. Вначале это были старицы из монастырей, затем жёны и вдовы больничных солдат. Специальной подготовки сестёр для ухода за больными тогда, видимо, не было.

Служба «сердобольных вдов». Некоторые авторы считают, что сестринское дело в России возникло в 1803 г., когда появилась служба «сердобольных вдов». В этом году императрица Мария Фёдоровна учреждает в Москве и Петербурге «вдовьи дома» — приюты для бедных вдов, оставшихся без средств к существованию. В одном из таких домов проходило детство замечательного русского писателя А.И. Куприна. Свои детские воспоминания об общей палате «вдовьего дома» он описал в рассказе «Святая ложь».

В 1813 г. было принято решение привлечь некоторое число вдов из Петербургского вдовьего дома для оказания помощи в воспитании сирот и для работы в качестве сиделок в Мариинской больнице для бедных.

Мариинская больница в Санкт-Петербурге — первое частное благотворительное лечебное учреждение. В больнице 200 коек и амбулатория, 9 врачей, 12 фельдшеров, 14 надзирательниц, 60 хожатых, 54 остальных служителей.

Больница находилась на полном самообеспечении. Доходов от оранжереи, где круглый год выращивали овощи и фрукты, хватало на зарплату всему персоналу, питание больных и лекарства.

Чистые и тёплые палаты, чистое и сухое постельное и нательное бельё, полноценное питание, регулярное проветривание помещений, ежегодная побелка и покраска каждой палаты и коридоров, полноценный уход и лечение обеспечили Мариинской больнице репутацию одной из лучших больниц Европы того времени.

Императрица разработала правила и инструкции для персонала (включая врачей), почти ежедневно лично контролировала лечебный процесс, работу персонала и попечительского совета, обеспечила снабжение больных деньгами, лекарствами и одеждой после выписки.

В начале 1814 г. 24 вдовы, изъявившие желание посвятить себя уходу за больными, приступили к исполнению обязанностей: каждые две недели восемь вдов переселялись в больницу для дежурств. Они наблюдали за состоянием палат, за порядком в раздаче пищи и лекарств, за чистотой и опрятностью больных, их постели и белья, за поведением больных и посетителей. При этом женщины осваивали некоторые медицинские приёмы, чтобы в случае необходимости уметь оказать помощь.

В марте 1815 г. впервые состоялось приведение прошедших испытательный срок 16 «сердобольных вдов» к присяге с вручением знака отличия — Золотого креста, который предписывалось носить на

шее всю жизнь, даже если «сердобольная вдова» выходила в отставку. Со второго года службы «вдовы» могли посещать больных в частных домах, получая за это плату. В 1819 г. последовал особый вердикт, учреждающий Институт сердобольных вдов. Обряд посвящения и присяги был тщательно продуман самой императрицей. После совершения обряда посвящённые вдовы получали свидетельство на звание «сердобольных», о чём публиковалось в печати.

С учреждения Института сердобольных вдов началась подготовка женского медицинского персонала. По уровню медицинской квалификации сердобольные вдовы занимали среднее положение между медицинской сестрой и няней. С 1850 г. дежурства вдов распространились и на детскую больницу. Существование службы сердобольных вдов определялось доходами вдовьих домов и крупными пожертвованиями благотворителей.

В 1818 г. в России была создана государственная служба сиделок, которые обучались в больницах санитарно-гигиеническому уходу за больными и имели штатные должности при больницах. Но в первой половине XIX в. эта форма подготовки обслуживающего медицинского персонала не получила должного развития и заметного вклада в дело ухода за больным не внесла.

Таким образом, до середины XIX в. служба «сердобольных вдов» оставалась единственной формой профессионального участия женщин в уходе за больными. Христофор фон Оппель, главный врач Мариинской больницы в Москве, в которой служили сердобольные вдовы из Московского вдовьего дома, в 1822 г. опубликовал учебник, который так и назывался: «Руководства и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятившим». В пособии описаны принципы отбора ухаживающего персонала, требования к его физическим и нравственным качествам, особенности ухода за тяжелобольными, выздоравливающими, ранеными, младенцами, умирающими. Большое внимание уделено гигиеническим условиям содержания больных, методикам выполнения манипуляций, правилам приёма лекарственных препаратов. Книга написана доходчиво, вдумчиво, с большой любовью и пониманием важности начатого дела. Она и сегодня не утратила своей актуальности.

По этому учебнику подготовку женского медицинского персонала вели врачи. Такой способ трансляции знаний в нашей стране сохранён и поныне, что имеет, на наш взгляд, свои положительные стороны (высокий интеллект врачей, хорошая теоретическая и

практическая подготовка, знание особенностей работы сестры, её профессиональных ошибок) и отрицательные (отношение врачей к медсестре с некоторым оттенком превосходства, взгляд на проблемы медсестры только в свете её роли как помощника).

«Сердобольные вдовы» вместе с сёстрами милосердия участвовали в Крымской кампании 1854—1856 гг. Несмотря на свое знатное происхождение (многие были потомственными дворянками), женщины выполняли самую тяжёлую, но необходимую работу. После Октябрьской революции вдовы дома были упразднены, а их здания переданы Наркомздраву. С 1936 г. здание Московского вдовьего дома занимал Центральный ордена Ленина Институт усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ), административные службы которого находятся там и по сей день (ныне Российская медицинская академия последипломного образования (РМАПО)).

Общины сестёр милосердия. Качественно новый этап в развитии сестринского дела в России связан с организацией общин сестёр милосердия. По инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезы Ольденбургской в Петербурге (1844 г.) была создана первая в России община сестёр милосердия. Своё название — Свято-Троицкая — община получила лишь в 1873 г. В основу первой в России общины сестёр милосердия была положена мысль о том, что попечение о больных и другие формы милосердия могут быть делом личного подвига.

Первоначально община включала семь отделений: отделение сестёр милосердия, женскую больницу, богадельню для неизлечимых, пансион, приют для приходящих детей, исправительную детскую школу, отделение кающихся, или магдалин. Со временем большинство отделений было закрыто. Деятельность общины была направлена исключительно на служение бедным и на подготовку сестёр милосердия. В годы открытия общины в ней состояло 18 сестёр милосердия и испытуемых.

В сёстры милосердия принимали вдов и девиц от 20 до 40 лет. В течение года испытуемые проходили курс обучения и на деле проверяли свои душевные и физические качества, необходимые для этой трудной работы. Обучение медсестёр проводили врачи, состоящие в общине на службе. Медсёстрам преподавали правила ухода за больными, способы перевязки ран, фармацию и рецептуру. Обученные медсёстры исполняли обязанности, которые в других местах поручали фельдшерам и фельдшерицам. Они принимали больных, посещали общину, дежурили в больнице общины и частных домах. Со вре-

менем их стали приглашать в частные и государственные больницы и госпитали. Для консультаций в общину приглашали многих известных врачей. С 1845 по 1856 г. общину посещал Н.И. Пирогов.

Деятельность общины быстро завоевала признание. Не было недостатка в желающих принять участие в работе. Однако условия жизни в общинах резко отличались от таковых у «сердобольных вдов». Исполнение тяжёлых и сложных обязанностей, аскетический быт, дисциплина, отсутствие зарплаты, пенсии, выходных и отпусков приводили к тому, что многие сёстры покидали общину. Только четвертая часть сестёр пробыла в общине более 10 лет. Тем не менее работа их была более значительна по объёму и качеству медицинского обслуживания населения, чем деятельность «сердобольных вдов».

Так как спрос на деятельность сестёр милосердия намного превышал возможность одной общины, назрела необходимость создания новых общин.

В конце 1844 г. в Петербурге княгиня М.Ф. Барятинская основала общину для оказания помощи нуждающимся и страждущим, которая несколько позже получила устав и название «Общины во имя Христа Спасителя». С 1853 по 1875 г. 23 сестры общины оказали помощь 103 785 больным.

В Москве к середине XIX в. аналогичных заведений было мало. Община подобная Свято-Троицкой возникла в Москве в 1848 г. во время эпидемии холеры. Её организовали два выдающихся человека: княгиня Софья Степановна Щербатова и доктор Фёдор Петрович Гааз. Эта община получила имя Никольской. Сёстры этой общины принимали участие в уходе за ранеными в годы Крымской кампании.

В 1850 г. в Одессе была учреждена Стурдзовская богадельня сердобольных сестёр, состоявшая из общины сестёр и больницы, в которой они проходили обучение. Медицинское обслуживание в этой больнице получали только больные женского пола. При больнице состоял старший врач и несколько врачей и лекарей-помощников.

Для участия в Крымской войне (1853—1856 гг.) была создана Крестовоздвиженская община сестёр милосердия.

Движение сестёр милосердия после Крымской кампании получило широкий отклик в сердцах русских людей. Одна за другой открываются новые общины сестёр милосердия в разных городах России: Москве, Петербурге, Харькове, Тифлисе и др.

Желающие поступить в общину предварительно проходили испытательный срок до двух лет. В мирное время сёстры ухаживали за

больными в военных госпиталях и гражданских больницах, в квартирах частных лиц. В военное время они откомандировывались советом общины в распоряжение Российского общества Красного Креста и распределялись по госпиталям.

Вступая в члены общины, сёстры брали на себя тяжёлый труд и высокую нравственную ответственность. Это была особая форма подвижничества, выдержать которую могли только сильные духом. Они не получали ни пенсии, не имели ни выходных, ни отпусков. Общины были своеобразными коммунами. При них функционировали детские приюты и школы, больницы и амбулатории, ремесленные и художественные мастерские и обязательно постоянно действующие курсы сестёр.

Уставы общин мало отличались друг от друга. Неизменными их условиями были целомудрие и строгость поведения, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Уставы были строгими, но сохраняли за членами общины некоторые свободы (в отличие от монастырских). Сёстры имели право владеть наследственным и собственным имуществом, при желании могли вернуться к родителям, требующим ухода, или вступить в брак. Среди сестёр милосердия было много женщин и девушек знатного происхождения. Например, княгиня Шаховская начинала свою общественную деятельность сестрой милосердия в Московской тюремной больнице. Однако устав не позволял делать скидок никому, да никто и не стремился к привилегиям.

В начале XX в. руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Фёдоровна. В 1905 г. был убит её супруг — великий князь Сергей Александрович, губернатор Москвы. После этого княгиня целиком посвятила себя делу благотворительности. В 1907 г. Елизавета Фёдоровна учредила общину сестёр милосердия — Марфо-Мариинскую обитель, по имени двух евангельских сестёр, в судьбе которых воплощены две идеи: духовное служение и деятельное милосердие. В составе общины действовала больница, амбулатория, аптека, приют для девочек-сирот, воскресная школа. Здесь же работала столовая для бедных, размещалось общежитие сестёр милосердия и спальни детского приюта. Ансамбль общины был задуман самой княгиней. Она имела тонкий художественный вкус и неплохо рисовала. На территории общины был разбит прекрасный парк с оранжереями. Больница обители считалась по тем временам образцовой. В ней работали лучшие специалисты

Москвы. В амбулатории медицинскую помощь оказывали бесплатно, безвозмездно выдавали лекарства в аптеке. Община помогала в устройстве на работу, уходе на дому, присматривала за детьми, оказывала материальную помощь в виде раздачи денег, одежды, продуктов. Сестры милосердия вместе с великой княгиней посещали трущобы и тюрьмы. Елизавета Федоровна относилась к своим обязанностям очень самоотверженно, ухаживала за безнадежными больными, заботилась о сестрах общины, обходила палаты по ночам, ассистировала во время операций. Она была очень строга к себе, вела аскетическую жизнь: спала не более 3 ч на деревянной кровати без матраца, в еде была очень воздержанна.

В 1914 г. обитель была переоборудована в госпиталь, сюда поступали раненные, здесь в качестве сестёр милосердия работали императрица и её дочери. Деятельность обители продолжалась и после революции 1917 г., вплоть до ареста царской семьи. Елизавета Федоровна трагически погибла в 1918 г. в Алапаевске вместе с другими членами царской фамилии. В конце XX в. Елизавета Федоровна и её келейница Варвара канонизированы русской православной церковью. В настоящее время у великой княгини много почитателей не только в нашей стране, но и за рубежом. Марфо-Мариинская обитель работает, сохраняя память о своей основательнице. В Москве на Большой Ордынке открыт памятник женщине, чье подвижничество на благо Отечества, во имя любви и сострадания к людям может служить примером для подражания. В августе 2004 г. мощи сестры милосердия, святой Елизаветы побывали в Москве, и почитатели этой светлейшей женщины могли приложиться к ним.

Существование общин милосердия было замечательным примером подвижничества, который был подхвачен русским обществом во второй половине XIX в. Женщины доказали, что они достойны иметь равные права с мужчинами в общественной жизни страны.

Движение сестёр милосердия быстро набирало силу и получило всеобщее признание. К концу 1912 г. в 109 благотворительных общинах работали 3442 сестры милосердия, а к началу Первой мировой войны их количество достигло почти 20 000.

В годы Крымской войны (1853–1856 гг.) особенно остро ощущался недостаток медицинского персонала. Эта война унесла жизни почти 785 000 человек. При этом потери убитыми составляли 53 000, а остальные умерли от ран и болезней. В разгар боевых действий Н.И. Пирогов был приглашен к великой княгине Елене Павловне, которая в 1828 г. приняла на себя руководство благотворительными

учреждениями. Она посвятила его в свой план — создать женскую организацию по оказанию помощи больным и раненым на поле битвы и предложила Н.И. Пирогову взять организацию на себя.

В 1854 г. в Петербурге была создана Крестовоздвиженская община сестёр милосердия, специально для работы в действующей армии. Устав общины был составлен самим Н.И. Пироговым. И он же руководил деятельностью общины. Новое начинание было встречено скептически в высших кругах. Были высказаны опасения, что направление женщины на фронт может привести к моральному разложению армии. Однако женщины своим самоотверженным трудом и безупречным поведением заслужили уважение и признательность не только воинов, но и всего народа, вписав славную страницу в историю развития сестринского дела и отечественного здравоохранения в целом.

Н.И. Пирогов дал высокую оценку трудолюбию, самоотверженности и большому нравственному влиянию, которое оказывали сёстры милосердия на воинов. Он писал, что поведение сестёр с медиками и их помощниками было примерное и достойное уважения, обращение их со страждущими было самое задушевное, а вообще все действия сестёр при уходе за больными, сравнительно с поведением госпитальной администрации, должны быть названы не иначе как благородными.

Русские женщины в годы Крымской войны впервые вышли из сферы домашней жизни на поприще государственной службы, показав высокие деловые и нравственные качества. Сестры приобретали одну из специальностей: сестёр хирургических (перевязочных), аптекарей и хозяек. Перевязочные сестры помогали врачам при операциях и перевязках, готовили перевязочные средства. Сестры-хозяйки наблюдали за содержанием больных, за чистотой белья и постели. Сестры-аптекари должны были следить за правильной раздачей лекарств и проверяли работу фельдшеров.

Вместе с сестрами Крестовоздвиженской и Никольской общин в Крыму работали «сердобольные вдовы». Лучшим свидетельством самоотверженного труда женщин служит тот факт, что 12 вдов умерли. Из 60 сестёр милосердия почти все заболели тифом, 11 из них скончались.

События тех лет сохранились в отчетах великого хирурга, его воспоминаниях и дневниковых записях. Наиболее полно они отражены в «Севастопольских письмах», которые явились документами политического содержания и оказали значительное влияние на обще-

ственное мнение в России. Воспоминания оставили нам имена этих великих женщин, среди которых дворянки Е. Бакунина, Е. Хитрово, А. Травина, М. Григорьева и другие.

Необычайно высокими морально-волевыми качествами, четким выполнением обязанностей сестры милосердия отличалась Екатерина Михайловна Бакунина (1812—1894 гг.). Н.И. Пирогов называл её неутомимой сестрой и считал своей верной помощницей. «Ежедневно, днем и ночью, — вспоминает он, — можно было её застать в операционной комнате, присутствующую на операции, в то время, когда бомбы и ракеты то перелетали, то не долетали и ложились кругом, ...она обнаруживала со своими сообщницами присутствие духа, едва совместимое с женскою натурою».

Екатерина Михайловна была воспитана в духе лучших семейных и национальных традиций, на замечательных образах русской классической литературы. Её родословная — сплетение двух прославленных родов в России: Бакуниных и Голенищевых-Кутузовых. Деда Екатерины Михайловны Ивана Логиновича многие годы связывала дружба с Михаилом Илларионовичем Кутузовым, и женаты они были на сёстрах, так что Екатерину Михайловну можно считать внучатой племянницей великого полководца.

На склоне лет Екатерина Бакунина написала «Воспоминания сестры милосердия», единственные в своем роде из всей обширной литературы о Крымской войне, не считая «Исторического образа действий Крестовоздвиженской общины ...» самого Н.И. Пирогова.

В первые послевоенные годы Е.М. Бакунина по рекомендации Пирогова руководила Крестовоздвиженской общиной. Но летом 1860 г. она добровольно сложила с себя полномочия сестры-настоятельницы и навсегда рассталась с общиной. Причиной такого серьезного шага послужили разногласия с Еленой Павловной по вопросам дальнейшего развития и деятельности общины. Дальнейшая жизнь Е.М. Бакуниной подтвердила духовное богатство её натуры: до конца своих дней она неустанно боролась с человеческой бедой — лечила крестьян в селе Козицино Новоторского уезда Тверской губернии, где проживала с сестрами. Участие в Русско-турецкой войне — одна из ярчайших страниц её интересной, но ещё не написанной биографии.

В воспоминаниях Н.И. Пирогова, врачей, современников сохранились сведения о Дарье Лаврентьевне Михайловой (настоящее имя Даши Севастопольской). Она была одной из тех жён, сестёр, дочерей севастопольцев, которые ещё до появления сестёр милосердия

и «сердобольных вдов» оказывали помощь раненым. Один из современников писал, что Даша, которая осталась сиротой, сначала зарабатывала стиркой белья и вместе с прачками следовала со своей повозкой за войсками. К счастью, в её повозке нашлись и уксус, и какое-то тряпье, которые она использовала для перевязки ран. Таким образом, Дарья Михайлова стала первой сестрой милосердия на поле боя.

Николай I узнал о подвиге девушки из писем своих сыновей, которые находились в Крыму для «подъёма духа» русского воинства и принял в судьбе девушки непосредственное участие. Дарье была пожалована золотая медаль на Владимирской ленте с надписью «За усердие» и 500 рублей серебром. Она прожила долгую скромную жизнь, не напоминая о себе. К сожалению, не установлены ни дата её смерти, ни место захоронения.

К 150-летию со дня рождения Даши Севастопольской по инициативе командования медицинской службы Краснознаменного Черноморского флота, Военно-Морского Краснознаменного госпиталя имени Н.И. Пирогова и совета Музея медицинской службы флота была утверждена медаль её имени. Её изготовили на производственном объединении «Морской завод имени Серго Орджоникидзе». Ежегодно в госпитале проходит состязание на звание лучшей медицинской сестры. Тем, кто занимает высшую ступень пьедестала, вручают медаль имени Даши Севастопольской и заносят их на Доску почёта.

Усилия Н.И. Пирогова и самих сестёр не пропали даром. В своих воспоминаниях он писал о том, что результаты участия сестёр в войне и первый опыт создания общин доказывает, что до сей поры были совершенно игнорированы чудные дарования наших женщин. Его волновало будущее общины, её внутренняя жизнь. «Наша сестра, — писал Пирогов, — должна быть женщиной с практическим рассудком и с хорошим техническим образованием, а при том она должна непременно сохранять чувствительность сердца, и такая деятельность в женщинах должна быть непрестанно поддерживаема. Сами сестры должны быть независимы от администрации и самые образованные должны нравственно влиять на весь госпитальный персонал». Он верил, что деятельности сестёр милосердия, несмотря на все трудности, принадлежит великое будущее. Он так подводит итог деятельности Крестовоздвиженской общины: «...Я надеюсь, что это молодое учреждение введется и в других наших военных госпиталях на вечные времена. Всякий благомыслящий врач, желающий, чтобы его пред-

писания не исполнялись грубою рукою фельдшера, должен искренне желать процветания сердобольного ухода за больными».

По окончании войны 68 сестёр было представлено к медали «За оборону Севастополя». Из 120 сестёр милосердия Крестовоздвиженской общины, командированных в Крым, 17 погибли при исполнении служебных обязанностей. Память о них для нас священна.

Участие в Русско-турецкой войне (1877–1878 гг.). Героиней русско-турецкой войны стала сестра милосердия Юлия Вревская. Баронесса, дочь генерала, она считала «самопожертвование за благо других» своим долгом. В.А. Сологуб писал: «Я за всю жизнь не встречал такой пленительной женщины. Пленительной не только своей наружностью, но и своей женственностью, грацией, бесконечной приветливостью и бесконечной добротой... Никогда эта женщина не сказала ни о ком дурного и у себя не позволяла никому злословить, а, напротив, всегда в каждом старалась выдвинуть его хорошие стороны». С самого начала войны Юлия едет на фронт: «На 400 человек нас 5 сестёр, ранения все очень тяжёлые. Я весь день в больнице». Юлия Вревская отказалась от положенного ей отпуска и погибла от тифа в военном лазарете болгарского города Бяла 24 января 1878 г. Памяти Ю.П. Вревской посвятил свое стихотворение в прозе И.С. Тургенев.

Российское общество Красного Креста. Учредительное собрание Общества попечения о раненых и больных воинах состоялось в Петербурге 18 мая 1867 г. Переименованное в Российское общество Красного Креста (РОКК) в 1879 г., оно стало богатой и влиятельной организацией, выполнявшей миссии по оказанию помощи раненым на войне и пострадавшим от природных катаклизмов как внутри страны, так и за рубежом.

В 1879 г. в компетенцию РОКК вошли: организация подготовки сестёр милосердия и контроль за учреждением и деятельностью общин милосердия. Большинство общин вошло в РОКК, в том числе и знаменитая Крестовоздвиженская в Петербурге. К 1 января 1894 г. в распоряжении РОКК находилось 49 общин милосердия. На 1903 г. сеть учреждений РОКК со штаб-квартирой в Петербурге состояла из управлений, комитетов, общин сестёр, больниц, амбулаторных лечебниц, инвалидных домов, приютов для детей.

В 1897 г. Русское общество Красного Креста учредило в Петербурге Институт братьев милосердия, целью которого была подготовка мужского персонала по уходу за больными и ранеными и оказанию помощи в несчастных случаях. Обучение продолжалось 2 года. Кроме

общин Красного Креста, подготовка сестёр также велась при больницах и монастырях.

Число женщин, стремившихся стать сестрами, постоянно росло. Курсы по подготовке сестёр были организованы во многих больших городах для всех желающих присоединиться к профессии. Для будущих сестёр читали лекции и проводили практические занятия под руководством хирургов и специальных кураторов, в соответствии со стандартами и программами, выработанными руководителями РОКК.

Труд сестёр очень высоко оплачивался, а их статус приравнивался к статусу капитана или майора Российской армии. Помимо месячного содержания, которое было выше, чем у офицеров, женщины получали дополнительные средства на переезды и пошив нескольких комплектов униформы. Кроме того, РОКК гарантировало пенсии после 25 лет выслуги и выплату пособия в случае заболевания, приобретенного при выполнении служебных обязанностей.

1.2.3. Развитие сестринского дела в 1918–1977 гг.

Основные события этого периода развития сестринского дела представлены в табл. 1–2.

Анализируя основные вехи развития сестринского дела в послеоктябрьский период, следует сказать, что реформы начались с утверждения в 1919 г. Наркомздравом плана обучения и программ школ сестёр милосердия, которые предусматривали сугубо практический метод обучения и поэтому — постоянное пребывание учащихся в больнице.

Молодой стране нужны были новые сестры, которых могли готовить школы, принципиально отличающиеся от школ милосердия. Так, в 1920 г. из медицинского обихода исчезает слово «милосердие». Ликвидируются общины сестёр милосердия, появляются первые государственные медицинские школы. В новых программах 1924 г. издания отмечалось, что «сестра должна быть не только механическим исполнителем назначения врача, но должна ясно отдавать себе отчет в значении указанного метода лечения»; в программах 1926 г. — что «средний медработник должен быть только помощником врача, работающим по его указаниям и под его наблюдением». И только в 1929 г. был решён вопрос об усовершенствовании квалификации среднего медперсонала (не реже одного раза в 5 лет).

Таблица 1-2. Основные вехи развития сестринского дела в России в 1919–1977 гг.

Годы	Основополагающие события
1919	Утверждение Наркоматом здравоохранения планов и программ школ сестёр милосердия
1920	Ликвидация общин сестёр милосердия. Подготовка медсестёр поручена органам здравоохранения
1922	I Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. Для подготовки сестёр установлен срок обучения 2 и 2,5 года
1924	Утверждение новых учебных планов и программ для школ подготовки медсестер по уходу
1926	II Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. Медицинские школы стали называться техникумами
1927	Положение о медицинской сестре, в котором четко определены обязанности сестры по уходу
1928	III Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. Ключевым вопросом, обсуждавшимся участниками конференции, было наименование лиц, окончивших медицинский техникум. Из множества предложений было принято определение «медтехник»
1929	IV Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию. Ещё раз было обращено внимание на то, что звание «сестры» изжило себя, его необходимо заменить новым «медицинский техник». Также была установлена периодичность усовершенствования для всех средних медицинских работников – не реже одного раза в 5 лет
1930	Номенклатура специальностей среднего медицинского персонала включала 13 специальностей (лечебно-профилактический техник по уходу, техник по социальной помощи, фармацевтик и т.д.)
1932	Решение восстановить специальность медсестры со сроком обучения 1 год
1936	Введение единой системы подготовки среднего медицинского персонала
1939	Создание центрального методкабинета по среднему медицинскому образованию

Окончание табл. 1-2

1942	Создание журнала «Медицинская сестра»
1941–1945	Участие сестёр в Великой Отечественной войне. Впервые в мире на линию огня была выведена женщина-санитар. За вынос 80 раненых с их винтовками и пулеметами санитарки награждены орденом Ленина
1953	Реорганизация медицинских школ в медицинские училища
1959, 1962, 1965, 1972, 1982	Пересмотр учебных планов
1960-е годы	Введение в некоторых больницах в порядке опыта двухступенчатого метода обслуживания
1965	Открыты курсы повышения квалификации при крупных учреждениях здравоохранения
1976	Начало периодической аттестации руководящего и педагогического состава медицинских училищ

После восстановления специальности медсестры (примерно 1932 г.) в новых требованиях к её подготовке отмечалось, что она выполняет уход за больными под руководством врача или помощника врача, и для сознательного отношения к назначениям врача она должна быть медицински грамотна.

В 1934 г. началось массовое обучение взрослых по программе ГСО (Готов к санитарной обороне СССР), а так же обучение школьников по программе БГСО (Будь готов к санитарной обороне СССР). В эти программы были включены вопросы оказания первой медицинской помощи при ранениях, травмах, вопросы по гигиене, санитарно-технической помощи, инфекционным заболеваниям. В это же время формировались санитарные дружины и посты.

В 1936 г. введена единая система подготовки среднего медицинского персонала. С 1939 г. началась подготовка медсестёр в каждой республике. Уже в 1940 г. в бывшем СССР было 967 медицинских и санитарных школ и отделений.

В Великую Отечественную войну впервые в мире в Советской армии на линию огня была выведена женщина — санитарный инструктор, в обязанности которой входили вынос раненых и оказание им неотложной помощи. 23 августа 1941 г. вышел приказ «О порядке предоставления к правительственной награде санинструкторов и санитаров-носильщиков». За вынос с поля боя 15 раненых с их винтовками и ручными пулеметами санинструктор представлялся к правительственной награде — медали «За боевые заслуги» или «За отвагу»; за вынос 25 раненых — ордену Красной Звезды; за вынос 40 раненых с их винтовками и ручными пулеметами — ордену Красного Знамени; за вынос 80 раненых с их винтовками и ручными пулеметами — ордену Ленина. В немецкой армии в качестве санитаров и санинструкторов использовали только мужчин. За 7 вынесенных раненых (без личного оружия) полагался Железный крест.

Юлия Друнина, известный поэт и общественный деятель, бывший батальонный санинструктор, кавалер боевых орденов Отечественной войны I степени и Красной Звезды пишет: «Я родом не из детства, из войны... Сколько раз со мной случалось — нужно вынести раненого из-под огня, а силёнок не хватает. Хочу разжать пальцы бойца, чтобы высвободить винтовку — всё-таки тащить будет легче. Но боец вцепился в неё мёртвой хваткой. Почти без памяти, а руки помнят первую солдатскую заповедь — никогда ни при каких обстоятельствах не бросать оружие».

Смертность среди инструкторов рот была самой высокой, иногда из боёв выходило только 30% личного состава. «Ни один раненый не должен остаться на поле боя» — это требование в тяжёлом 1941 г. было не только призывом. Будни войны знают немало случаев, когда спасение одного раненого стоило жизни двум или трём санитарам, хотя их действия нередко прикрывались огнём целого подразделения. Наша страна ставит себе в заслугу организацию женской санитарной помощи на поле боя. Но стоит ли этим гордиться?

24 санинструктора удостоены звания Героя Советского Союза, в том числе 10 человек — посмертно. Поэт М. Светлов писал о них, о погибших:

*На носилках длинных, под навесом
Умидали русские принцессы.
Рядом в Государственной печали
Тихо пулеметчики стояли.*

Имя Зинаиды Самсоновой носит Егорьевское медицинское училище в Московской области. Она была боевой подругой Юлии Друниной. Это ей посвящено стихотворение «Зинка».

*Мы не ждали посмертной славы,
Мы хотели со славой жить.
Почему же в бинтах кровавых
Светлокосый солдат лежит?*

По обобщенным данным, первая помощь была оказана в течение первого часа после ранения 66,5% всех раненых, а в первые 2 часа её получали 88,6%. Это было важно для достижения хороших результатов лечения. В строй после излечения были возвращены 72,3% раненых и 90,6% больных.

Война закончилась. «Сняли вы солдатские шинели, старенькие туфельки надели» и приступили к своим довоенным обязанностям. В 1961 г. 2 участницы Великой Отечественной войны — гвардии подполковник танковых войск, писательница, Герой Советского Союза, москвичка Ирина Николаевна Левченко и хирургическая сестра, председатель первичной организации Красного Креста ленинградской фабрики «Скорород» Лидия Филипповна Савченко — были впервые в России награждены медалью Флоренс Найтингейл.

Начиная с 1954 г., в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 14 мая, были унифицированы сроки обучения в зависимости от общей подготовки (на базе 9- и 11-летнего образования), упорядочена сеть медицинских училищ, была введена специа-

лизация для медицинских сестёр по лечебному питанию, массажу, физиотерапии, лечебной физкультуре, анестезиологии и т.д.

Анализ изменений в сестринском деле в этот период показывает, что основное внимание уделялось реформированию образования. Об этом говорят довольно частые пересмотры учебных планов, отличавшиеся друг от друга всего лишь числом учебных дисциплин «вузовского» набора.

На деятельности практических сестёр, с нашей точки зрения, это никоим образом не сказывалось. Определенный ещё в 1927 г. их профессиональный и социальный статус в основном сохраняется в российском здравоохранении и поныне. Сознательное отношение к назначению врача, даже если оно и вырабатывается, у основной массы сестёр остается не востребованным: ответственность несёт врач.

ВЫВОДЫ

- История развития сестринского дела взаимосвязанно вбирает в себя вопросы места и роли женщины в обществе, её профессиональных способностей и профессиональной самореализации, а также становления различных профессий.
- Первая женская религиозная организация, которая занималась благотворительностью, была основана во Франции в 1633 г.
- Одним из факторов, мешавших развитию сестринского дела в мире, был социальный статус женщины. Флоренс Найтингейл внесла огромный вклад в обретение женщинами равноправия. Она впервые обратила внимание на значимость и особенности сестринского дела, которые определяют его специфику и выделение в самостоятельный вид профессиональной деятельности. По её инициативе в Лондоне в 1860 г. была открыта первая в мире светская школа для подготовки медсестёр.
- В 1899 г. создан Международный совет медсестёр — первая профессиональная организация женщин.
- Первым организатором и законодателем сестринского дела в России был Петр I, на основании указов которого стал сначала использоваться, а затем все более конкретизироваться и уточняться женский труд по уходу. В то же время в XVIII в. участие женщин в уходе не носило системный характер. По штату больницы имели как солдат-сидельников, так и баб-сидельниц.
- В первой половине XIX в. служба «сердобольных вдов» оставалась единственной формой участия женщин в уходе за больными

- в России. С учреждения Института сердобольных вдов (1819 г.) началась подготовка женского медицинского персонала.
- «Руководство...» Х. Оппеля (1822 г.) было первым из известных нам работ, сделавшим попытку подчеркнуть важность деятельности сестринского персонала, выделить специфику труда сестёр различных специальностей, а также очертить структуру деятельности и профессиональных знаний.
 - Первая община российских сестёр милосердия — Свято-Троицкая — создана в 1844 г. в Петербурге.
 - В 1854 г. в Петербурге была создана Крестовоздвиженская община сестёр милосердия, специально предназначенная для работы в действующей армии. Устав общины был составлен Н.И. Пироговым. Во время войны сёстры приобретали одну из специальностей: сестёр хирургических (перевязочных), аптекарей и хозяйек. История сохранила имена тех великих женщин: Д. Севастопольской, Е. Бакуниной, Е. Хитрово, А. Травиной, М. Григорьевой и др.
 - В 1867 г. было учреждено Российское общество Красного Креста. В его компетенцию вошли организация подготовки сестёр милосердия и контроль за учреждением и деятельностью общин милосердия.
 - В начале XX столетия руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна, которая в конце столетия была канонизирована русской православной церковью.
 - Движение общин милосердия — замечательный пример подвижничества. Общины сестёр милосердия сыграли большую роль в развитии женского интеллектуального и эмоционального потенциала в России.
 - В 1920 г. в России появляются первые государственные медицинские школы. В 1929 г. был решён вопрос об усовершенствовании среднего медперсонала, периодичность которого (не реже одного раза в 5 лет) сохраняется до сих пор. В 1936 г. введена единая система подготовки среднего медицинского персонала.
 - В Великую Отечественную войну впервые в мире в Советской армии на линию огня была выведена женщина-санинструктор. 24 санинструктора удостоены звания Героя Советского Союза, в том числе 10 человек — посмертно.

- Анализ изменений в сестринском деле показывает, что с 1945 г. по 1986 г. основное внимание уделялось реформированию образования. На деятельности практических сестёр, с нашей точки зрения, это никоим образом не сказывалось. Определённый ещё в 1927 г. их профессиональный и социальный статус в основном сохраняется в российском здравоохранении и поныне.
- Определённый ущерб престижу сестринской профессии нанесло и наносит то обстоятельство, что медсестра выполняет функцию помощника врача, а за рубежом всё более утверждается концепция партнёрских взаимоотношений между этими специалистами.
- Отношение к медсестре только как к помощнику врача и понимание «средний медработник» мешает развитию профессионального самосознания сестёр. Отсутствие научных принципов в системе подготовки сестёр и перспектив профессионального роста послужили толчком к возникновению множества проблем российского здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- дьяконисса;
- община сестёр милосердия;
- солдаты-сидельники;
- бабы-сидельницы;
- вдовьи дома;
- сердобольные вдовы;
- сестры милосердия;
- РОКК;
- Ф. Найтингейл;
- Крестовоздвиженская община;
- Х. Оппель;
- А. Дюнан;
- Н.И. Пирогов,
- Е.М. Бакунина.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Опишите основные вехи развития сестринского дела за рубежом.
2. Согласны ли вы с тем, что Флоренс Найтингейл считают основательницей профессии «сестринское дело»?

3. Почему Найтингейл полагала, что подготовку медсестер должны вести сами медсестры?

4. Дайте характеристику допетровского этапа развития сестринского дела.

5. Опишите, что входило в обязанности женщин, привлекавшихся к работе в гражданских и военных лечебных учреждениях XVIII в. в России.

6. Кто такие «сердобольные вдовы» и какой вклад они внесли в развитие сестринского дела в России?

7. Почему появление в России общин сестёр милосердия можно рассматривать как качественно новый этап развития сестринского дела?

8. Что дала миру Крымская война?

9. Кого награждают медалью Флоренс Найтингейл, а кого медалью Дарьи Севастопольской?

10. Перечислите основные функции РОКК.

11. Как после революции 1917 г. стали называть женщин, имеющих среднее медицинское образование и принимающих участие в уходе за больными?

12. Как часто медсестра должна повышать свой профессиональный уровень?

13. Какой вес должна была перенести в годы Великой Отечественной войны женщина-санструктор, чтобы быть награжденной орденом Ленина?

14. Перечислите имена русских женщин, оставивших наиболее яркий след в истории развития сестринского дела.

ЗАДАНИЯ

Заполнить пробелы:

1. Первыми женщинами, взявшими на себя заботу о больных и немощных в рамках христианской церкви, были _____.

2. Наиболее значительной среди книг Флоренс Найтингейл до сих пор остается _____.

3. Найтингейл считала, что сестринское дело должно включать как уход за _____, так и уход за _____.

4. Первый отечественный труд по медицине назывался _____.

5. Первый из известных нам учебников по уходу написан _____ в _____ году.

6. Инициатором создания Международного общества Красного Креста является _____.

7. И.С. Тургенев посвятил одно из своих стихотворений сестре милосердия _____.

8. В Москве воздвигнут памятник сестре милосердия _____.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. Основанная в XVII в. первая в мире община сестёр милосердия существует до настоящего времени.

2. Семья Флоренс Найтингейл поддерживала её намерение заниматься уходом за больными.

3. Первая ассоциация медсестер была основана в США.

4. Международный совет медсестер — первая профессиональная организация женщин в мире.

5. Первой общиной сестёр милосердия, созданной для службы в действующей армии, является Свято-Троицкая.

6. Е.М. Бакунина открыла в своем имении аптеку, больницу и при ней школу для сестёр.

7. Российское общество Красного Креста создано в 1867 г.

8. Уже во время Русско-турецкой войны выделились различные сестринские специальности: сестры перевязывающие, сестры-аптекари, сестры-хозяйки.

9. Сестры милосердия не имели права вступать в брак.

10. Первые программы подготовки медсестер Советской России предполагали постоянное пребывание учащихся в больнице.

Выбрать один ответ:

1. Честь создания профессии «медицинская сестра» принадлежит:

- а) Е. Бакуниной,
- б) Г. Перфильевой,
- в) Ф. Найтингейл,
- г) Н. Пирогову.

2. Международный день медицинских сестёр отмечается:

- а) 12 марта,
- б) 10 мая,
- в) 12 мая,
- г) третье воскресенье июня.

3. Первая в мире светская школа для медсестёр была открыта:

- а) в 1850 году в Лондоне,
- б) в 1860 году в Лондоне,
- в) в 1870 году в Филадельфии,

- г) в 1900 году в Ванкувере.
4. Международный совет медицинских сестёр создан:
- а) в 1889 году,
 - б) в 1899 году,
 - в) в 1919 году,
 - г) в 1999 году.
5. Международное общество Красного Креста было создано по инициативе:
- а) Анри Дюнана,
 - б) Флоренс Найтингейл,
 - в) Екатерины Бакуниной,
 - г) Николая Пирогова,
 - д) Великой княгини Елены Павловны.
6. Международное общество Красного Креста было основано в:
- а) 1814 году,
 - б) 1853 году,
 - в) 1859 году,
 - г) 1863 году,
 - д) 1919 году.
7. Первая община сестёр милосердия, созданная в России для службы в действующей армии:
- а) Свято-Троицкая,
 - б) Крестовоздвиженская,
 - в) Никольская,
 - г) Марфо-Мариинская.
8. Работой российских сестёр милосердия во время Крымской кампании руководил:
- а) Х. Оппель,
 - б) Ф. Гааз,
 - в) Н. Пирогов,
 - г) Н. Семашко.
9. Русской православной церковью была канонизирована сестра милосердия:
- а) великая княгиня Елена Павловна,
 - б) великая княгиня Елизавета Федоровна,
 - в) Юлия Вревская,
 - г) Дарья Севастопольская,
 - д) Екатерина Михайловна Бакунина.
10. Егорьевское медицинское училище Московской области носит имя участницы Великой Отечественной войны:

- а) Юлии Друниной,
- б) Лидии Савченко,
- в) Ирины Левченко,
- г) Зинаиды Самсоновной.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Расположите в хронологическом порядке людей, которые принимали участие в уходе за больными.
2. Проанализируйте, в чем актуальность работы Ф. Найтингейл «Записки об уходе».
3. Подготовьте сообщение на тему «Развитие сестринского дела в нашем городе (районе)» (по материалам краеведческого музея, СМИ).
4. Подготовьте и проведите интервьюирование медсестры — участницы Великой Отечественной войны.
5. Подумайте, какие факторы оказывали и оказывают влияние на развитие сестринского дела.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Изучив эту тему, вы узнаете:

- причины, направления и события эпохи реформирования сестринского дела в России;
- периодические печатные издания для сестринского персонала в России;
- основные направления деятельности сестринского персонала в различных отделениях ЛПУ;
- предпосылки, сущность и основные направления реформы сестринского дела в России;
- решения международной научно-практической конференции по реформе сестринского дела в России (Голицыно, 1993);
- содержание резолюций I и II Всероссийских съездов средних медицинских работников;
- уровни подготовки медицинских сестёр в России;
- роль и задачи Российской Ассоциации медицинских сестёр (РАМС);
- значение проведения научных изысканий в сестринском деле;
- дальнейшие перспективы развития сестринского дела в России.

2.1. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И СОБЫТИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОССИИ

К причинам, породившим необходимость реформирования, можно отнести низкий уровень качества медицинской помощи населению, низкий престиж профессии, низкий социальный статус медицинских сестёр, отсутствие перспективы профессионального роста, несоответствие уровня сестринского образования требованиям времени, дефицит сестринских педагогических кадров, отсутствие научных исследований в области сестринского дела и незнание зарубежного опыта.

Реформа сестринского дела в российском здравоохранении развернулась в нескольких направлениях:

- проведение научных исследований в сестринском деле;
- реформирование сестринского образования;
- реформирование практической деятельности;
- развитие международного сотрудничества;
- самоуправление и консолидация сестринской профессии.

Выделим основные события реформирования сестринского дела в России (табл. 2-1).

Открытие в 1979 г. первого в стране училища повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием; проведение в 1986–1988 гг. семинаров и конференций; начавшуюся с 1987 г. аттестацию средних медицинских работников можно считать отправными точками последующих изменений в сестринском деле, и, в первую очередь, в сознании как врачей, так и медсестёр.

В 1988 г. в Вене была созвана I Европейская конференция по сестринскому делу, в итоговых документах которой отмечалась необходимость изменений в подготовке, практике и управлении сестринским обслуживанием.

В рамках принятых в Вене практических рекомендаций на 1988–2000 гг. Европейское бюро ВОЗ выдвинуло и реализовало следующие приоритетные задачи: разработка учебных материалов по СПИДу для медсестёр; создание, перевод, адаптация к местным условиям и распространение пакета учебных материалов по сестринскому делу (LEMON); развитие лидерства в сестринском деле; подготовка преподавателей и менеджеров; содействие созданию национальных планов развития сестринского дела и т.д.

Таблица 2-1. Основные события эпохи реформирования сестринского дела в России

Годы	Основополагающие события
1979	Открытие в Москве первого в стране училища повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием
1986	Конференция по сестринскому делу в Туле
1987	Национальный сестринский семинар в Ростове-на-Дону
1988	Появление в Номенклатуре образовательных специальностей в сфере здравоохранения специальности «сестринское дело» вместо «медсестринская»
1988	Конференция по сестринскому делу в Звенигороде
1988	I Европейская конференция по сестринскому делу (Вена)
1989	Всесоюзное совещание специалистов со средним медицинским образованием (Тула)
1990	Открытие первого хосписа в России (С.-Петербург)
1991	Приказ Государственного комитета СССР по народному образованию от 28.06.91 г. № 313 «Об открытии специальности «сестринское дело» в высшей школе»
1991	Открытие первых колледжей и первых факультетов высшего сестринского образования (Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Самарский государственный медицинский университет). Первые шаги по созданию многоуровневой системы подготовки сестринского персонала (базовый-повышенный-высший уровни)
1992	Образование инициативной группы по созданию Межрегиональной ассоциации медицинских сестёр России
1992	Открытие Свято-Димитриевского училища сестёр милосердия (Москва)

1992	Открытие факультета повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием при РМАПО
1992	Прекращение издания журнала «Медицинская сестра»
1993	Конференция по сестринскому делу в рамках международного проекта «Новые сёстры для новой России» в Голицыне
1993	Основание журнала «Медицинская помощь»
1993	Принятие «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»
1994	Создание первого в стране экспериментального отделения сестринского ухода (мини-госпиталя) на базе Санкт-Петербургского медицинского центра им. Л. Соколова (при ЦМСЧ № 122)
1994	Регистрация Межрегиональной ассоциации медицинских сестёр России
1995	Защита диссертации на соискание степени доктора медицинских наук Г.М. Перфильевой «Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз)»
1995	Создание сотрудничающего с ВОЗ Центра по сестринскому делу и акушерству на базе факультета высшего сестринского образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (директор — проф. Г.М. Перфильева)
1995	Выход первого номера журнала «Сестринское дело»
1996	Начало занятий по очно-заочной форме обучения стажированных медсестёр на факультете высшего сестринского образования (С.-Петербург, Самара, Оренбург)
1996	Всероссийская конференция по сестринскому делу «Проблемы и перспективы развития сестринского дела» (27–28 июня, С.-Петербург). На конференции принят в первом чтении разработанный МАМС «Этический кодекс медсестры России»

Продолжение табл. 2-1

1996	Издание пакета учебных материалов по сестринскому делу в рамках проекта ВОЗ «LEMON» (Leaning Materials On Nursing)
1996–1997	Введение в действие Государственных образовательных стандартов по 10 медицинским специальностям
1997	Всероссийская конференция по сестринскому делу (26–28 мая, С.-Петербург). Принятие Этического кодекса медицинской сестры России. Создание постоянно действующего Комитета по этике при МАМС (председатель А.Я. Иванюшкин)
1997	Участие в XXI конгрессе МСМ (Ванкувер, Канада) двух российских медсестёр в качестве гостей. Президентом МСМ избрана датская медсестра Кирстен Сталкнехт
1997	Приказ Минздрава России № 217 от 24.07.97 г. «О совершенствовании послевузовской подготовки медицинских и фармацевтических кадров в интернатуре»
1997	Открытие стационарного отделения Первого московского хосписа (18 сентября). С 1994 г. функционирует выездная служба
1997	Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»
1997	Открытие Центра медсестринских исследований на базе училища повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием при ЦМСЧ № 122 (С.-Петербург, ноябрь)
1997	Приказ Минздрава России от 31.12.97 г. № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации»
1998	Принятие мировым сообществом программы «Здоровье для всех в XXI столетии»
1998	Всероссийская конференция по сестринскому делу (июнь, С.-Петербург)

1998	I Всероссийский съезд средних медицинских работников (3–5 ноября, С.-Петербург). Одобрен в основном проект Государственной программы развития сестринского дела в РФ
1999	Возобновление издания журнала «Медицинская сестра»
1999	Создание Американским Международным союзом здравоохранения Института лидерства для подготовки медсестёр из стран СНГ и Центральной и Восточной Европы к роли международных лидеров
1999	Участие российских сестёр в качестве гостей в международной конференции, посвященной 100-летию Международного совета сестёр
2000	Утверждение Доктрины среднего медицинского и фармацевтического образования в РФ
2000	II Европейская конференция ВОЗ по сестринскому делу (Мюнхен, 15–18 июня)
2000	Создание Совета по сестринскому делу при Минздраве РФ. Появление в Минздраве РФ должности главного специалиста по сестринскому делу
2001	Приказ Минздрава РФ от 09.01.2001 г. № 4 «Об отраслевой Программе развития сестринского дела в России»
2004	II Всероссийский съезд средних медицинских работников (20–21 октября, Москва)
2005	Принятие российских медсестёр в члены Международного совета медсестёр

В 1989 г. Всесоюзное совещание специалистов со средним медицинским образованием обсудило место сестринского персонала в отечественной системе здравоохранения и приняло рекомендации по выполнению решений Венской конференции. Это положило начало процессу, который продолжает идти, несмотря на социально-политические катаклизмы.

Одним из самых значительных периодов в реформировании сестринского дела в России (см. табл. 2-1) можно считать 1993 г. Летом 1993 г. в подмосковном Голицыне была проведена конференция по теории сестринского дела в рамках Международного проекта «Новые сёстры для новой России», осуществляемого Межрегиональной ассоциацией медсестёр России и «*World Vision International*» при финансовой поддержке Агентства Международного развития США (USAID).

На конференции была сделана попытка понять смысл сестринского дела как профессии, его ценности и дать определение таким категориям, как пациент, здоровье, окружающая среда и само сестринское дело. В обязательный минимум содержания профессиональных программ по специальностям среднего медицинского и фармацевтического персонала понятие «философия сестринского дела» было включено в 1997 г.

В философии сестринского дела в России пациента определяют как человека (индивида), который нуждается в сестринском уходе и получает его. В конце 1993 г. право пациента на получение сестринского ухода было законодательно закреплено Конституцией РФ, статьи 41–42 которой гарантируют гражданину охрану здоровья и медицинскую помощь.

Исходя из неё, приняты «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», которые определяют принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства, права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских и фармацевтических работников, порядок медицинской экспертизы, ответственность за причинение вреда здоровью граждан при оказании медицинской помощи.

В 1997 г. был принят «Этический кодекс медицинской сестры России», определяющий важнейшие задачи профессиональной деятельности сестры, взаимоотношения сестры с пациентами, с коллегами, с обществом. Впервые появился документ, касающийся непосредственно деятельности сестринского персонала. Впервые в документе, выделившем деятельность сестры из совокупной деятельности других специалистов системы здравоохранения, появилась категория «права

пациента», определяющая тем самым качественно новый, субъект-субъектный, уровень взаимоотношений в системе «медсестра—пациент». Подчеркивая «гуманистический человекоцентризм» профессии, Кодекс определяет этические нормы поведения медсестры как профессионально важные качества.

В принятой в том же 1997 г. «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» нет, к сожалению, прямых указаний для сестринских служб, что говорит по-прежнему о недооценке возможностей сестринского персонала в реформировании отрасли, хотя состояние здравоохранения характеризуют как приближающееся к той черте, «за которой следует распад всей системы здравоохранения».

Однако уже Приказ Минздрава РФ от 31.12.97 г. № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации» одну из ведущих ролей в реформе здравоохранения, обеспечении качества, доступности и эффективности системы здравоохранения, усилении профилактической направленности, решении задач медико-социальной помощи отводит специалистам со средним медицинским образованием. Поэтому с целью дальнейшего развития сестринского дела в России, упорядочения обязанностей, ответственности и функций специалистов со средним медицинским образованием было решено разработать Государственную программу развития сестринского дела в России. Также приказом утверждено «Положение о главном специалисте по сестринскому делу органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации».

В 1998 г. состоялся I Всероссийский съезд средних медицинских работников, который одобрил проект Государственной программы развития сестринского дела в РФ. Основные задачи программы:

- создание оптимальных условий для развития сестринского дела;
- развитие новых организационных форм и технологий сестринской помощи;
- обеспечение качества сестринской помощи населению;
- повышение профессионального и социального статуса сестринской профессии;
- обеспечение социальной защищённости персонала;
- совершенствование системы управления сестринскими службами;
- содействие в развитии профессиональных ассоциаций и привлечение их к реализации государственной политики в области развития сестринского дела в России.

В октябре 2004 г. состоялся II Всероссийский съезд средних медицинских работников «Качество сестринской помощи — стратегия здравоохранения XXI века», основной задачей которого было формирование конструктивных предложений по развитию сестринского дела, определению места и роли сестринского персонала в реформировании российского здравоохранения. В постановлении съезда отмечена необходимость создания «Концептуальной модели» сестринского дела России, которая должна чётко определить место медицинской сестры в системе здравоохранения.

Более подробно ознакомиться с деятельностью сестринского персонала можно на страницах журналов, выпускаемых в нашей стране: «Медицинская сестра», «Сестринское дело», «Вестник Ассоциации медсестёр России», «Главная медицинская сестра», «Медицинская помощь», «Сестра милосердия», «Фельдшер и акушерка».

2.2. РЕФОРМИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В 1991 г. были сделаны первые шаги по реформированию образования: открыты первые колледжи, предоставляющие повышенный уровень образования по специальности «сестринское дело», и первые факультеты высшего сестринского образования (ФВСО) при медицинских академиях и университетах. Стали создавать многоуровневую систему подготовки сестринского персонала (базовый-повышенный-высший).

Приказ Минздрава РФ от 19.08.97 г. № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» вводит в действие номенклатуру 26 специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала, перечень соответствия специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала должностям указанных специалистов, и, что особенно важно, положения о специалистах, включающие их обязанности, права, квалификационные характеристики, требования к общим и специальным знаниям и умениям.

Приказ Минздрава РФ от 29.08.97 г. № 261 «О введении государственных образовательных стандартов среднего профессионального образования» вводит стандарты, которые основаны на принципиально новом понимании профессиональной деятельности сестры. С сентября 2002 г. обучение в медицинских училищах и колледжах идёт уже по стандартам второго поколения.

Сейчас в стране насчитывают около 450 медицинских училищ и колледжей и более 30 ФВСО. Базовый уровень готовит медсестёр широкого профиля и сестёр милосердия. Повышенный уровень образования предусмотрен для подготовки специалистов-организаторов сестринского дела или специалистов с углубленной подготовкой в области семейной медицины, социальной помощи, анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, восстановительного лечения, онкологической, паллиативной помощи и других.

Для повышения эффективности использования в практическом здравоохранении сестринских кадров следует повсеместно приступить к подготовке младшей медсестры по уходу за больными, тем более, что в ЛПУ есть такие должности. В перечень специальностей начального профессионального образования включена специальность «Сестринское дело», квалификация «младшая медицинская сестра по уходу за больными». Система подготовки специалистов сестринского дела стала четырехуровневой.

2.3. РЕФОРМИРОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Важные направления деятельности сестринского персонала:

- первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактическую работу;
- лечебно-диагностическая помощь, в том числе обеспечение интенсивного лечения;
- реабилитационная и медико-социальная помощь больным с хроническими заболеваниями, детям, лицам пожилого возраста и инвалидам;
- медико-социальная помощь incurable и умирающим больным (паллиативная помощь).

При этом сестринский персонал в первую очередь должен использовать современные технологии в своей деятельности.

Ряд новых технологий уже внедрён в практическое здравоохранение. Развивают сеть палат, отделений, больниц сестринского ухода и паллиативной помощи (хосписы, кабинеты противоболевой терапии), создают службы сестринской помощи пожилым людям, инвалидам на дому.

Разрабатывают и используют сестринскую документацию по уходу и наблюдению за пациентом. Создают учебно-методические центры по обучению медицинского персонала новой системе организации

сестринского дела, внедрению инновационных технологий с учётом региональных особенностей.

Проводимая в отрасли реструктуризация на основе развития «общеврачебных практик» повышает востребованность медицинских сестёр общей практики. Профессиональная деятельность такой медицинской сестры предусматривает самостоятельный раздел работы с пациентом: проведение доврачебных осмотров, в т.ч. профилактических; выявление и решение в рамках своей компетенции проблем пациента; обеспечение сестринскими услугами больных с наиболее распространёнными заболеваниями, включая диагностические мероприятия и манипуляции (самостоятельно и совместно с врачом); проведение занятий с различными группами пациентов; осуществление приёма пациентов в пределах своей компетенции.

Необходимо расширить участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, консультативно-диагностических службах и службах ухода на дому, предоставив им большую самостоятельность.

Особое место в деятельности среднего медицинского персонала занимает профилактическое направление. Перспективными формами профилактической работы служат школы для больных с хроническими заболеваниями. В отдельных регионах уже разработаны сестринские программы по профилактике важнейших инфекционных и неинфекционных заболеваний. В ряде территорий успешно работают школы для пациентов с бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, школы планирования семьи.

Работа школ направлена на обучение больных, имеющих хроническую патологию, берегающим здоровье технологиям, основным принципам рационального питания, медикаментозной и немедикаментозной терапии, методам самоконтроля, профилактике обострений заболевания. Кроме того, в задачу школ входит повышение качества жизни больного.

Управление качеством в здравоохранении предусматривает совершенствование управления деятельности сестринских служб, формирование среды в практическом здравоохранении для работы специалистов сестринского дела новой формации.

Создание системы управления сестринским персоналом влияет на качество оказываемых в лечебном учреждении медицинских услуг. Для оценки этого качества каждое лечебное учреждение традиционно использует показатели государственной статистической отчетнос-

ти: работа койки, больничная летальность, частота совпадений или расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов и другие. Не стало практикой использование такого широко применяемого в зарубежной медицине показателя, как удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской помощи. Тем не менее ориентация на потребителя — ключевой принцип системы управления качеством в здравоохранении.

В настоящее время активизирована работа по созданию профессиональных стандартов (протоколов) врачебной и сестринской деятельности, что может позволить обеспечить эффективность и качество оказания медицинских услуг. В 2002 г. были утверждены первые протоколы ведения больных: «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», «Протокол ведения больных. Пролежни». В 2003 г. были утверждены: «Протокол ведения больных. Чесотка», «Протокол ведения больных. Профилактика тромбозов и эмболии лёгочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах», «Протокол ведения больных. Гонококковая инфекция», «Протокол ведения больных. Сифилис», «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника».

На разной стадии подготовки находятся отраслевые стандарты, касающиеся непосредственно деятельности медсестры: «Внутривенное введение лекарственных препаратов», «Внутримышечное введение лекарственных препаратов», «Подкожное введение лекарственных препаратов», «Уход за сосудистым катетером».

2.4. САМОУПРАВЛЕНИЕ И КОНСОЛИДАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

В 1994 г. была зарегистрирована Межрегиональная ассоциация медсестёр России (МАМС). Её создание говорит о многом, и в первую очередь, о понимании необходимости стратегических перемен в сестринском деле главными и старшими сестрами ЛПУ, о важности объединения усилий для их проведения. Бессменный президент Ассоциации — В.А. Саркисова.

Марша Фаулер (профессор сестринского дела из Калифорнии, США) считает, что задач у сестринской ассоциации много. Необходимо сделать сестринское образование непрерывным; внедрить в повседневную практику принципы Этического кодекса сестринской деятельности; следует создать стандарты общей практики и специа-

лизированного ухода, позаботиться о благополучии медсестры, в том числе и в социальном плане; необходимо повысить общественный престиж сестринского дела. Надо стандартизировать процесс лицензирования, сертификации и аккредитации медсестёр, развивать профессиональное общение с помощью СМИ, создавать условия для того, чтобы медсёстры гордились своей профессией. Необходима атмосфера, стимулирующая новаторство. Медсестра должна иметь возможность вносить свои предложения без страха подвергнуться преследованиям. Одна из главных задач сестринской ассоциации — гарантировать права медсестёр. Ассоциация должна стать той организацией, куда каждая медсестра может обратиться в трудную минуту.

Сегодня Ассоциация объединяет более 60 региональных ассоциаций и отделений и около 113 000 медсестёр.

Акушеры в нашей стране объединены в Российскую ассоциацию акушеров (президент Н.А. Джалалян).

Операционные сестры России объединены в МОООМС — Межрегиональную общественную организацию операционных медсестёр (президент О.Г. Позднякова).

2.5. ПРОВЕДЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Развитие и совершенствование основных направлений деятельности сестринского персонала должно сопровождаться научным обеспечением.

Основные задачи научных исследований в сестринском деле: разработка научных подходов к развитию и совершенствованию сестринского дела, обоснованных норм, критериев и стандартов сестринской практики, новых форм организации и методов работы сестринского персонала; апробация эффективности экспериментальных моделей сестринской практики и другие.

Первые шаги в этом направлении продемонстрировали высокую востребованность научных исследований в практическом здравоохранении.

Анализ специальной литературы показал, что в области сестринского дела проводят достаточно много исследований. Созданы центры сестринских исследований в Курском медицинском колледже и в Санкт-Петербурге на базе училища повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образо-

ванием при ЦМСЧ № 122. Сестринские исследования проводят, с одной стороны, врачи в рамках исследований на соискание степени кандидатов или докторов медицинских наук, с другой стороны, медсёстры на факультетах ВСО и в медицинских колледжах.

В 1999 г. первой среди выпускников ВСО успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук выпускница ММА им. И.М. Сеченова С. Шляхер. Тема её диссертации — «Научное обоснование организационных и нормативных основ развития стационарзамещающих форм медицинского обеспечения». Вторым кандидатом стала также выпускница ММА Е. Демешева (тема диссертации — «Качество сестринской помощи»).

Рассмотрение тематики исследований позволило выделить их следующие направления: исследования свойств и состояний личности будущих сестёр; исследования личностных качеств и особенностей деятельности практикующих сестёр; исследования удовлетворённости пациентов качеством работы медсестёр; исследования состояния здоровья работников здравоохранения; исследования методологических аспектов деятельности; изучение использования рабочего времени медицинскими сёстрами; анализ особенностей психологической помощи пациентам с различной патологией; исследование объективных показателей деятельности сестринских служб лечебных отделений стационара, методов их расчёта и других.

Например, проведённое в 11 субъектах Российской Федерации исследование затрат рабочего времени медицинской сестры в реальных условиях работы ЛПУ показало, что более 30% рабочего времени медсестры тратят на выполнение вспомогательных работ, не требующих сестринской квалификации. Это значит, что при рациональном использовании медицинских кадров, оптимальной организации их труда возможно высвобождение резерва времени для осуществления основной деятельности сестринского персонала — непосредственно ухода за пациентом.

В то же время в Постановлении II Всероссийского съезда средних медицинских работников (2004 г.) отмечено, что научные исследования в области сестринского дела отсутствуют.

2.6. РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

В 1899 г. создан Международный совет медсестёр (МСМ). Сегодня это самое крупное объединение специалистов в области здраво-

охранения: в нём состоят более 12 млн медсестёр из 125 стран мира. Тесное сотрудничество российских медсестёр и МСМ началось лишь в 1999 г. Тогда российские медсёстры в качестве гостей участвовали в международной конференции, посвященной 100-летию Международного совета медсестёр.

В 1971 г. МСМ принял решение отмечать 12 мая — день рождения основоположницы сестринского дела Флоренс Найтингейл, как Международный день медсестёр. Начиная с 1988 г., каждый Международный день медсестёр имеет свою определённую тему. Знакомство с темами и обширным материалом, который предоставляет МСМ ежегодно в преддверии Международного дня на своём сайте <http://www.icn.ch>, позволяет оценить тот круг проблем, которые привлекают медицинскую общественность, и в первую очередь медсестёр всего мира. Вот некоторые темы последних лет:

- 2001 г. — «Объединим усилия против насилия»;
- 2002 г. — «Забота о семьях»;
- 2003 г. — «Борьба с несправедливостью по отношению к больным СПИДом»;
- 2004 г. — «Нищета и здоровье»;
- 2005 г. — «Медсёстры за безопасность пациентов: против поддельных и нестандартных лекарств».

Отрадно отметить, что российские медсёстры с недавних пор также отмечают свой профессиональный праздник вместе с медсёстрами всего мира.

В 2005 г. российские медсёстры были приняты в члены Международного совета медсестёр.

Также российские медсёстры активно сотрудничают со второй по величине Международной организацией медицинских сестёр — Почётным обществом *Sigma Teta Tay International (STTI)*. Общество было основано в 1922 г. шестью медсёстрами-студентками из штата Индиана (США). Студентки решили создать организацию, которая через распространение знаний по сестринскому делу будет способствовать улучшению здоровья населения в мире. Сейчас *STTI* объединяет более 250 000 медсестёр, которые живут и работают в 90 странах мира. Ежегодно организация затрачивает более 650 000 долларов на исследовательские программы.

Энергично развивают сотрудничество российские медсёстры со своими шведскими коллегами. В рамках российско-шведского проекта при поддержке Ассоциации работников здравоохранения Шве-

ции более 2000 российских медсестёр из 15 регионов страны приняли участие в семинарах по лидерству «Смелое начало».

Вместе с канадскими российские медсёстры участвовали в образовательном проекте в области здравоохранения «*Health Education Link Project*» (*HELP*). Сейчас успешно осуществляют проект РОКСИ — Российско-канадская сестринская инициатива. Цель проекта: содействие Министерству здравоохранения и социального развития и Российской ассоциации медицинских сестёр (РАМС) в создании механизмов обеспечения качества сестринской помощи — образовательных стандартов для системы постдипломной подготовки, современных протоколов и моделей организации сестринской помощи.

Таких примеров можно привести немало. Сотрудничество развивается как на общероссийском уровне, так и на региональном, и даже между отдельными учебными заведениями. Например, Сергиево-Посадское училище Московской области сотрудничает с сестринским колледжем немецкого города Фульда (побратима Сергиева Посада).

С целью организации и развития международных отношений в 1995 г. на базе ФВСО ММА им. И.М. Сеченова был создан сотрудничающий с ВОЗ Центр по сестринскому делу и акушерству (первый директор — проф. Г.М. Перфильева).

В мае 1998 г. мировым сообществом принята программа «Здоровье для всех в XXI столетии», определившая важнейшие приоритеты здравоохранения на первые два десятилетия XXI в. На основе глобальной политики ВОЗ Европейский региональный комитет определил свою региональную политику «ЗДОРОВЬЕ-XXI», которая базируется на трёх фундаментальных ценностях:

- здоровье как основополагающее право человека;
- справедливость в отношении здоровья и солидарность в действиях, как между странами, так и всего общества в этом процессе;
- ответственность отдельных лиц, групп населения и организаций за непрерывное развитие здравоохранения, а также их участие в этом процессе.

При этом здоровье определяют как право всех людей и необходимое условие для благополучия, высокого качества жизни и устойчивого экономического развития. И его охрану воспринимают не как исключительную ответственность служб здравоохранения, а как задачу всех ведомств и отраслей, негосударственных организаций, а также отдельных лиц и групп населения.

На II Европейской конференции ВОЗ по сестринскому делу и акушерству (Мюнхен, 2000) была принята Клятва медсестёр и акушерок, приверженцев политики «ЗДОРОВЬЕ-XXI». В ней такие слова:

«Придерживаясь принципов политики «ЗДОРОВЬЕ-XXI», обязуюсь использовать свои знания, опыт и гуманистическое отношение к людям на благо охраны здоровья общества. Моя высшая цель заключается в том, чтобы, работая совместно с общественностью, улучшить здоровье населения и обеспечить права каждого человека на надлежащие лечебно-профилактическую помощь и уход. Совместно с коллегами-медсестрами и акушерками и в сотрудничестве с другими медицинскими работниками и общественностью я буду постоянно прилагать все усилия для пропаганды здорового образа жизни и создания здоровых условий на местах работы и проживания населения. Критерием эффективности моей работы будет более высокий уровень здоровья отдельных лиц, семей и населения. Оказывая помощь и обеспечивая профессиональный уход за больными, я всегда буду руководствоваться высокими идеалами сострадания и нравственности».

ВЫВОДЫ

- Возросла роль сестринского персонала в реализации государственных гарантий медицинской помощи гражданам РФ, обеспечивающей потребность населения в профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной и паллиативной помощи.
- Создана многоуровневая система подготовки сестринского персонала (начальный-базовый-повышенный-высший). В стране насчитывается около 450 медицинских училищ и колледжей и более 30 факультетов ВСО. В то же время система подготовки специалистов не соответствует потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли.
- Принята философия сестринского дела России; разработан Этический кодекс медицинской сестры России, определяющий как права медсестры, так и пациента.
- Проводят экспериментальную работу по внедрению современных организационных форм и технологий сестринской деятельности. Активизирована работа по созданию профессиональных стандартов врачебной и сестринской деятельности, что позволяет обеспечивать эффективность и качество оказания медицинских услуг.

- Продолжается рост числа общественных сестринских организаций. Зарегистрированы и активно работают: Российская ассоциация медицинских сестёр, Российская ассоциация акушеров, Межрегиональная общественная организация операционных медсестёр и другие.
- Расширяется международное сотрудничество российских медсестёр как на общероссийском уровне, так и на местном.
- В тоже время фундаментальные исследования в области сестринского дела практически отсутствуют.
- Отсутствует концептуальная модель сестринского дела, позволяющая определить границы компетенции среднего медицинского персонала и его место в сегодняшней системе здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- система подготовки сестринского персонала,
- ФВСО,
- направления деятельности сестринского персонала,
- школы для больных с хроническими заболеваниями,
- хоспис,
- паллиативная помощь,
- РАМС,
- МСМ.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Охарактеризуйте основные направления реформирования сестринского дела в России.
2. В каких учебных заведениях осуществляют подготовку сестринского персонала?
3. Перечислите направления деятельности сестринского персонала.
4. В каких учреждениях могут работать специалисты сестринского дела?
5. Что входит в профессиональную деятельность медсестры общей врачебной практики?
6. Какие школы для пациентов существуют в нашей стране?
7. Какие новые организационные формы внебольничной помощи развиваются в нашей стране?
8. Для чего нужны стандарты профессиональной деятельности? Какие стандарты приняты в нашей стране?

9. Какие журналы для сестринского персонала выпускаются в нашей стране?

10. С какими международными и национальными организациями сотрудничают российские медсёстры?

ЗАДАНИЯ

Заполнить пробелы:

1. На сегодняшний день существует _____ специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала.

2. Работа школ для пациентов направлена на обучение больных _____ технологиям.

3. Президент РАМС — _____.

4. Здоровье — это _____ всех людей и необходимое условие для благополучия, высокого качества жизни и устойчивого экономического развития.

5. Существуют начальный-базовый- _____ -высший уровни подготовки специалистов сестринского дела.

6. Паллиативная помощь — это помощь _____ и умирающим больным.

7. Право граждан на получение медицинской помощи закреплено в _____.

8. Подготовка медицинской сестры общей практики предусматривает _____ уровень образования.

9. Международный день медсестёр отмечают _____.

10. Исследования показывают, что примерно _____ времени медсёстры тратят на выполнение работы, не требующей сестринской квалификации.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. В нашей стране широко исследуют удовлетворённость пациента качеством предоставляемой медицинской помощи.

2. Первый утверждённый стандарт сестринской деятельности — «Протокол ведения больных. Внутривенное введение лекарственных препаратов».

3. Медсестра может заниматься научными исследованиями и защитить диссертацию.

4. Все будущие врачи изучают теоретические основы сестринского дела.

5. Первичная медико-санитарная помощь в первую очередь должна быть направлена на профилактику заболеваний.

6. Медицинская сестра общей практики может самостоятельно принимать пациента.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Подготовьте сообщения по материалам II Всероссийского съезда средних медицинских работников: «Состояние и перспективы развития сестринского дела в РФ», «Роль Ассоциации медицинских сестёр России в совершенствовании сестринской помощи»; «Решения II Всероссийского съезда средних медицинских работников».

2. Подготовьте краткий обзор публикаций журналов «Сестринское дело», «Медицинская сестра», «Медицинская помощь» за 2006, 2007 гг.

3. Продолжите предложение: «Российских сестёр ждёт лучшее будущее, потому что ...».

4. Подумайте, может ли медсестра быть директором больницы? Обоснуйте свой ответ.

5. Нарисуйте или опишите костюм медсестры будущего.

ПОНЯТИЕ О СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК ПРОФЕССИЯ

Изучив эти темы, вы узнаете:

- систему и политику в области здравоохранения РФ;
- медико-демографические и другие показатели, характеризующие состояние общественного здоровья и среды обитания человека;
- государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела; нормативно-правовую базу сестринского дела;
- основные направления деятельности сестринского персонала; типы лечебно-профилактических учреждений;
- структуру и организацию работы типового лечебно-профилактического учреждения;
- основные группы медицинской документации.

3.1. ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Главная цель функционирования системы здравоохранения — сохранение и укрепление здоровья и восстановление его в случае утраты. Сестринский персонал, как самая многочисленная категория работников здравоохранения, принимает самое непосредственное участие в этих мероприятиях. Что же такое здоровье, и какие факторы оказывают влияние на уровень здоровья населения? По определению ВОЗ, здоровье — это состояние полного благополучия человека, связанное с его плодотворным участием в различных видах деятельности. Существуют понятия «индивидуальное здоровье» и «общественное здоровье». Состояние здоровья населения определяют с помощью ряда показателей.

Следует помнить, что не существует какого-либо одного или группы показателей, по которым можно объективно оценить общественное здоровье. Тем не менее ряд исследователей считают возможным оценивать его по так называемым интегральным показателям, к которым относят показатели младенческой смертности и средней продолжительности предстоящей жизни. Эти показатели характеризуют не только здоровье населения, но и уровень развития страны, направленность населения на организацию здорового образа жизни, степень развития здравоохранения.

Комплексную оценку состояния здоровья населения возможно провести лишь с учетом группы показателей. Это медико-демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития. Как для всей системы здравоохранения, так и для отдельных лечебно-профилактических учреждений большое значение имеют численность, возрастно-половой состав, показатели естественного движения населения: рождаемость, смертность, естественный прирост.

К факторам, оказывающим влияние на здоровье, можно отнести: биологические (пол, возраст, тип телосложения, наследственность, национальность); природно-климатические и экологические; социально-экономические: охрана здоровья по линии государства; развитие медицины, промышленности; уровень жизни; условия жизни, быта, труда; образование, культура; образ жизни.

Таким образом, здоровье — результат деятельности как самого человека, так и государства в целом. Государство определяет политику

в области охраны здоровья населения и регламентирует деятельность по его обеспечению в законодательных актах. Основные законы: Конституция Российской Федерации и «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

3.2. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Следует различать систему охраны здоровья и систему здравоохранения. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» определяют охрану здоровья граждан как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Система охраны здоровья предполагает привлечение к ней внимания и ресурсов всего общества. Охрана здоровья населения — это комплексная проблема, которую на 75% определяют: состояние окружающей среды, жилищно-бытовые условия, техника безопасности труда, участие средств массовой информации, системы образования, органов власти в формировании здорового образа жизни, создание условий для оздоровительных мероприятий и занятий физкультурой, обеспечение рационального режима активного отдыха, экологически чистого, полноценного питания и водоснабжения.

Система здравоохранения — совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главная цель которых — улучшение здоровья. Она предназначена для медицинской профилактики, раннего выявления заболеваний, обеспечения потребностей в своевременном и адекватном лечении, активной медико-социальной и психологической реабилитации, восстановлении трудоспособности. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование, материалы, транспорт, коммуникации, а также управление и руководство. В рамках системы здравоохранения нужно оказывать услуги, чутко реагирующие на потребности людей, и основанные на принципах справедливости и сохранении человеческого достоинства.

3.3. ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По структуре и особенностям функционирования здравоохранение — сложная открытая динамическая система, постоянно изменяющаяся под влиянием внутренних и внешних воздействий и состоящая из многочисленных подсистем. Система здравоохранения характеризуется многоступенчатым, иерархическим управлением, которое подразделяют на несколько основных уровней.

Стратегический уровень (Правительство России, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации). На этом уровне разрабатывают программы по охране здоровья населения России, концепции развития здравоохранения и медицинской науки, федеральные целевые программы по профилактике и лечению социально значимых заболеваний.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, а также координацию деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Миссия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации заключается в содействии росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшение здоровья, создание условий для достойного труда и продуктивной занятости, усиление социальной защиты уязвимых групп населения.

«План мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по реализации основных положений Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации» определяет следующие приоритеты деятельности Министерства: модернизация здравоохранения, решение демографических проблем, повышение уровня оплаты труда работников бюджетных организаций, трудовая миграция, социальная поддержка инвалидов, пенсионеров, повышение доступности социальных услуг, государственное управление и государственная служба.

Тактический уровень — уровень администраций и органов управления здравоохранением федеральных округов, субъектов Федерации и муниципальных образований.

Оперативный уровень — уровень администраций лечебно-профилактических, санаторных учреждений и другие.

В соответствии с «Законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан» различают государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относят Министерство здравоохранения и социального развития РФ, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением федеральных округов, субъектов Федерации, Российскую академию медицинских наук, Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также находящиеся в государственной собственности и подчинённые органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские, образовательные, фармацевтические и аптечные учреждения и предприятия, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники. К государственной системе здравоохранения относят также внебюджетные учреждения и организации (фонды обязательного медицинского страхования, фонды социального страхования и др.).

К муниципальной системе здравоохранения относят муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические учреждения и НИИ, фармацевтические предприятия и аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения.

К частной системе здравоохранения относят лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Отраслевая структура государственного здравоохранения в России включает: лечебно-профилактические учреждения для взрослого населения; лечебно-профилактические учреждения для женщин и детей; санитарно-эпидемиологическую службу; учебные и научно-исследовательские учреждения; санаторно-курортные учреждения; учреждения и предприятия патологоанатомической, судебно-ме-

медицинской и судебно-психиатрической экспертизы; систему обязательного медицинского страхования; учреждения и предприятия медицинской и фармацевтической промышленности.

3.4. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

В настоящее время деятельность сестринского персонала регулируют «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», «Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации», «Доктрина среднего медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации», «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», «Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации», приказы Министерства здравоохранения и социального развития. Среди основных приказов — Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.08.97 г. № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала», который устанавливает номенклатуру специальностей; перечень соответствия специальностей должностям специалистов; положения о специалистах со средним медицинским и фармацевтическим образованием, в которых определены их обязанности и права; квалификационные характеристики специалистов с требованиями к их знаниям и умениям, а также перечень манипуляций, которыми должен владеть специалист.

Деятельность любого специалиста также регулируют профессиональные стандарты. Развитие стандартизации — один из главных элементов построения системы управления качеством в здравоохранении. В настоящее время активизирована работа по созданию профессиональных стандартов (протоколов) сестринской деятельности, что позволяет обеспечить эффективность и качество оказания медицинских услуг. В 2002 г. были утверждены первые протоколы ведения больных: ОСТ 91500.11.0003-2002 «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», ОСТ 91500.11.0001-2002 «Протокол ведения больных. Пролежни».

В стране внедряют принципиально новую организационную структуру управления сестринскими службами. Создан Координационный совет по сестринскому делу Министерства здравоохранения и социального развития (председатель — директор Департамента развития медицинской техники и курортного дела Минздравсоцраз-

вития РФ Р.А. Хальфин). Его основная задача — организационно-методическая работа по развитию сестринского дела, анализ и мониторинг организации сестринского дела в субъектах РФ и в стране в целом. Сформирован институт главных специалистов по сестринскому делу в органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

3.5 ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Наиболее важные направления деятельности сестринского персонала: первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактическую работу; лечебно-диагностическая помощь, в т.ч. обеспечение интенсивного лечения; реабилитационная помощь и медико-социальная помощь больным с хроническими заболеваниями, детям, лицам пожилого возраста и инвалидам; медико-социальная помощь инкурабельным и умирающим больным (паллиативная помощь).

Сестринский персонал осуществляет свою деятельность в учреждениях государственного, муниципального и частного здравоохранения на должностях, соответствующих специальностям «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Лечебное дело».

К основным обязанностям медицинской сестры относят: рациональную организацию своего труда; обеспечение инфекционной безопасностью; осуществление ухода за пациентами на основе сестринского процесса; своевременное и качественное выполнение процедур, назначенных врачом; помощь врачу при проведении им различных манипуляций; оказание неотложной доврачебной помощи; введение лекарственных препаратов больным по жизненным показаниям (при анафилактическом шоке) при невозможности своевременного прибытия врача к пациенту в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии; обеспечение правильного хранения, учёта и списания лекарственных препаратов, соблюдение правил приёма лекарств пациентами; ведение документации; повышение профессиональной квалификации; проведение санитарно-просветительной работы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

К основным обязанностям акушерки относят: подготовительную работу для лечебно-диагностической деятельности врача акушера-

гинеколога и собственной деятельности; осуществление лечебно-диагностической помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным по назначению врача или совместно с ним в отделении, на приёме в женской консультации, на дому; оказание медицинской помощи при неосложнённых родах самостоятельно или с врачом акушером-гинекологом при патологии родов, послеродового периода; проведение первичной обработки и при необходимости первичной реанимации новорождённых; оказание неотложной доврачебной медицинской помощи; осуществление патронажа на дому; проведение профилактических осмотров женщин совместно с врачом или самостоятельно; проведение работы по планированию семьи; обеспечение противоэпидемических мероприятий; оформление документации.

Сфера профессиональной деятельности специалиста в области лечебного дела — учреждения здравоохранения и социальной защиты населения, в том числе служба скорой и неотложной медицинской помощи, фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты промышленных предприятий и образовательных учреждений, приёмный покой лечебно-профилактического учреждения, реабилитационные учреждения. К основным обязанностям фельдшера относят: определение показаний для госпитализации; организацию транспортировки больных и пострадавших; организацию лечения и медицинского ухода на дому; назначение соответствующего лечения; выписывание рецептов на лекарственные препараты с использованием справочной литературы; проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациента или лица, осуществляющего уход за больным; организацию и проведение диспансерного наблюдения за различными группами населения; организацию и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания; обучение членов семьи организации безопасной среды для пациента; ведение документации; проведение санпросветработы; повышение профессиональной квалификации.

ВОЗ выделяет следующие функции медсестры:

- Обеспечение и руководство сестринской помощью, которые включают: содействие, профилактику, лечение, реабилитацию или поддержку отдельных лиц, семей и групп людей.
- Обучение пациентов, клиентов и персонала медико-санитарной помощи, включающие обеспечение информации для достижения здоровья, санитарное просвещение, оценку результатов

просветительных программ, оказание помощи медсёстрам и другому персоналу в приобретении новых знаний и навыков.

- Деятельность в качестве эффективного члена бригады медико-санитарной помощи, которая включает: эффективное сотрудничество с другими людьми при планировании, организации, управлении и оценке сестринских служб, как составной части общей службы здравоохранения.
- Развитие практики сестринского дела через критическое мышление и научные разработки. Оно включает разработку новых методов работы, определение сферы исследований, участие в таких исследованиях и использование принятых и соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов при проведении научных исследований в сестринском деле.

На основе этих функций можно определить следующие профессиональные роли медсестры: медсестра-руководитель; медсестра-преподаватель; медсестра-член бригады; медсестра-научный работник.

3.6. ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

По своим задачам и функциям ЛПУ в нашей стране делят на:

- больничные учреждения;
- диспансеры;
- поликлинические учреждения;
- станции скорой и неотложной медицинской помощи (ССМП);
- учреждения охраны материнства и детства;
- учреждения санаторного типа.

Больничные учреждения (больницы, госпитали) предназначены для лечения больных в условиях стационара (лат. *Stationarius* — неподвижный). Различают многопрофильные и монопрофильные стационары. Функциональные обязанности сестринского персонала в стационаре в первую очередь зависят от профиля отделения и специфики работы в отделении.

Обычно в состав стационара входят приёмное отделение, лечебные и диагностические отделения, лаборатории, аптека, пищеблок, прачечная, гараж и другие.

Приёмное отделение состоит из зала ожидания; кабинета дежурной сестры; одного или нескольких процедурных кабинетов; перевязочной, иногда малой операционной; изоляторов для больных с

невьясненным диагнозом; санпропускника; лаборатории; рентгеновского кабинета и других. В состав лечебного отделения обычно входят палаты, процедурные кабинеты, ординаторская, сестринская, кабинеты заведующих отделением и старшей медсестры, пост, клизменная, столовая, буфет, санузел, бельевая, вещевая, кабинеты для лечебных и диагностических процедур.

Диспансеры — специализированные лечебно-профилактические учреждения, в задачи которых входит выявление больных с ранними формами некоторых заболеваний, лечение заболевших и систематическое наблюдение за состоянием здоровья определённых групп населения в целях предупреждения возникновения или распространения этих болезней. Различают противотуберкулёзный, онкологический, кардиологический, ревматологический, кожно-венерологический диспансеры и другие. Медсестра диспансера ведёт документацию, участвует в диагностических исследованиях, выполняет врачебные назначения, осуществляет патронаж на дому (от лат. *Patronus* — покровитель), проводит санитарно-просветительскую работу.

Поликлиника (от греч. *Klinike* — уход за лежащим больным, врачевание) — многопрофильное ЛПУ, предназначенное для обследования и оказания медицинской помощи как приходящим пациентам, так и находящимся дома. Основной принцип работы поликлиники — территориально-участковый.

Амбулатория (от лат. *Ambulatorius* — подвижный) — это ЛПУ для оказания помощи по основным специальностям (хирургия, терапия). Оно организовано по типу поликлиники. Обычно расположено в сельской местности.

Медико-санитарная часть (МСЧ) — это комплекс ЛПУ, предназначенных для медицинского обслуживания рабочих и служащих различных предприятий и организаций. Их деятельность построена по цеховому принципу. В состав МСЧ могут входить поликлиника или амбулатория, здравпункт, стационар, профилакторий, диспансер и другие.

Станции скорой и неотложной медицинской помощи — это ЛПУ, предназначенные для круглосуточного оказания экстренной медицинской помощи пациентам на догоспитальном этапе при всех угрожающих жизни состояниях, а также при родах, и при необходимости их транспортировки в ЛПУ. На станциях СМП выездной персонал работает бригадами, чаще специализированными.

К учреждениям охраны материнства и детства относят женские консультации и родильные дома. Женские консультации осуществ-

вляют диспансеризацию, раннее выявление и лечение больных с гинекологическими заболеваниями, а также диспансерное наблюдение за беременными, а при необходимости — их лечение. Персонал женских консультаций проводит большую санитарно-просветительскую работу с беременными и родильницами, обучая их правилам личной гигиены и уходу за новорождёнными.

К учреждениям санаторного типа относят санатории (от лат. *Sanatio* — лечение, оздоровление), профилактории, пионерские лагеря санаторного типа, санаторные (загородные) отделения крупных больниц. Деятельность этих ЛПУ основана на применении для лечения и профилактики пациентов преимущественно природных факторов (климатотерапия, минеральные воды (бальнеотерапия), грязелечение), а также диетотерапии, физиотерапии, ЛФК.

3.7. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

В обязанности сестринского персонала, работающего в любом подразделении ЛПУ, входит чёткое, грамотное заполнение и ведение документации этого подразделения.

Документацию заполняют с целью:

- ведения статистического учёта, на основе которого осуществляют планирование, прогнозирование и обеспечение здравоохранения;
- отображения лечебно-диагностического процесса, позволяющего наблюдать его динамику, проводить анализ, вносить коррективы;
- контроля за содержанием и использованием материально-технических средств, которые применяют в работе ЛПУ;
- учёта выполненной работы и рабочего времени медперсонала.

Выделяют три основные группы медицинской документации: медицинская документация амбулаторно-поликлинических учреждений; медицинская документация приёмного отделения стационара; медицинская документация лечебного отделения стационара (табл. 3-1).

Амбулаторно-поликлиническая документация включает: карту амбулаторного больного; статистический талон; талон на приём; карту диспансерного учёта; экстренное извещение; дневник учёта работы среднего медперсонала; направления на анализы, консультации, в процедурный кабинет; выписку из амбулаторной карты, санаторно-

Таблица 3-1. Характеристика основных документов

Название документа	Предназначение документа	Кто ведёт	Примечание
Амбулаторная карта	Заполняют на каждого пациента, впервые обратившегося в поликлинику. В ней отображён весь лечебно-диагностический процесс, который проходит пациент в поликлинике	Паспортную часть и лист уточнённых диагнозов заполняет медсестра, всё остальное заполняет врач	Находится в регистратуре
Статистический талон	Регистрирует впервые обратившихся в этом году пациентов по данному заболеванию. Это основной статистический документ поликлиники, на основании которого составляют отчёты, рассчитывают заболеваемость и обращаемость в поликлинику	Заполняет медсестра под контролем врача, в частности диагнозы	После заполнения сдают в кабинет медстатистики
Талон на приём к врачу	Для регулирования потока пациентов к врачу и напоминания пациенту даты, номера кабинета и времени посещения	Талоны выписывает медсестра	Часть талонов выдаёт медсестра на приём, остальные выдают в регистратуре
Карта диспансерного учёта	Заводят на каждого пациента на участке с целью регистрации и отображения процесса диспансеризации	Медсестра кабинета профилактики, при её отсутствии — участковая сестра	Карта находится в отделении профилактики или кабинете участкового врача

Продолжение табл. 3-1

Выписка из амбулаторной карты	В неё переписывают необходимые данные из амбулаторной карты. Выдают пациенту на руки для предъявления по месту требования	Медсестра кабинета	Выписку обязательно заверяет врач, ставят печать поликлиники
Санаторно-курортная карта	Отображает состояние здоровья пациента в момент направления в санаторий. Связующее звено между лечащим врачом и санаторием	Оформляет медсестра под руководством врача	
Направление на консультацию	Связующее звено между врачом, который направляет на консультацию, и консультантом	Врач или медсестра	
Направление на анализы	Для извещения лаборатории цели направления на анализы	Медсестра	В направлении необходимо чётко указать: в какую лабораторию, с какой целью; куда направить результаты
Направление в процедурный кабинет	Для извещения процедурной сестры о том, что необходимо ввести пациенту, в какой дозе и концентрации, каким путём и сколько раз	Медсестра	Если пациенту необходимо срочно сделать инъекцию, то на направлении пишут: Cito!
Дневник учёта работы среднего медицинского персонала	Для контроля объёма выполненной работы и учёта рабочего времени медсестры	Медсестра	Дневник хранят в кабинете статистики или в регистратуре

Продолжение табл. 3-1

Экстренное извещение	Для извещения филиала федерального государственного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии» о выявлении инфекции или педикулеза с целью проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге	Медсестра или врач	Необходимо также туда же отправить телефонограмму и записать об этом в извещении
Больничный лист и справка о временной нетрудоспособности	Для освобождения пациента от работы или учёбы в связи с болезнью	Врач или медсестра под руководством врача	Больничный лист выдают работающим, справку выдают учащимся и студентам
Карта стационарного больного	Для регистрации лечебно-диагностического процесса, который проходит пациент в стационаре	Паспортную часть заполняет медсестра приёмного отделения	Заводят на каждого пациента, поступившего в стационар
Журнал госпитализации (Журнал приёма больных)	Для регистрации поступивших в стационар пациентов	Медсестра приёмного отделения	Иногда в приёмном отделении ведут алфавитный журнал поступивших для справочного стола
Журнал отказа в госпитализации	Для регистрации пациентов, которые не госпитализированы по разным причинам	Медсестра приёмного отделения	В журнале обязательно указывают причину отказа в госпитализации

Продолжение табл. 3-1

Статистическая карта вывешенного из стационара	Для регистрации госпитализированных пациентов с различными заболеваниями. Это основной статистический документ стационара, на основании которого составляют отчёты	Паспортную часть заполняет медсестра приёмного отделения, остальное — врач лечебного отделения	Статистическую карту сдают в кабинет мед. статистики
Журнал приёма и сдачи дежурств	Журнал регистрирует и помогает чётко проводить передачу и приём дежурств сестёр. В нём указывают общее число пациентов, их перемещения, записывают тяжёлые случаи, отражают состояние оборудования, отмечают нарушения режима	Заполняет медсестра, которая сдаёт дежурство, и медсестра, которая принимает дежурство	Необходимо чётко заполнять графы журнала и отчётливо ставить свои подписи
Порционное требование (порционник)	Это требование для пищеблока о приготовлении для отделения необходимого количества порций и диет	Составляет палатная медсестра, затем старшая сестра суммирует сведения всех палатных сестёр и передаёт их на пищеблок	Порционники заведуют заведующий отделением
Температурный лист	Для изображения динамики показателей пульса, давления, частоты дыхательных движений, температуры. Также в него записывают при необходимости показатели водного баланса, вес пациента, физиологические отправления	Ведёт медсестра отделения ежедневно	Для наглядности графического изображения для каждого показателя принят соответствующий цвет карандаша

Требования на лекарства старшей сестре	Для извещения старшей медсестры о том, какие лекарства необходимо заказать в аптеку	Составляет палатная медсестра ежедневно, делая выборку из листов назначений	Требования составляют на русском языке
Требования в аптеку	Это заказ в аптеку на получение необходимых для отделения медикаментов. Составляют в двух экземплярах на обычные препараты, в трёх — на наркотики и спирт	Составляет старшая медсестра по требованиям палатных сестёр	Требование составляют на латинском языке с указанием формы лекарственных средства, дозы и концентрации
Сводка движения больных	Составляют ежедневно. Отмечают общее количество пациентов в отделении, сколько поступило, сколько умерло, переведено из других отделений или в другие отделения	Медсестра отделения	Составляют утром и передают в отдел статистики, где информацию заносят в компьютер
Журнал назначений постовой медсестры	В нем отображают все назначения, которые выписаны из листа назначений для данного пациента	Палатная медсестра	Имеют в виду инструментальные и лабораторные исследования, консультации, медикаментозное лечение на ночь
Журнал учёта наркотических и сильнодействующих веществ	Учитывают каждую таблетку или ампулу с обязательным указанием остатка	Медсестры отделения	Журнал прошивают, пронумеровывают и заверяют печатью стационара

Окончание табл. 3-1

Журнал учета переливаний крови и кровезаменителей	Для регистрации переливаний крови и кровезаменителей	Процедурная медсестра	
Направления на анализы	Для извещения лаборатории	Процедурная медсестра	Необходимо чётко написать Ф.И.О. пациента, отделение, цель анализа
Журнал назначений процедурного кабинета	В этот журнал записывают назначения из листов назначений каждого пациента	Журнал ведёт процедурная медсестра	Имеют в виду назначения, связанные с парентеральными вмешательствами

курортной карты; санаторно-курортную карту; больничный лист или справку о временной нетрудоспособности.

Документация приёмного отделения включает: медицинскую карту стационарного больного (история болезни); экстренное извещение; журнал госпитализации; журнал отказов в госпитализации; статистическую карту выбывшего из стационара.

Документация лечебного отделения стационара включает:

- Процедура кабинет: журнал учёта наркотических и сильнодействующих веществ; журнал назначений процедурного кабинета; журнал учёта переливаний крови и кровезаменителей; направления на биохимию крови, группу крови, резус-фактор и другие.
- Пост: журнал приёма и сдачи дежурств; порционное требование; температурный лист; требования на лекарства старшей сестре; журнал назначений постовой сестры; сводку движения больных.

ВЫВОДЫ

- Система здравоохранения — совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главная цель которых — улучшение здоровья. Управление системой здравоохранения включает стратегический, тактический и оперативный уровни.
- Здравоохранение испытывает существенную зависимость от состояния общественного развития, экономики, науки, государственной политики, образования, международных связей и других. В свою очередь, здравоохранение также оказывает определённое влияние на развитие общества в целом.
- Оценку состояния здоровья населения проводят на основе анализа его численности, возрастно-полового состава, рождаемости, смертности, естественного прироста.
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.08.97 г. № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» — основной приказ, регулирующий как подготовку, так и практическую деятельность сестринского персонала.
- Основные задачи Координационного совета по сестринскому делу при МЗСР: анализ перспективных направлений развития сестринского дела, повышение качества сестринской помощи, совершенствование организационного и научно-методического обеспечения сестринского дела в России.

- Наиболее важные направления деятельности сестринского персонала: профилактическая работа; лечебно-диагностическая, реабилитационная, медико-социальная, паллиативная помощь.
- ВОЗ выделяет следующие профессиональные роли медсестры: медсестра-руководитель; медсестра-преподаватель; медсестра-член бригады; медсестра-научный работник.
- К основным типам ЛПУ относят: больницы, диспансеры, поликлиники, ССМП, женские консультации, родильные дома, МСЧ, санатории.
- Выделяют медицинскую документацию амбулаторно-поликлинических учреждений, приёмного отделения стационара, лечебного отделения стационара.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- здоровье;
- демография;
- система здравоохранения;
- охрана здоровья граждан;
- факторы, влияющие на здоровье;
- интегральные показатели оценки общественного здоровья;
- функции медсестры;
- роли медсестры;
- типы ЛПУ;
- паллиативная помощь;
- диспансеризация;
- группы медицинской документации.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Перечислите интегративные показатели оценки общественного здоровья населения.
2. Назовите факторы, оказывающие влияние на здоровье человека.
3. Чем система охраны здоровья отличается от системы здравоохранения?
4. В чём заключается миссия Министерства здравоохранения и социального развития?
5. В каких основных законодательных актах регламентирована деятельность государства по обеспечению здоровья?
6. Назовите системы здравоохранения РФ.

7. Какими документами регламентирована деятельность сестринского персонала?
8. Какова цель создания протоколов сестринской деятельности?
9. Перечислите основные обязанности медсестры, акушерки, фельдшера.
10. Что общего и различного между поликлиникой и амбулаторией?
11. Какую документацию ведёт постовая медсестра?
12. Какую документацию ведёт процедурная медсестра?
13. Какую документацию заполняет медсестра приёмного отделения?
14. Какие данные помещают в температурный лист?
15. Как заполнить направление на анализ?
16. Для чего предназначен порционник и кто его заполняет?
17. Как вы думаете, с чем связана необходимость ведения журнала по учёту наркотических и сильнодействующих препаратов?

ЗАДАНИЯ

Заполнить пробелы:

1. Здоровье — результат деятельности и самого человека, и _____ в целом.
2. Право гражданина России на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в _____.
3. В России различают государственную, _____ и частную системы здравоохранения.
4. Для медицинского обслуживания работников крупных предприятий создают _____.
5. При выявлении инфекции или педикулёза следует отправить извещение в _____.
6. Нарушения пациентом режима отделения отмечают в _____.
7. Требование для пищеблока о приготовлении для отделения необходимого количества порций и диет называют _____.
8. После измерения пульса и артериального давления медсестра фиксирует результаты в _____.
9. ВОЗ выделяет следующие роли медсестры: член бригады, _____, преподаватель, руководитель.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. Сестринский персонал — специалисты, получившие образование по специальностям «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Фельдшерское дело».

2. Поликлиника предназначена для лечения пациентов в условиях стационара.

3. В состав медико-санитарной части может входить санаторий-профилакторий.

4. Фельдшеры работают только на станциях скорой медицинской помощи.

5. На сегодняшний день в стране нет частных лечебно-профилактических учреждений.

6. На каждого пациента, поступившего в стационар, заполняют амбулаторную карту.

7. Журнал учёта переливаний крови и кровезаменителей прошивают, пронумеровывают и заверяют печатью стационара.

8. Талон на приём к врачу — основной статистический документ поликлиники.

Выбрать один ответ:

1. Для круглосуточного обслуживания населения предназначены:

- а) поликлиники;
- б) станции скорой медицинской помощи;
- в) женские консультации;
- г) амбулатории.

2. Специализированные ЛПУ, которые выявляют больных с ранними формами некоторых заболеваний, лечат их и наблюдают за ними:

- а) станции скорой медицинской помощи;
- б) амбулатории;
- в) профилактории;
- г) диспансеры;
- д) стационары.

3. Паллиативная помощь — это:

- а) лечебная помощь;
- б) временно облегчающая проявления болезни помощь;
- в) реабилитационная помощь;
- г) первичная медико-санитарная помощь.

4. Интегральный показатель оценки общественного здоровья:

- а) смертность;
- б) естественный прирост населения;
- в) средняя продолжительность предстоящей жизни;
- г) уровень физического развития детей и подростков.

5. Демография — это:

- а) наука о демократии;

- б) наука о народоовластии;
 - в) наука об охране здоровья;
 - г) наука о народонаселении.
6. Студент, пропустивший занятия по болезни, должен предоставить:
- а) справку о временной нетрудоспособности;
 - б) больничный лист;
 - в) справку или больничный лист в зависимости от обстоятельств.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Расположите в иерархическом порядке факторы по степени их влияния на состояние вашего здоровья: состояние окружающей среды; жилищно-бытовые условия; условия обучения в учебном заведении; СМИ; самообразование; оздоровительные мероприятия; активный отдых; чистое, полноценное питание и водоснабжение; материальное обеспечение; особенности личности (можно добавить недостающие с вашей точки зрения факторы). Проанализируйте вашу индивидуальную «лестницу». Сравните с результатами других студентов вашей группы и общегрупповой «лестницей»

2. Оцените (в процентах) степень ответственности государства, ваших родителей и вашей личной ответственности за ваше сегодняшнее состояние здоровья. Сравните результаты с оценками других студентов, ваших родителей, преподавателей, медсестёр и пациентов ваших клинических баз.

3. Одна из обязанностей сестринского персонала — повышение квалификации (Приказ Минздрава РФ от 19.08.97 г. № 249). Почему, на ваш взгляд, это еще и обязанность, а не только право. Где сестринский персонал может повышать профессиональную квалификацию?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациент впервые обратился в регистратуру поликлиники, чтобы его записали на приём к врачу. Какой документ необходимо завести регистратору на этого пациента?

2. На приёме врач назначил пациенту инъекции *Sol. Dibasoli* 1% — 2,0 внутримышечно ежедневно в процедурном кабинете. Какой документ должна оформить медсестра в связи с этим назначением и как?

3. Пациент приходит на приём к врачу по поводу острого бронхита. Какой статистический документ необходимо на него заполнить, когда и кто его заполняет?

4. Пациент решил посетить врача в поликлинике. Для этого он взял в регистратуре свою амбулаторную карту и пришел к кабинету

врача. Медсестра кабинета попросила дать ей документ, который выдают при записи к врачу. Какой документ она имела в виду?

5. Старшая медсестра поликлиники сделала замечание участковой медсестре о том, что она неаккуратно заполняет документацию. По документу, который проверила старшая сестра, нельзя сделать вывод о выполненной работе участковой медсестрой за неделю, о её ежедневной нагрузке. О каком документе идёт речь, когда его необходимо заполнять?

6. Пациент на приёме у врача просит выдать ему документ, в котором были бы данные о результатах обследования желудка, проведённого ему накануне в поликлинике. Какой документ имеет ввиду пациент, кто его оформляет?

7. Участковая сестра, беседуя с пациентом перед приёмом, выяснила, что он хочет поехать по путёвке в санаторий на лечение и пришёл к врачу, чтобы оформить необходимые документы. Какой документ необходимо ему выдать и кто его оформляет?

8. На приёме участковый врач поставил пациенту диагноз «ОРЗ» и сделал заключение, что он должен временно лечиться дома и не может работать. Какой документ необходимо ему выдать и кто его оформляет?

9. В приёмное отделение доставлен пациент машиной скорой помощи. Его осмотрел врач, оказал помощь, и пациенту стало легче. От госпитализации он отказался. Какой документ необходимо заполнить в этом случае в приёмном отделении?

10. В приёмное отделение поступил пациент, которого привезли из поликлиники. Врач, осмотрев пациента, направляет его на лечение в пульмонологическое отделение стационара. Какие документы необходимо заполнить в этом случае в приёмном отделении?

11. При проведении пациенту полной санитарной обработки медсестра приёмного отделения обнаружила у него педикулёз. Какие документы необходимо оформить в этом случае?

12. Врач и медсестра приёмного отделения госпитализировали 18 пациентов в различные отделения стационара. Какие документы, кем и в каком количестве должны быть заполнены в этом случае?

13. Пациенту назначено внутривенное введение плазмы крови. Какая медсестра и где запишет выполнение этой процедуры?

14. Дежурный врач назначил пациенту введение *Sol. Promedoli* 1% — 2,0 подкожно на ночь. В какой документации медсестра обязана отметить выполнение этого назначения?

15. После осмотра пациента врач сделал в листе назначений следующую запись: *Sol. Analgini 50%* — 2,0 внутримышечно ежедневно на ночь; *Ampicillini 0,25* — 4 раза в день. В какие документы медсестра запишет эти назначения?

16. При составлении документа медсестра была невнимательна, в результате чего двое пациентов остались без обеда. Что это был за документ?

ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА. МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Изучив эту тему, вы узнаете:

- основные понятия философии сестринского дела: человек, здоровье, сестринское дело, окружающая среда;
- содержание философии сестринского дела;
- принципы и этические элементы философии сестринского дела;
- программный документ «Философия сестринского дела в России».

Изучив эту тему, вы сможете обосновать необходимость философского осмысления сестринской практики для дальнейшего прогресса в сестринском деле.

4.1. ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА, ЕЁ ПРЕДМЕТ

Философия сестринского дела — часть общей философии, представляет систему взглядов на взаимоотношения между медсестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. В более широком аспекте философия сестрин-

ского дела — теоретическое обоснование сестринской профессии, те основные положения, которые определяют её место среди других профессий, её смысл, её направленность. Философия сестринского дела рассматривает вопросы:

- категорий сестринского дела;
- смысла, целей, принципов и задач сестринского дела;
- соотношения сферы сестринского дела и медицины, сестринского дела и общества;
- профессиональной этики.

Вопросы философии сестринского дела в России обсуждали, в частности, на конференции по теории сестринского дела в рамках Международного проекта «Новые сёстры для новой России» в 1993 г. в Голицыне.

4.2. ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Фундаментальные понятия философии сестринского дела:

- понятие «сестринское дело» как составная часть системы здравоохранения, направленная на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды;
- пациент — человек, который нуждается в сестринском уходе и получает его;
- здоровье — состояние динамического равновесия между человеком и окружающей средой;
- окружающая среда — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов, которые взаимодействуют с человеком и оказывают влияние на его здоровье.

На II Всероссийском съезде средних медицинских работников были выделены основные направления деятельности сестринского персонала:

- первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактическую работу;
- лечебно-диагностическая помощь, в том числе обеспечение интенсивного лечения;
- реабилитационная помощь и медико-социальная помощь больным с хроническими заболеваниями, детям, лицам пожилого возраста и инвалидам;

- медико-социальная помощь инкурабельным и умирающим больным (паллиативная помощь).

Такую помощь должен оказывать средний медицинский персонал (работники, имеющие медицинское образование по специальностям «сестринское дело», «акушерское дело», «лечебное дело» (квалификация: «фельдшер») и допущенные к профессиональной деятельности в установленном порядке) в учреждениях здравоохранения и любых других учреждениях, а также на дому.

В настоящее время понятие «сестринское дело» в России включает:

- помощь пациентам, как комплекс функций помощника врача;
- помощь пациентам, как самостоятельную функцию.

Причём доля самостоятельной деятельности медсестры постепенно возрастает в связи с внедрением в практику западной модели оказания медицинской помощи.

Здоровье человека определяется рядом факторов, включая генетическую предрасположенность, образ жизни, питание, социально-экономический статус, доступ к необходимой медико-санитарной помощи, окружающую среду.

Здоровье может измениться на континууме от состояния полного благополучия (оптимального уровня жизнедеятельности, позволяющего качественно удовлетворять потребности человека) до болезни (состояния, при котором человек не может самостоятельно удовлетворять свои потребности).

Человек разными способами определяет и оценивает своё здоровье и нездоровье, тем самым здоровье и болезнь имеют субъективные критерии оценки. Опыт, приобретенный во время болезни, может приводить к развитию как положительных, так и отрицательных черт личности.

Категориями философии сестринского дела также являются: «смысл профессии», «ценности профессии». Смысл профессии — понятие, свойственное любой профессиональной группе. Оно истолковывает и оправдывает свойственные для неё моральные нормы, показывает, чему служит эта профессия, определяет её аспекты с точки зрения ценностных ориентаций: этики, правды, добра.

Ценности профессии — нравственные характеристики, в которых находят выражение интересы и устремления определённой социальной группы. Философия сестринского дела выдвигает в качестве системы ценностей здоровье, здоровую окружающую среду, сохранение достоинства, заботу, профессионализм, независимость.

4.3. ПОЛОЖЕНИЯ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Философия сестринского дела — часть общей философии, представляет систему взглядов на взаимоотношения между медсестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии — человек.

Основные принципы философии сестринского дела: принцип целостности, принцип уважения к жизни, достоинствам и правам человека. Сёстры верят в священный дар жизни и в связи с этим рассматривают каждую отдельную личность как единое целое, с её возможностями к физическому, философскому, социальному, культурному, интеллектуальному и духовному росту.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают зависимость медсестры перед пациентом и обществом и ответственность общества перед сестрой. Общество признаёт важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Цель сестринского дела: осуществление сестринского процесса.

Сестра стремится профессионально выполнять свою работу, уважая и охраняя достоинство пациента.

Успешное применение философии сестринского дела в России и развитие творческого потенциала сестёр возможны только в том случае, если общество выполнит свои обязательства по отношению к ним.

Медсестра — уникальная, общественно активная личность, которая совершенствует свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уровень и качество сестринской помощи. Сестра действует и независимо, и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения.

Медсестра оказывает помощь любому пациенту, независимо от его статуса, убеждений, благосостояния.

Медсестра сохраняет конфиденциальность полученной информации.

Медсестра принимает активное участие в решении экологических проблем.

Сестёр вдохновляет пример подвижничества Флоренс Найтингейл, Екатерины Бакуниной, Дарьи Севастопольской и других.

4.4. ЦЕЛОСТНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИРОДУ ЗДОРОВЬЯ

На нынешнем этапе обычные представления о здоровье как об отсутствии каких бы то ни было заболеваний человека уже недостаточны для философского обоснования сестринского дела. Сейчас развивается взгляд на здоровье как позитивную концепцию национальной политики правительств, направленную на сохранение жизни человека, на создание нормальных условий для его жизнедеятельности, а не просто существования как индивида.

В 1984 г. ВОЗ определила здоровье как совокупность условий, при которых каждый человек или группа людей могут реализовать свои желания, удовлетворить потребности и направленно воздействовать на окружающую среду.

Данное позитивное определение здоровья отражает целостный комплексный подход. Это означает, что различные аспекты здоровья (физический, психический, социальный, духовный) признаются в единой связи. Например, негативные социальные отношения (безработица, бедность) оказывают неблагоприятное воздействие на психическое и физическое здоровье человека.

Нарушение психических процессов (фрустрация, комплекс вины, дискомфорт, страх, пониженное чувство собственного достоинства) — такая же реальность, как боль, лихорадка, рвота, кровотечение и другие. И все они требуют подхода с одинаковой степенью внимания, объективности, информированного согласия.

Мы считаем, что один из основных принципов медицины, который будущие специалисты должны осознать уже в процессе обучения, — принцип целостности, т.е. понимание болезни как процесса, охватывающего все системы и уровни организма и сферы деятельности индивидуума как динамической саморегулирующейся биопсихосоциодуховной системы.

Полагаем, что акцент государственной политики, в контексте сказанного, должен быть смещен с мероприятий, мешающих нам быть здоровыми, на мероприятия, помогающие нам стать более здоровыми.

4.5. О НЕКОТОРЫХ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Хотя большинство медсестёр имеет ясное представление, что такое уход, его уникальность должна быть ясно заявлена и представлена другим медицинским специальностям, широкой общественности. Потребность в концептуальных моделях, как способе осмысления дисциплины в ясных и точных терминах, возникла в связи с возросшим профессионализмом сестёр и желанием определить свой коллегиальный статус среди других работников служб здравоохранения.

Прежде чем ознакомиться с концептуальными моделями, определимся в терминах. Концепция (от лат. *Conceptio* — понимание, система) — определённый способ понимания каких-либо явлений; модель — схема (описание) какого-либо явления в природе или обществе. Концептуальную модель в данном контексте можно определить как схематичное представление сестринского дела в целом.

В настоящее время в мировой практике насчитывают более 30 концептуальных моделей сестринского дела. Все они отражают различные (иногда противоположные) идеологии и лежащие в их основе взгляды; некоторые весьма сложны, разработаны для конкретных профессиональных ситуаций или конкретных групп клиентов. Американские исследовательницы В. Kozier и Г. Erb описывают 5 наиболее распространённых моделей, выделяя в них положения, касающиеся целей сестринского дела и роли медсестры, определения понятия «client» и источников его проблем, направлений, способов и результатов сестринского вмешательства:

- эволюционно-адаптационная модель канадской ассоциации сестёр (*CNATS developmental-adaptation model*);
- добавочно-дополняющая модель Вирджинии Хендерсон (*Henderson's complementary-supplementary model*);
- модель поведенческой системы Джонсон (*Johnson's behavioral system model*);
- модель самообслуживания Доротеи Орем (*Orem's self-care model*);
- адаптационная модель Каллисты Рой (*Roy's adaptation model*).

Остановимся подробнее на модели В. Хендерсон, так как, хотя она «не столь сложна и не так чётко разработана, как современные модели сестринского дела, её все же можно использовать в рамках структуры ВОЗ вместе с процессом сестринского дела для обеспечения основы ... практической работы».

Американка Вирджиния Хендерсон (1897–1996 гг.) была одной из первых сестёр, попытавшихся после Ф. Найтингейл представить свое понимание сестринского дела. В книге «The nature of nursing» (1966) она дала свою концептуальную модель сестринской профессии. По её мнению, сестринское дело должно исходить из понятия 14 жизненных потребностей, которые в обычных условиях человек удовлетворяет сам: дышать, есть и пить, выделять, двигаться и поддерживать осанку (позу), спать и отдыхать, одеваться и раздеваться, поддерживать температуру тела, поддерживать чистоту (*keep clean*), избегать опасности, общаться, отправлять культ, работать (заниматься чем-нибудь), развлекаться (играть), учиться (узнавать что-то новое). Анализ выделенных В. Хендерсон потребностей показывает, что в основном её модель учитывает физиологические потребности человека, гораздо меньше — психологические, духовные и социальные.

Хотя модель Вирджинии Хендерсон основана на видах повседневной деятельности человека и предназначена для всех видов сестринского ухода, в большей степени она все же ориентирована на сестринскую деятельность в больнице или каком-либо другом лечебном учреждении. В связи с этим направляющей в деятельности медсестры будут указания врача: «Медсестра решает вместе с врачом, каким именно образом она будет осуществлять уход за пациентом, информирует врача о проделанной работе», то есть с одной стороны, это независимый и самостоятельный работник, с другой — исполнитель предписаний врача.

«В рамках Европейского региона сёстрам, которые планируют применять сестринский процесс, рекомендуется использовать модель с учетом физиологических, психологических и социальных потребностей». Мы не нашли упоминаний и ссылок об использовании российскими сёстрами в практике какой-либо из моделей. Авторы учебников и пособий по-разному объединяют сестринский процесс и концептуальные модели. Наиболее полно вопросы потенциального использования моделей в практике освещены С.А. Мухиной и И.И. Тарновской. Причём наряду с описанием и возможностями применения некоторых моделей авторы обрисовывают возможности применения адаптированной ими самими модели В. Хендерсон в

сестринском процессе, реорганизовав 14 потребностей в 10. В других работах упоминаний о моделях, с учётом которых осуществляют сестринский процесс, мы не обнаружили.

ВЫВОДЫ

- Философия сестринского дела — система взглядов на взаимоотношения между медсестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Была принята в 1993 г. в Голицыне.
- Основные категории философии сестринского дела: понятие сестринского дела, пациент, здоровье, окружающая среда, смысл профессии, ценности профессии.
- Основные ценности сестринского дела: здоровье, здоровая окружающая среда, сохранение достоинства, забота, профессионализм, независимость.
- Основные принципы философии сестринского дела: принцип целостности, принцип уважения к жизни, достоинствам и правам человека.
- Здоровье и болезнь имеют субъективный критерий оценки. Опыт, приобретённый во время болезни, может приводить к развитию как положительных, так и отрицательных черт личности.
- Наиболее распространённые концептуальные модели сестринского дела: эволюционно-адаптационная модель канадской ассоциации сестёр; модели В. Хендерсон, Д. Орем, К. Рой и Джонсон.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- философия сестринского дела,
- концептуальная модель сестринского дела,
- сестринское дело,
- пациент,
- здоровье,
- болезнь,
- окружающая среда,
- сестринский персонал,
- смысл профессии,
- ценности профессии,
- индивидуум,
- конфиденциальность.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Какие вопросы рассматривает философия сестринского дела?
2. Какие группы факторов взаимодействуют с человеком и оказывают влияние на его здоровье?
3. Перечислите основные направления деятельности сестринского персонала.
4. Каких специалистов объединяет понятие «сестринский персонал»?
5. В чём смысл сестринской профессии?
6. Какие определения понятия «здоровье» вы знаете?
7. Назовите факторы, определяющие здоровье человека.
8. Что такое «принцип целостности»?
9. Зачем нужны концептуальные модели сестринского дела?
10. Перечислите главные элементы (единицы) моделей сестринского дела.

ЗАДАНИЯ

Заполнить пробелы:

1. Основные ценности сестринского дела: здоровье, здоровая окружающая среда, сохранение достоинства, _____, профессионализм, независимость.
2. Болезнь — состояние, при котором человек не может самостоятельно удовлетворять свои _____.
3. _____ — состояние динамического равновесия между человеком и окружающей средой.
4. В модели _____ клиент рассматривается как целостное, совершенное и независимое существо, имеющее 14 фундаментальных потребностей.
5. Роль медсестры в модели _____ — обеспечивать помощь в достижении клиентом оптимального уровня самообслуживания.
6. _____ — это неразглашение информации о пациенте другим лицам без его согласия.
7. Индивидуум — динамическая саморегулирующаяся _____ система.

Верно или неверно:

1. Общество несёт ответственность перед медсёстрами.
2. Медсёстры несут ответственность перед обществом.
3. Болезнь может способствовать расцвету личности.

4. Сестринский персонал — работники, имеющие медицинское образование по специальностям «сестринское дело», «акушерское дело», «фельдшерское дело».

5. Вопросы профессиональной этики сестринского персонала обсуждали на конференции в Голицыне.

6. Воспитание влияет на определение индивидуумом своего здоровья.

Выбрать один или несколько ответов:

1. Программный документ «Философия сестринского дела в России» был принят в:

- а) Алма-Ате (январь 1995 г.);
- б) Москве (октябрь 1993 г.);
- в) Санкт-Петербурге (май 1991 г.);
- г) Голицыне (август 1993 г.).

2. Профессиональные задачи медсестры:

- а) укрепление здоровья, диагностика заболеваний;
- б) диагностика заболеваний, облегчение страданий;
- в) облегчение страданий, профилактика заболеваний, укрепление здоровья;
- г) укрепление здоровья, диагностика и профилактика заболеваний, облегчение страданий.

3. Пациентами медсестры могут быть:

- а) больные люди;
- б) здоровые люди;
- в) и больные, и здоровые люди.

4. Основные категории философии сестринского дела:

- а) пациент;
- б) медсестра;
- в) сестринское дело;
- г) окружающая среда;
- д) здоровье.

5. Индивид — единство следующих начал:

- а) физического и психического;
- б) духовного и физического;
- в) физического и психосоциального;
- г) духовного, физического и психосоциального.

6. Журналы, выпускаемые в России для сестринского персонала:

- а) «Медицинская сестра»;
- б) «Медицинская помощь»;
- в) «Сестринское дело»;

- г) «Главная медицинская сестра»;
- д) «Фельдшерское дело».

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ:

1. Приведите конкретные примеры природных, социальных, психологических и духовных факторов, которые оказывают влияние на ваше здоровье, когда вы находитесь на учебных занятиях, идёте по улице, принимаете пищу, общаетесь с друзьями и прочее.

2. Приведите конкретные примеры природных, социальных, психологических и духовных факторов, которые оказывают влияние на здоровье пациента, получающего амбулаторную или стационарную медицинскую помощь.

3. Разбейтесь на пары. По десятибалльной шкале оцените своё и вашего напарника физическое, психическое, социальное и духовное здоровье. Сравните результаты.

4. Приведите примеры появления как положительных, так и отрицательных качеств у человека в процессе хронического соматического заболевания.

5. Как отмечено выше, философия сестринского дела в качестве одной из ценностей выдвигает сохранение достоинства. О чём достоинстве здесь идёт речь? Каким образом можно унижить достоинство пациента?

6. Проанализируйте, какие нарушения психических и социальных процессов могут возникать у человека, испытывающего нарушение физического процесса (например, боль в желудке).

7. Обоснуйте собственное видение философии взаимоотношений между преподавателями и студентами вашего учебного заведения.

8. Расположите ценности сестринского дела в иерархическом порядке и обоснуйте свою точку зрения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА МЕДСЕСТРЫ

Изучив эту тему, вы узнаете:

- понятия деонтологии, биоэтики;
- морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения;
- этические основы современного медицинского законодательства;
- права пациента и медицинской сестры;
- понятие медицинской тайны;
- принципы деятельности медицинской сестры, сформулированные Ф. Найтингейл;
- Этический кодекс Международного совета медицинских сестёр;
- Этический кодекс медицинских сестёр России.

5.1. ДЕОНТОЛОГИЯ, ЕЁ ПРЕДМЕТ

Термин «*деонтология*» был введен в обиход в XIX в. английским философом И. Бентамом для обозначения теории нравственности в целом. Несмотря на то, что в своей книге «Деонтология как наука о морали» И. Бентам ни разу не упомянул о врачах, в дальнейшем этот раздел этики, рассматривающий проблемы долга, моральных требований и нормативов, оказался вплотную связан с медициной.

Любая специальность характеризуется системой определенных норм и правил поведения. Однако почему деонтология применима чаще всего к медицине? Выделение специального раздела этики — деонтологии для медицинского работника — связано в основном с двумя причинами.

- Медицинский работник находится в особой ситуации — ему необходимо общаться с больными и ослабленными людьми.
- Медицинский работник несёт ответственность за соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, участвует в обеспечении лечебных и диагностических процедур, оказывая тем самым влияние на течение болезни и состояние пациента.

Медицинская деонтология — совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Предметом изучения деонтологии являются вопросы:

- взаимоотношения медицинского работника с пациентом и его родственниками, с другими сотрудниками;
- снижения воздействия неблагоприятных факторов медицинской деятельности;
- устранения последствий, связанных с качественно неполноценным медицинским обслуживанием.

Несоблюдение деонтологических принципов при работе с пациентами может привести к развитию у них ятрогенных заболеваний. Прежде это считали следствием высказываний или поступков врача, неблагоприятно воздействующих на психику больного. В результате у пациента возникает ряд новых болезненных ощущений, складывающихся в конечном итоге в самостоятельную картину заболевания. В последние десятилетия диапазон ятрогений заметно расширился. Стали выделять *сороригении* (термин введен венгерским врачом И. Харди) — патологические реакции, возникающие у пациента вследствие неблагоприятного взаимодействия с медицинской сестрой; *эгротогении* — патологические состояния, возникающие вследствие взаимного влияния пациентов друг на друга; *эгогении* — влияние пациента на самого себя в связи с болезнью или определённым состоянием здоровья. Ятрогении условно можно разделить на *ятропсихогении* — нарушения, обусловленные отрицательным воздействием на психику пациента; *ятрофармакогении* — расстройства, связанные с негативными последствиями лекарственной терапии; *ятрофизиогении* — заболевания, вызванные физическим воздействием медицин-

ских мероприятий. Аналогично можно проанализировать и сорогении.

Наиболее полная классификация ятрогенных заболеваний разработана, на наш взгляд, Ю.Г. Бойко и Н.Ф. Силяевой [7]. Это ятрогении, обусловленные или связанные с:

- профилактическими мероприятиями, осложнениями после применения вакцин или сывороток;
- нарушением санитарно-противоэпидемического режима, влекущим за собой возникновение инфекционного заболевания;
- диагностическими исследованиями, техническими ошибками или неисправностью аппаратуры при проведении диагностических процедур;
- побочным действием лекарственных средств, их непереносимостью, непосредственным или отдаленным побочным действием лучевого или других физических методов лечения, риском и тяжестью анестезии, наркоза, оперативного вмешательства;
- травматическими и нетравматическими осложнениями при открытом и закрытом массаже сердца, пункции сердца, катеризации крупных вен, интубации трахеи и трахеостомии, искусственной вентиляции легких (ИВЛ), трансфузионной терапии, гипербарической оксигенации;
- изменением психики пациента в связи с неблагоприятным воздействием поведения медицинских работников;
- дефектами в уходе за пациентами;
- бездействием, т.е. неоказанием медицинской помощи по тем или иным причинам;
- установкой ошибочного диагноза и, соответственно, проведением лечения не по показаниям, что может отрицательно повлиять на течение истинного заболевания или привести к развитию нового. Такое явление носит название «ятрогенных болезней», в том числе «компьютерных», которые имеют место в связи с массовыми компьютерными обследованиями населения без учёта индивидуальных особенностей субъекта.

5.2. МОРАЛЬНАЯ И ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Действия медицинских работников, влекущие за собой отрицательные последствия для пациента, можно квалифицировать следующим образом:

- несчастный случай;
- медицинская ошибка;
- медицинские правонарушения и профессиональные преступления [59].

Несчастный случай — непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью человека или наступает его смерть. Это неблагоприятный исход врачебного вмешательства, вызванный обстоятельствами, которые медицинский работник не мог предвидеть или не имел возможности предотвратить (индивидуальная непереносимость препарата, смертельная тромбоэмболия лёгочной артерии в послеоперационном периоде и т.д.).

И.В. Давыдовский считал, что главным критерием медицинской ошибки (как врачебной, так и сестринской) является добросовестное заблуждение, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у больного, на недостатке знаний и опыта, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества. Ошибки такого рода обычно возникают при чрезвычайном волнении и растерянности. Главным судьёй в решении вопроса об ответственности за допущенную ошибку является в данном случае совесть медицинского работника. В основе же профессиональных проступков и преступлений лежит, прежде всего, недобросовестность.

Медицинские правонарушения — нарушения установленных законом и специальными инструкциями правил поведения и выполнения медицинскими работниками профессиональных обязанностей, за что медицинские работники должны нести уголовную ответственность. К *умышленным правонарушениям* относятся:

- неоказание помощи;
- незаконное проведение аборта;
- незаконное врачевание;
- выдача подложных документов;
- нарушение правил производства, хранения, отпуска, учёта ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств.

Правонарушения вследствие халатного и небрежного отношения к своим обязанностям — это:

- неосторожные действия при введении в организм лекарственных препаратов;
- невнимательное отношение к реакции пациента на вводимое вещество;
- закрытые переломы костей при пеленании новорожденных;
- недостаточное обезболивание;
- оставление в операционной ране перевязочного материала, инструментария и др.

В зависимости от тяжести совершённых преступлений медицинский работник должен подвергаться административным взысканиям (выговору, строгому выговору, переводу на нижеоплачиваемую работу сроком до 3 мес) или же привлекаться к уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. БИОЭТИКА, ЕЁ ПРЕДМЕТ

Заметный научно-технический прогресс позволил медицине за последнее время сделать стремительный рыжок в своем развитии. Появились новые мощные лекарственные средства, диагностические и лечебные приборы и установки, возможность пересадки органов и тканей, искусственного оплодотворения женщин, страдающих бесплодием, лечения генетических болезней, реанимации умерших и т.д.

Всё это потребовало пересмотра многих принципов медицинской этики, в связи с этим В. Поттер в 1971 г. предложил новый термин — «биоэтика» (этика живого) — понятие, определяющее меру ответственности тех, кто принимает решение о выборе метода лечения и применении научных знаний на практике. Иногда биоэтику определяют как систему исследования этических аспектов проблемных ситуаций и прав человека в современной медицине. Мы будем трактовать её как дисциплину, изучающую моральные стороны взаимодействия медицинского работника и пациента.

Происходящий на наших глазах сдвиг в ценностных ориентациях доказывает актуальность биоэтики, её значимость и для медицины как науки, и для общества в целом. Очевидно, нас уже не удовлетворяет медицинская деонтология, которая ограничивается изучением норм профессионального поведения врача.

Формирование понятия биоэтики связано с расширением спектра новых ценностных ориентаций применительно к бытию в целом. Если это понятие рассматривать не только в медицинском аспекте, но и как более широкую и философски глубокую дисциплину, то её центральное ядро — отношение к жизни и смерти.

Повышение интереса к биоэтике вызвано рядом причин.

Во-первых, появлением и крупномасштабным распространением биомедицинских и других технологий, обостривших старые проблемы и добавивших новые:

- определение смерти;
- применение пассивной и активной эвтаназии;
- пренатальный диагноз;
- аборт;
- хранение замороженных человеческих эмбрионов;
- пересадка органов и тканей;
- использование людей, животных или фетальной ткани для научного исследования;
- изоляция ВИЧ-положительных и больных другими инфекционными заболеваниями;
- размещение токсичных отходов;
- развитие генной инженерии;
- распределение ресурсов, необходимых для профилактики и лечения тяжелых заболеваний.

Во-вторых, возросло понимание серьёзности биоэтических и других этических проблем, которые стали широко обсуждаться в прессе, в непрофессиональных кругах и т.д.

5.4. ОСНОВНЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА

Возникающие в процессе взаимодействия медицинских работников и пациентов морально-этические проблемы обычно не имеют таких решений, которые смогли бы удовлетворить все заинтересованные стороны. Однако решение должно быть найдено, так же как и сопряжённая с ним ответственность должна быть взята лично на себя. Помощь в принятии решения оказывают различные кодексы (Международный кодекс медицинской этики, Этический кодекс Международного совета медицинских сестёр (приложение В), Этический кодекс медицинской сестры России (приложение Г), Этический кодекс российского врача), декларации (Всеобщая декларация

прав человека, Декларация о правах пациента и т. д.), конвенции (Конвенция о правах ребенка и т. д.)¹, принципы и правила.

Рассмотрим *основные принципы и правила биоэтики*. Со времен Гиппократов принцип «*Не навреди!*» был и остается первым в поведении медицинского работника. Как это ни парадоксально звучит, но почти каждое взаимодействие персонала с пациентом несёт в себе вероятность причинения того или иного вреда последнему. Например, сам по себе визит в ЛПУ требует затраты сил, времени и денег. Назначенный режим ограничивает возможности пациента, его свободу. Скрывая истинную информацию о состоянии здоровья, медицинский работник также наносит больному вред и унижает его достоинство. К тому же, владея недостаточными или неверными данными, человек может невольно причинить ущерб себе и окружающим. С другой стороны, медицинский работник может нанести травму, сообщая правдивую информацию пациенту без учёта его психических свойств и состояния.

Медицинская сестра, выполняя назначенные процедуры, помимо морального вреда, вызванного отсутствием навыков общения, причиняет пациенту нередко и физический вред.

Если понимать принцип «не навреди» буквально, нужно вообще отказаться от какого бы то ни было вмешательства. Однако предполагается, что в результате взаимодействия с медицинскими работниками пациент получит некое благо.

Безусловно, мы должны стремиться к тому, чтобы вред, исходящий от медицинского работника, входил только в разряд объективно неизбежных (по медицинским показаниям) и был минимальным. Лекарство не должно быть горше болезни! В связи с этим неотъемлемой частью повседневной деятельности медицинского работника должны быть осознание и реализация его морального выбора. Для медицинской сестры этот выбор может касаться различных ситуаций. Например:

- проводить манипуляцию в палате в присутствии других пациентов или их родственников или делать это по-другому, особенно если это касается интимных процедур (ведь медицинские сёстры и доктора настолько привыкают к общению с больными в обстановке, когда последние раздеты, что их восприятие ранимости или замешательства других заметно притупляется);

¹ Островская И.В. Медицинская этика. Сборник документов. — М.: АНМИ, 2001. — 241 с.

- обращаться к пациентам по имени-отчеству или иначе;
- нужно ли просто заходить в палату и интересоваться, как дела;
- важно ли сообщать пациенту, что для антибиотиков лучше купить 5-миллилитровые шприцы с иглой для внутримышечного введения лекарственного средства вместо 2-миллилитровых шприцев с иглой для подкожного введения;
- улыбаться или не улыбаться пациенту.

Принцип «делай благо» — это выполнение действий, приносящих пользу больному. Это благодеяние, милосердие, благотворительность.

Принцип уважения автономии пациента опирается на представление о том, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было проходящих обстоятельств и имеет право на невмешательство в её планы и поступки. Действие можно считать *автономным* лишь в том случае, если тот, кто его осуществляет, делает это:

- преднамеренно, т.е. в соответствии с некоторым замыслом;
- с пониманием того, что именно он делает;
- без таких внешних влияний, которые определяли бы ход и результат действия [3, 9].

Этот принцип предполагает не только признание, но и уважение автономии пациента, т.е. именно *выбор* больного определяет дальнейшие действия медицинского работника.

Принцип справедливости означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. Обычно он находит отражение в законодательных актах и социально обусловлен.

Несправедливость особенно заметна при распределении дорогих лекарств и использовании сложных медицинских технологий. В условиях дефицита она нередко становится обыденным явлением и наносит моральный и психический ущерб тем, кто был обделён по тем или иным причинам лекарством, не смог оплатить обследование на новом диагностическом приборе или сложную операцию.

Также выделяют *этические правила*, которые регулируют взаимоотношения медицинских работников и пациентов: правдивости, конфиденциальности и информированного согласия [3, 9].

Правило правдивости определяется статьей 6 Этического кодекса медицинской сестры России (приложение Г): «Медицинская сестра должна быть правдивой и честной». В то же время она имеет «моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом».

Правдивость является необходимым условием нормального общения. Быть правдивым — прежде всего сообщать больному факты, соответствующие действительности с точки зрения самого сообщающего. Однако всегда ли нужна правдивость? Готов ли к ней пациент? И обязан ли он быть правдивым — со студентами-практикантами, со всеми медицинскими работниками или только с лечащим врачом?

Правило конфиденциальности [статья 8 Этического кодекса медицинской сестры России (приложение Г)]: информация, полученная медицинским работником от пациента лично или в результате его обследования, не может быть передана третьему лицу без разрешения на это пациента.

Необходимо помнить, что под третьим лицом подразумеваются даже ближайшие родственники (в нашей стране это касается информации обо всех пациентах старше 15 лет).

Следует заметить, что в ряде ситуаций соблюдение этого правила проблематично. Часто это возникает в ситуации, когда информация о данном пациенте касается жизненно важных интересов третьего лица. Должен ли медицинский работник предупредить этих людей, например, о грозящей опасности, или же ему надлежит соблюдать правило конфиденциальности?

Стал классическим случай, имевший место в США в 1969 г., так называемый казус Татьяны Тарасовой. Психотерапевт, узнав о навязчивой идее своего пациента убить девушку — Татьяну Тарасову, которая не отвечала последнему взаимностью, не сообщил об этой угрозе ни ей, ни её родственникам, а только постарался переубедить своего клиента. Тот на словах согласился с мнением доктора, но через какое-то время убил Татьяну. В специальном заключении суд обязал врачей предупреждать третьих лиц об опасности, о которой им стало известно в процессе работы с пациентом. Это решение вызвало серьёзные возражения со стороны видных представителей медицинской профессии, поскольку без полного доверия пациента врачу медицинская практика невозможна [3, 9].

Правило информированного согласия является неперенным условием проведения любого медицинского вмешательства. Такое согласие должно быть получено только при условии полной осведомлённости пациента о сути процедуры, показаниях и противопоказаниях к вмешательству. Статья 31 «Основ законодательства РФ о здоровье граждан» гласит: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья...» (приложение Д). Правда, ниже говорится, что «инфор-

мация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли». Значит, если пациент не хочет знать правды о диагнозе и (или) прогнозе, медицинский работник имеет право придерживаться «святой лжи». А если пациент хочет знать правду? Тогда, согласно закону, «информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация». Гражданин имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получить консультацию по ней у других специалистов.

Затем пациент свободно выбирает курс дальнейших действий, наиболее приемлемый с его точки зрения, но не всегда наилучший с точки зрения медицины. Он вообще может отказаться от лечения, и с этим теперь тоже (с 1993 г.) приходится считаться.

Право пациента на отказ от лечения в некоторых случаях порождает острейшие морально-этические коллизии. Например, пациентка была прооперирована по поводу внематочной беременности. В послеоперационном периоде в крови — очень низкое содержание гемоглобина. Рекомендовано переливание крови, от которого больная категорически отказалась, ссылаясь на принадлежность к секте Свидетелей Иеговы. Лечащий врач принял решение произвести переливание крови под внутривенным наркозом. Однако больная проснулась до окончания процедуры, и в итоге у неё развилась тяжёлая депрессия. Если бы речь шла о ребёнке, родители которого в силу религиозных убеждений отказывались от медицинской помощи, необходимой для спасения его жизни, то согласно «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан» (статья 33) медицинские работники обратились бы в суд для защиты права на жизнь ребёнка. В данном случае врач должен был письменно оформить отказ больной от переливания крови и настойчиво искать любые другие альтернативные методы лечения. «Отказ вменяемого пациента от медицинской помощи, как правило, есть результат отсутствия терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом, а потому всегда остается на совести врача» (статья 11 Этического кодекса). А как быть в тех случаях, когда человек воспринимает страдания как благо? Так, в рамках христианского мировоззрения смерть — это «дверь в пространство вечности». В связи с этим смертельная болезнь воспринимается христианином как «чрезвычайно важное событие» в его земной жизни, поскольку оно представляет собой подготовку

к переходу в жизнь вечную. Один протестантский пастор, описывая свою смертельную болезнь, называл ее «счастливейшим временем жизни»¹. Доктор Э. Кюблер-Росс писала: «Я хотела бы, чтобы причиной моей смерти был рак, ибо не хочу лишиться периода развития личности, который приносит с собою смертельная болезнь»². Таким образом, установка медицинских работников на устранение «лишних страданий» вполне может не соответствовать либо даже противоречить убеждениям пациента.

Статья 6 Этического кодекса медицинской сестры России (приложение Г) гласит, что медицинская сестра обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра обязана выяснить наличие согласия на процедуру. Передавать же пациенту сведения она имеет моральное право только по согласованию с лечащим врачом.

ВЫВОДЫ

- Поведение медицинского работника так же, как лечебные и диагностические процедуры, оказывает влияние на течение болезни и состояние больного.
- При обращении за медицинской помощью у пациента могут возникнуть патологические реакции, возникающие у пациента в результате его обращения за медицинской помощью: ятрогении, сороригении, психогении, фармакогении, физиогении и т.д.
- Действия медицинских работников, связанные с отрицательными последствиями для больного, можно квалифицировать следующим образом: несчастный случай, медицинская ошибка, медицинские правонарушения и профессиональные преступления.
- Главный судья в решении вопроса об ответственности за медицинскую ошибку — *совесть* работника.
- Бурный научно-технический прогресс изменил нормы профессионального поведения медицинского работника. Это стало толчком к развитию биоэтики, в рамках которой изучаются моральные стороны взаимодействия медицинского работника и пациента.

¹ Цит. по: Силуянова И.В. Этика врачевания: современная медицина и православие. — М., 2001. — С. 251.

² Цит. по: Калиновский П. Переход: последняя болезнь, смерть и после. — Екатеринбург, 1994. — С. 125.

- Современные принципы биоэтики: не навреди, делай добро, уважение автономии пациента, справедливость, правдивость, конфиденциальность, информированное согласие.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Чем вызвано выделение специального раздела этики — медицинской деонтологии?
2. Назовите предмет изучения медицинской деонтологии?
3. Какие патологические реакции возникают у пациента в результате его обращения за медицинской помощью?
4. Как проявляются ятрогения, сороригения, эгогения, эгротогения?
5. Чем отличается медицинская ошибка от медицинского правонарушения?
6. Каковы основные биоэтические проблемы?
7. Какие документы по медицинской этике вы знаете?
8. Чем принцип отличается от правила?
9. Как кодекс определяет основные задачи профессиональной деятельности медицинской сестры?
10. Как кодекс способствует повышению престижа и авторитета профессии медицинской сестры в обществе?
11. Как кодекс определяет первейший профессиональный долг медицинской сестры?
12. Кто должен выполнять требования кодекса?
13. Какие взыскания могут быть применены за нарушение норм кодекса?
14. Какие обязанности остаются у медицинской сестры, которая участвует в забастовке?
15. Что говорится в кодексе о взаимоотношениях сестры и пациента?
16. Что говорится в кодексе о профессии медицинской сестры?
17. Что говорится в кодексе о взаимоотношениях медицинской сестры и общества?

ЗАДАНИЯ

Заполните пробелы:

1. В России правило конфиденциальности распространяется на всех дееспособных пациентов старше _____ лет.
2. Принцип _____ означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи.

3. Термин «деонтология» был предложен в _____ веке английским философом _____.

4. Нарушение правил учета наркотических препаратов — это _____.

5. Если действие осуществляют с пониманием и без внешнего давления, то его считают _____.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. Этический кодекс медицинской сестры в строго определённых случаях разрешает проведение эвтаназии.

2. Биоэтика защищает пациента от медицинских работников.

3. Источником ятро-, сорори-, эгрогоний является окружающая среда.

4. Источником эгогий является окружающая среда.

5. Информация о состоянии здоровья может быть предоставлена гражданину против его воли.

6. Выбор медицинского работника определяет дальнейшие действия пациента.

7. Сороригении включают в себя физиогении, фармакогении, психогении.

8. Любое медицинское вмешательство несёт в себе вероятность того или иного вреда пациенту.

9. Гражданин имеет право непосредственно ознакомиться со своей историей болезни.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Проведите опрос пациентов о том, знают ли они о своих правах. Проанализируйте результаты.

2. Проведите опрос медицинских сестёр о том, знают ли они об Этическом кодексе медицинской сестры России. Проанализируйте, от чего зависят результаты.

3. Подготовьте сообщения по одной из тем: «Эвтаназия: за и против»; «Морально-этические проблемы искусственного аборта»; «Права ВИЧ-инфицированных и их соблюдение»; «Суррогатное материнство».

4. Приведите примеры морального и физического вреда, который медицинская сестра может причинить пациенту при выполнении внутримышечной инъекции.

5. Прочитайте Обет Флоренс Найтингейл и Этический кодекс ICN для медицинских сестёр (приложения Б и В для учебного пособия). Что общего и различного между этими документами?

6. Выпишите в словарь определения незнакомых для вас понятий. В первую очередь обратите внимание на слова: кодекс, консолидация, компетенция, компетентность, недееспособный, паллиативная помощь, эвтаназия, конфиденциальность.

7. Разбейтесь по парам. Составьте вопросы по кодексу и задайте их друг другу.

8. Пользуясь текстом кодекса, найдите, в какой статье и что именно говорится по поводу нижеперечисленных ситуаций, а также настоящих и потенциальных действий медицинской сестры (старшей медицинской сестры):

а) Пациентка С., 70 лет, разбудила постовую сестру и попросила у неё снотворное. Медицинская сестра, выдавая ей таблетку, проворчала: «Бабуленька, опять, небось, весь день продрыхли, вот вам и нейметесь...».

б) Пациент К., 50 лет, пожаловался медицинской сестре, что уже третий раз в этом году лежит в больнице, а толку никакого. Медицинская сестра ответила, что ещё прошлый раз говорила о том, что нужно сходить в церковь, или пригласить батюшку в палату...

в) Соседка по этажу, любительница всяких экстрасенсов, забежав позвонить, очень экспрессивно описала медицинской сестре колдуна, который поселился во втором подъезде и с помощью своей фотографии, которую надо прикладывать к больному участку, лечит всех от всех болезней, даже от рака и СПИДа.

г) Пациент спрашивает постовую медицинскую сестру о результатах анализа крови.

д) Утром постовая медицинская сестра С. при передаче смены сообщила старшей медицинской сестре, что больной М. из 12-й палаты отказался делать инъекцию анальгетика на ночь. Никакие уговоры не помогли. При беседе с пациентом старшая медицинская сестра узнала, что больной М. не доверяет медицинской сестре С., потому что после выполнения инъекции ему становится ещё хуже, и лучше он потерпит до прихода процедурной медицинской сестры.

е) Лечащий врач, зная о хороших, доверительных отношениях процедурной медицинской сестры почти со всеми пациентами, пытается выяснить, почему, как ему показалось во время обхода, пациентка Л. из 10-й палаты была заплаканной.

ж) В день выписки пациент преподносит медицинской сестре букет цветов.

з) При поступлении в отделение родственники пациента попросили постовую медицинскую сестру чаще заглядывать к больному в палату, предложив за это деньги.

и) Пациент П. из одностойной палаты каждое ночное дежурство приглашает медицинскую сестру С. то на арбуз, то на дыню, то на ассорти.

к) Молодой врач, недавно работающий в отделении, постоянно улыбается медицинским сестрам, делает комплименты по поводу фигуры, часто сидит на рабочем месте медицинской сестры во время дежурства, приглашает сходить куда-нибудь вдвоём.

л) При подготовке к исследованию врач назначил пациенту препарат (контрастное средство) в дозе, явно превышающей необходимую.

м) Соседка попросила поделаться уколами своей внучке, смущенно заявив, что расплачиваться ей нечем.

н) Придя на работу, медицинская сестра увидела, что в графике дежурств на следующий месяц у неё работа только в ночную смену.

о) Половина медицинских сестёр отделения — курильщицы табака. Они периодически покидают отделение, их рабочая одежда пахнет табаком.

п) На имя главной медицинской сестры больницы поступило анонимное письмо, в котором сообщается, что медицинская сестра наркологического поста С. нарушает правила учёта наркотических препаратов, и всему виной её друг-наркоман. На самом деле С. никаких инструкций не нарушает, хотя действительно встречается с молодым человеком, но из «бывших» наркоманов.

ТЕСТЫ

Инструкция: выбрать один или несколько ответов.

1. Деонтология изучает вопросы:

- а) взаимоотношения медицинского работника и пациента;
- б) взаимоотношения медицинского работника и родственников пациента;
- в) взаимоотношения медицинских работников между собой;
- г) выявления негативного воздействия лекарственных препаратов.

2. Патологические реакции, возникающие у пациента в результате непосредственного взаимодействия с медицинским работником:

- а) эгротогении;
 - б) сороригении;
 - в) ятрогении;
 - г) эгогении.
3. Патологические реакции, возникающие у пациента в результате непосредственного взаимодействия с медицинской сестрой:
- а) эгогении;
 - б) ятрофармакогении;
 - в) сороригении;
 - г) эгротогении.
4. Действия медицинских работников, влекущие за собой отрицательные последствия для пациента:
- а) медицинская ошибка;
 - б) несчастный случай;
 - в) умышленное правонарушение.
5. Оставление в области операционного поля перевязочного материала — это:
- а) сороригения;
 - б) несчастный случай;
 - в) медицинская ошибка;
 - г) правонарушение вследствие халатного отношения к своим обязанностям.
6. Выдача подложного больничного листа — это:
- а) медицинская ошибка;
 - б) правонарушение вследствие небрежного отношения к своим обязанностям;
 - в) умышленное правонарушение.
7. Этический кодекс медицинских сестер России был принят в:
- а) 1993 году;
 - б) 1997 году;
 - в) 2000 году.
8. Патологические реакции, возникающие у пациента в результате взаимодействия с другим пациентом:
- а) эгротогении;
 - б) сороригении;
 - в) ятрогении;
 - г) ятрофизиогении.
9. К несчастному случаю можно отнести:
- а) смерть вследствие непереносимости лекарственного препарата;

б) перфорацию стенки мочевого пузыря молодым врачом при катетеризации;

в) развитие постинъекционного абсцесса.

10. В сферу интересов биоэтики входят следующие вопросы:

а) определение смерти;

б) применение активной и пассивной эвтаназии;

в) пренатальный диагноз и аборт;

г) искусственное оплодотворение;

д) взаимоотношения с ВИЧ-инфицированными.

11. Принцип уважения автономии пациента предполагает:

а) наличие осознанного выбора пациента;

б) сообщение информации, соответствующей действительности;

в) равную возможность обследования на новом диагностическом приборе;

г) сведение к минимуму исходящего от медицинских работников вреда.

12. Принцип справедливости предполагает:

а) автономные действия пациента;

б) равнодоступность медицинской помощи;

в) передачу информации о пациенте третьим лицам после его согласия;

г) получение информированного согласия пациента.

13. Правило конфиденциальности предполагает:

а) применение активной и пассивной эвтаназии;

б) передачу информации о пациенте родственникам только после его согласия;

в) полную открытость при общении с медицинским персоналом;

г) отказ от процедуры.

ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ МЕДСЕСТРЫ С ПАЦИЕНТОМ

Изучив эту тему, вы узнаете:

- понятие «профессиональное общение»;
- важность общения в сестринском деле; специфика различных сторон профессионального общения медицинской сестры с пациентом;
- процессы, влияющие на передачу информации;
- критерии эффективного вербального сообщения;
- важность формирования у медицинской сестры адекватного образа самой себя и пациента;
- мотивы вхождения во взаимодействие;
- социальные роли и статусы медицинской сестры и пациента;
- терапевтические методы общения;
- факторы, способствующие и препятствующие общению.

6.1. ПОНЯТИЕ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ

Сестринское дело как форма деятельности по объекту труда относится к профессиям груп-

пы «человек-человек», по условиям — к работе, связанной с повышенной ответственностью за жизнь и здоровье людей.

Больной, стремясь выздороветь, ждёт помощи, поддержки и заботы. Эти ожидания, свойственные человеку в любой ситуации, более остро проявляются во время болезни. Неудовлетворённость результатами часто проявляется в изменении психического состояния пациента.

Психологическое состояние человека имеет решающее значение в возникновении болезни и обуславливает особенности её течения, определяет развитие и успех лечебных мероприятий.

Нередко тревога и страх главенствуют в клинической картине, поэтому разумнее всего начинать построение отношений с психотерапевтического общения. Под психотерапией будем понимать модель, основанную на первичном значении этого слова, — психологическое воздействие с целью лечения больных или коррекции их поведения, «исцеление души». Условиями её являются «...безоценочное отношение к пациенту и принятие его таким, каков он есть, с состраданием и сочувствием к нему, а также искренностью и честностью поведения». Часто болезнь так доброкачественна, что нет смысла «наваливаться» на больного сильными и не всегда безопасными средствами — выздоровление наступит самостоятельно даже без лекарств, если успокоить и приободрить больного.

Медицинская сестра всегда, осознаёт она или нет, производит на больного определённое впечатление, которое и является основой дальнейшего взаимодействия. В связи с этим медицинская сестра, пренебрегающая психотерапевтическими приёмами, оказывает негативное воздействие на психику своих пациентов, что вредит и больному, и ей.

Терапевтическим средством, наиболее полезным в ежедневной лечебной практике (особенно это актуально для районных больниц), является сам медицинский работник. Другими словами, важны не только таблетки или инъекции, но и слова, мимика, жесты, психологическая обстановка, в которой происходят эти действия.

Многие добросовестные медицинские сестры постоянно совершенствуют свои навыки, регулярно повышают квалификацию на курсах, но в то же время отмечено, что многие из них мало внимания уделяют использованию такого могущественного орудия, как слово, которое постоянно в их распоряжении.

Не надо забывать, что пациенты в большинстве случаев внушаемы. Давно замечено, что **плацебо** («фальшивые» таблетки, букваль-

но — понравлюсь, удовлетворю) эффективно помогают в лечении больных. Конечно, в меньшей степени, но разница с лекарственными средствами не слишком велика. Процент эффективности плацебо колеблется от 50 до 80%...

Медицинские работники занимают такое положение в обществе, что каждый человек ожидает от них психологической помощи и поддержки. В процессе любой деятельности они оказывают сильное влияние на психику, положительное или отрицательное, на пользу или во вред больному. Именно поэтому общение с пациентом является такой же важной стороной профессиональной деятельности, как и владение навыками.

Профессиональное общение медицинской сестры — процесс установления и развития контакта между ней и пациентом, порождаемый потребностями в совместной деятельности, и включающий передачу информации (**коммуникацию**), выработку стратегии взаимодействия (**интеракцию**), восприятие и понимание партнёрами друг друга (**перцепцию**).

Как было отмечено выше, поведение медицинской сестры оказывает влияние на течение болезни и состояние пациента. Следовательно, умение общаться также важно, как и профессиональная деятельность — лечебные и диагностические процедуры, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

Это связано с тем, что коммуникация необходима практически во всех сферах деятельности медицинской сестры. Через общение она определяет, что означает для пациента быть здоровым, насколько он стремится быть таковым и что готов для этого сделать. Оно предвещает собою всю профессиональную деятельность медицинской сестры (инъекции, перевязки, катетеризация, зондирование, гигиенические мероприятия и т.д.) и потом идёт с ней параллельно.

Часть работы медицинской сестры основана только на профессиональном общении. Это мероприятия по обучению больного различным умениям и навыкам, укреплению и поддержанию здоровья, профилактике заболеваний, защите прав пациента.

Организация паллиативной, геронтологической и гериатрической помощи обеспечивается в значительной степени навыками профессионального общения медицинской сестры. Отсутствие их делает её профессионально малопригодной.

6.2. СПЕЦИФИКА КОММУНИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Специфика межличностной коммуникации в рамках профессионального общения медицинской сестры заключается в следующих процессах и феноменах: наличии обратной связи, коммуникативных барьеров; феномене влияния; существовании вербального и невербального уровней передачи информации.

Обратная связь — реакция пациента на информацию, поступающую от медицинской сестры и наоборот. Она помогает понять, как воспринимается предоставляемая информация.

Коммуникативный барьер — психологическое препятствие на пути адекватной передачи информации между партнёрами по общению.

Фонетический барьер возникает, когда медицинская сестра или пациент говорят на разных языках и диалектах, имеют существенные дефекты речи и дикции, изъясняются быстро и невыразительно, либо с большим количеством слов-паразитов.

Смысловой барьер связан с проблемой сленгов — употребляемых определённой группой людей выражений, которые не являются частью общеразговорного языка. Для медицинской сестры употребление понятных и не пугающих пациента терминов является необходимым, так как от этого зависит успешность контакта.

Стилистический барьер может возникать при несоответствии речи ситуации общения, например, при фамильярном поведении, когда медицинская сестра всех людей старше определённого возраста называет «бабуля» или «дедуля»; когда не учитываются психологические особенности различных возрастов и т.д.

Логическое непонимание — барьер возникает в тех случаях, когда логика рассуждения коммуникатора слишком сложна для реципиента, либо кажется неверной (например, «мужская» или «женская» логика). К примеру, медицинской сестре может быть непонятна логика беременной, продолжающей курить.

Социокультурные барьеры — социальные, политические, религиозные и профессиональные различия.

Для возникновения барьера авторитетов может играть значимость коммуникатора в глазах реципиента. Чем выше авторитет, тем меньше преград на пути усвоения информации. Само нежелание прислушиваться к словам того или иного человека часто объясняется его низкой авторитетностью («яйца курицу не учат»).

В процессе общения могут возникать так называемые *барьеры отношений*. Речь идёт о развивающемся или уже имеющемся чувстве не-

приязни или недоверия к человеку, которое распространяется и на передаваемую им информацию: «Что вы слушаете эту Мариванну? Вы забыли, где она работает?».

Феномен коммуникативного влияния проявляется в двух типах воздействия: авторитарном и диалогическом. В первом случае воздействие в процессе передачи информации носит характер манипулирования пациентом, что противоречит принципам и правилам биоэтики, Этическому кодексу медицинской сестры России (приложение Г), Основам законодательства РФ об охране здоровья, но является основным в наших ЛПУ. На наш взгляд, это связано с традиционной моделью взаимоотношений медицинских работников с пациентами в стране. В случае диалогического воздействия медицинская сестра и пациент общаются на равных, с учётом позиций каждого, вырабатывают стратегию совместных действий.

Выше отмечено, что информация передаётся с помощью вербальных и невербальных средств. *Вербально* мы передаём информацию с помощью речи. А. Mehrabian считает, что только 7% информации передается с помощью слов, всё остальное — с помощью невербального языка [26].

Невербальная информация передается с помощью визуального контакта, внешнего вида и взаимного расположения коммуникаторов; жестов, мимики, позы и походки; места и времени общения; прикосновения, запаха; тона, темпа, тембра и громкости голоса; пауз, покашливания, смеха и т.д. Элементы такого поведения сложно воспроизвести по собственному желанию. Специальным образом подготовленная медицинская сестра может использовать поступающую от пациента невербальную информацию в дополнение к основным методам диагностики.

Медицинскому работнику желательно использовать элементы невербального общения, направленные на одобрение и поддержку пациента, и избегать демонстрации отвращения, безразличия, разочарования, недоверия и безысходности. Необходимо стремиться к согласованному взаимодействию всех элементов невербального поведения. В первую очередь социальная роль медицинской сестры требует высокой степени владения мимикой лица, придания ему максимальной стабильности и стандартного выражения — сочувствия и уверенности.

Характеризуя вербальный уровень передачи информации, В. Kozier и G. Erb считают эффективным простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное сообщение, переданное в удачно выбранное время с учётом индивидуальных особенностей пациента [64].

Под простым они понимают краткую, законченную, содержащую понятные слова фразу.

Критерий ясности предполагает, что после получения информации от медицинской сестры пациент сможет однозначно ответить на вопросы «что, как, сколько, где, когда, почему» в отношении осознания его дальнейших действий (будет ли он этому следовать, это другой вопрос). Использование слов «больше», «меньше», «чаще», «реже», «иногда», «мало», «много», «утром», «завтра», «ждите» и других приводит к неоднозначной интерпретации сообщения.

В. Kozier и G. Erb называют критерий «заслуживающий доверия» самым важным для эффективного общения [64] и считают, что доверие пациента к медицинским сёстрам складывается с учётом отношения к ним других работников здравоохранения и пациентов; знаний сестёр обсуждаемого предмета и одновременно понимания ими ограниченности своих знаний и умения признаваться в собственном незнании; соблюдения конфиденциальности отношений. Авторы считают, что сообщение, переданное уверенным и решительным тоном, с определённой долей вероятности вызовет у пациента больше доверия, чем переданное неуверенно. В то же время они предостерегают медицинскую сестру от самонадеянных и авторитарных суждений, противопоставляя этому конструктивный диалог.

Критерии «уместность сообщения», «выбор времени» в русском языке можно объединить в один — «уместность»¹. В российском здравоохранении медицинская сестра «уместна» практически всегда: в ЛПУ пациент находится в состоянии перманентного ожидания врачебного обхода, приглашения «на уколы», на диагностические процедуры, на обед и т.д. Любая деятельность медицинской сестры приоритетна по сравнению с деятельностью больного — он рад, что на него обратили внимание. Чувствуя это, медицинская сестра может перестать ощущать свою неуместность, например, осуществляя подачу судна или мочеприемника, подмывание пациента, постановку клизмы, катетеризацию и другие манипуляции в присутствии соседей по палате или даже посетителей.

Мы же считаем самым важным критерием вербальной формы передачи информации учёт индивидуальных особенностей пациента в целом и их изменений во время пребывания в ЛПУ. Именно он определяет простоту ясность, уместность и степень доверительности отношений для конкретного больного.

¹ Уместный — соответствующий обстановке, сделанный кстати.

6.3. СПЕЦИФИКА ПЕРЦЕПЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Успешное развитие совместной деятельности возможно лишь в том случае, если между её участниками существует взаимопонимание. То, в какой мере медицинская сестра воспринимает и понимает пациента, а через него и себя, во многом определяет процесс общения и уровень отношений, которые складываются между ними, а также способы осуществления их совместной деятельности.

Если медицинская сестра воспринимает пациента как некорректного, грубого, наглого, невоспитанного, циничного, обозлённого, неконтактного, крайне несдержанного, нервного, раздражённого, нервного, надоедливого, нудного, своенравного, неупорядоченного, пессимистически настроенного, деградировавшего, выжившего из ума старика или, наоборот, как приятного в общении, понимающего, доброго, весёлого, вежливого, спокойного, доброжелательного к медицинскому персоналу, выполняющего назначения, соблюдающего диету, дисциплинированного, желающего вылечиться, заботящегося о своем здоровье»¹, то в соответствии со своими стереотипами она будет и видеть, и описывать его именно таким.

Это недопустимо, поскольку индивид начинает своим поведением подтверждать впечатления о себе другого человека. Восприятие пациента как «изначально плохого» может способствовать оправданию медицинской сестрой своей недостаточной добросовестности: «...раз он сам лечиться не хочет, да ещё курит и ест много, то и от моей помощи толку никакого...», что в дальнейшем создаёт представление о собственной деятельности как бесполезной, унижительной, временной.

Механизм, обеспечивающий работу этого стереотипа, заложен в самом процессе восприятия и взаимопонимания сестры и пациента: медицинская сестра на основе своих представлений формирует собственную стратегию поведения по отношению к больному и реализует её. Пациент, строя собственное поведение, может отталкиваться от этой стратегии, а, следовательно, и от субъективного мнения о нём. Если медицинская сестра обладает авторитетом, то больной будет стараться вписаться в ту модель поведения, которую ему навязали. «Пророчество», субъективная оценка, сделанная наблюдателем, начнёт действовать.

¹ Эти наборы характеристик пациентов получены нами в результате опроса сестёр ЛПУ одного из районов Московской области.

Можно предположить, что сестринская профессия в целом относится к рискованной с точки зрения стереотипизации представлений медицинского работника о пациентах, о самом себе, о своей деятельности. Поэтому важно, с одной стороны, целенаправленно формировать адекватный, отвечающий действительности образ пациента во время психологической подготовки медицинской сестры в учебном заведении, с другой стороны, своевременно корректировать уже сложившийся, но искажённый. Медицинская сестра должна быть готовой к восприятию новой неожиданной ею информации о пациенте и, возможно, о себе, и готовой к изменению своих представлений.

6.4. СПЕЦИФИКА ИНТЕРАКЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Интерактивное общение предусматривает взаимодействие людей, приспособление человека к человеку в совместной работе, учёбе, на отдыхе. Это деятельность, направленная на реализацию общих для некоторой группы целей, взаимное влияние друг на друга контактирующих между собой людей.

В различных исследованиях выявлены основные мотивы, с которыми человек вступает во взаимодействие с другими людьми.

- Мотив максимизации общего выигрыша (мотив сотрудничества). Сотрудничество — одна из основных форм межличностного взаимодействия, характеризующаяся объединением усилий участников для достижения совместной цели.
- Мотив максимизации собственного выигрыша (индивидуализм).
- Мотив максимизации выигрыша другого (альтруизм).
- Мотив минимизации выигрыша другого (агрессия).
- Мотив минимизации различий в выигрышах (равенство).

В рамках субъект-субъектной модели отношений, в которой медицинская сестра и пациент являются познающими и активно действующими субъектами, обладающими сознанием и волей индивидами, наиболее продуктивна установка на сотрудничество. Оба стремятся к достижению оптимального уровня здоровья больного. При этом медицинская сестра обеспечивает условия для осознанного выполнения пациентом профилактических и лечебных мер. Естественно, за исключением крайних случаев, когда, например, больной находится в бессознательном состоянии.

На взаимодействие также оказывают влияние социальные статусы и роли медицинской сестры и пациента. Под социальным статусом медицинской сестры мы понимаем её положение в социальной иерархии нашего общества. Огромный дефицит кадров, низкая заработная плата говорят о низком социальном статусе и престиже профессии. Как мы отмечали выше, установленный ещё в 1927 г. профессиональный и социальный статус медицинских сестёр сохраняется в российском здравоохранении и поныне.

Социального расслоения пациентов не должно быть, но реально оно существует и зависит от статуса индивида до его обращения за помощью в ЛПУ. Это положение не должно влиять на очерёдность оказания медицинской помощи и её уровень. Его следует учитывать при вербальном и невербальном общении.

Социальные роли медицинской сестры и пациента — это их модели поведения, включающие права и обязанности работника ЛПУ. Права и обязанности медицинской сестры определены Этическим кодексом медицинской сестры России (приложение Г) и приказом Минздрава РФ № 249 от 19.08.1997 г. «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». И, если с этими документами будущую медицинскую сестру так или иначе познакомят в процессе обучения, то о правах пациента (ст. 30–34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), скорее всего, она впервые может задуматься, став пациенткой сама.

Мы считаем, что в процессе оказания помощи в соответствии с философией сестринского дела и Отраслевой программой развития сестринского дела медицинской сестре предписана роль специалиста по оказанию соматической, психической, социальной помощи пациенту. Функция больного — активно сотрудничающий с медицинской сестрой пациент.

В некоторых ситуациях, например при проведении интимных процедур, особенно важно, чтобы человек воспринимал себя именно в роли пациента, а медицинскую сестру — в роли специалиста здравоохранения, а не молоденькой девушки.

ВЫВОДЫ

- Профессиональное общение с пациентом является такой же важной стороной деятельности медицинской сестры, как и владение манипулятивными навыками.
- Профессиональное общение медицинской сестры — процесс установления и развития контактов между ней и пациентом,

порождаемый потребностями в совместной деятельности, и включающий в себя передачу информации (коммуникацию), выработку стратегии взаимодействия (интеракцию), восприятие и понимание партнёрами друг друга (перцепцию). В результате выделены три стороны общения: коммуникативная, интерактивная и перцептивная.

- Специфика межличностной коммуникации состоит в наличии процесса обратной связи, коммуникативных барьеров, коммуникативного влияния, различных уровней передачи информации (вербального и невербального).
- В процессе общения медицинской сестры с пациентом могут возникать барьеры логического непонимания, социокультурного различия, авторитетов, отношений, а также фонетический, смысловой и стилистический, которые будут препятствовать эффективному контакту.
- Медицинской сестре желательно использовать позитивные элементы невербального общения и избегать демонстрации отрицательного отношения к собеседнику.
- Вербальное сообщение медицинской сестры будет эффективным, если оно простое, ясное, заслуживающее доверия, уместное, переданное с учётом индивидуальных особенностей пациента.
- Медицинской сестре очень важно формировать адекватный образ пациента и быть открытой восприятию новой неожиданной ею информации о пациенте и о себе, и готовой к изменению своих представлений.
- Основные мотивы, с которыми человек вступает во взаимодействие с другими людьми — это мотивы сотрудничества, индивидуализма, альтруизма, агрессии и равенства. В процессе общения медицинской сестры с пациентом наиболее приемлема установка на сотрудничество. В работе ей предписана роль специалиста по оказанию соматической, психической, социальной помощи пациенту, а больному — активно сотрудничающий с медицинской сестрой пациент.
- Отсутствие у медицинской сестры знаний, умений и навыков профессионального общения делает её профессионально малоприспособленной.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. В чем специфика межличностной коммуникации при общении медицинской сестры и пациента?
2. Какие существуют виды коммуникативных барьеров?
3. Какой из критериев эффективного вербального сообщения Вам кажется наиболее важным и почему?
4. Из каких компонентов складывается доверие пациентов к медицинским сёстрам?
5. Каким образом представление о пациенте влияет на восприятие медицинской сестрой собственной деятельности?
6. Какие роли и социальные статусы занимают в нашем обществе медицинская сестра и пациент?

ЗАДАНИЯ

Заполните пробелы:

1. Процесс восприятия лежит в основе _____ стороны общения.
2. _____ — это информация, содержащая реакцию медицинской сестры на поведение пациента.
3. Фальшивые таблетки, или _____, также помогают лечить больных.
4. Использование в речи слов-паразитов может привести к возникновению _____ барьера.
5. Условием эффективной психотерапии является _____ отношение к пациенту и принятие его таким, каков он есть.
6. Передача информации с помощью устной или письменной речи — основа _____ уровня передачи информации.
7. Коммуникативный барьер — это психологическое _____ на пути адекватной передачи информации между партнёрами по общению.
8. Во взаимодействии медицинской сестры и пациента наиболее продуктивна установка на _____.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. Коммуникативная сторона общения — организация взаимодействия между общающимися индивидами.
2. Основная часть информация передается с помощью вербальных средств языка.
3. Жесты, мимика, походка, поза и прикосновения относятся к невербальным средствам передачи информации.

4. Критерий ясности сообщения предполагает его краткость и законченность.
5. Профессия медицинской сестры в нашем обществе непрестижна.
6. Медицинской сестре следует стучать в дверь палаты, иначе она может быть неуместной.
7. Если медицинская сестра считает пациентов старческого возраста никому не нужными, то она всегда найдет в их поведении подтверждение этому.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Продолжите предложения:
 - а) Мне легко общаться...
 - б) Мне тяжело общаться...
 - в) Мне помогает общаться...
 - г) Мне мешает общаться...
 - д) Я никогда не общаюсь...
 - е) Общению научиться...
 - ж) С лицами своего пола...
 - з) Я люблю общаться...
 - и) С преподавателем общаться...
 - к) С пациентом общаться...
2. Проанализируйте, какое умение для сестринского персонала более важное — умение общаться или умение выполнять манипуляции?
3. Приведите примеры поведения пациента, которые медицинской сестре могут представляться нелогичными.
4. Приведите примеры вербальных и невербальных средств, с помощью которых медицинская сестра и пациент передают информацию.
5. Какой барьер помешал матери прислушаться к словам сына в следующей ситуации:
 Сын: «Зачем вчера при Тане ты начала говорить, что я — глупенький, да ещё и размазня?»
 Мать: «Яйца курицу не учат!».
6. Какой барьер может помешать фельдшеру понять говорящего:
 Молодой человек: «Док, не врубаешься, что ли?... Да, я давно соскочил... Мы тут, короче, сидели, базарили, и Винт с Кетаминшей решили приколнуться и сдать меня красным... А попали в скорую...».

7. Приведите примеры неуместного поведения студента, преподавателя, медицинской сестры, пациента, родителей и т.д.

8. Медицинские работники часто говорят пациентам: «Вам следует больше пить...», «Необходимо чаще употреблять витамины...», «Следует хотя бы иногда проходить профосмотры...», «Позвоните доктору завтра» и др. Можно продолжить эту последовательность. Как бы вы с учётом полученных знаний передали предложенную в примерах информацию, чтобы она была эффективна?

9. Проведите опрос медицинских сестёр вашей клинической базы с целью выявления употребления ими в своей работе профессионального сленга. Составьте словарик часто используемых слов и выражений. Подумайте, в каких ситуациях и для чего можно использовать эти выражения.

10. Подумайте, как медицинская сестра может обращаться:

- а) к пациенту вашего возраста;
- б) к пациенту возраста ваших родителей;
- в) к пациенту возраста ваших бабушек и дедушек.

Выбрать один ответ:

1. Передача информации может осуществляться с помощью:

- а) запаха;
- б) паузы;
- в) позы;
- г) прикосновения;
- д) все ответы верны.

2. Обратная связь — это:

- а) психологическая защита;
- б) помощь в понимании того, как человека воспринимают другие;
- в) реакция реципиента;
- г) информация для размышления;
- д) все ответы верны.

3. Барьеры социокультурного различия возникают по причине:

- а) логического непонимания;
- б) религиозных предпочтений;
- в) наличия в речи звуков-паразитов;
- г) быстрой невыразительной речи;
- д) нарушений дикции.

4. Перцептивная сторона общения рассматривает:

- а) невербальные способы кодирования информации;
- б) коммуникативные барьеры;
- в) пути выхода из конфликтов;

- г) познание себя и партнеров по общению.
- 5. Авторитарное воздействие предполагает:
 - а) общение на равных;
 - б) учет позиций каждого;
 - в) манипулирование одним человеком другим;
 - г) выработку стратегии совместных действий.
- 6. В отношениях медсестры и пациента наиболее продуктивен мотив:
 - а) альтруизма;
 - б) индивидуализма;
 - в) сотрудничества;
 - г) равенства.
- 7. Социальный статус медсестры:
 - а) положение медсестры в социальной иерархии общества;
 - б) модель поведения медсестры;
 - в) права медсестры;
 - г) обязанности медсестры.
- 8. Вербальная информация передается с помощью:
 - а) жестов;
 - б) внешнего вида;
 - в) письма;
 - г) взаимного расположения партнеров.

ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Изучив эту тему, вы узнаете:

- задачи обучения в сестринском деле;
- сферы и способы обучения;
- цели обучения;
- факторы, способствующие и препятствующие обучению;
- приёмы и методы обучения.

7.1. ОСНОВЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ТРУДА МЕДСЕСТРЫ

Одной из функций медицинских сестёр, по определению ВОЗ, является обучение. Оно включает в себя обеспечение пациента информацией с целью достижения здоровья, санитарное просвещение, оценку результатов просветительских программ, оказание помощи коллегам в приобретении новых знаний и навыков. Это целенаправленный процесс взаимодействия медицинской сестры с обучаемым, в ходе которого последние овладевают определёнными теоретическими и практическими знаниями, умениями и навыками.

В роли обучаемых могут быть:

- Пациент и его родственники. Важно научить больного и его окружение удовлетворять частично или полностью потребности первого.

- Коллеги, особенно при наличии подчинённых. Медицинская сестра оказывает помощь в работе, организует контроль знаний и умений, мотивирует на личностное и профессиональное саморазвитие.
- Студенты и школьники. Медицинская сестра должна помнить, что оказывает воздействие на практикантов, даже не вступая с ними в непосредственный контакт. Своим поведением она формирует у студентов представление о будущей профессии.
- Родственники, друзья, знакомые и соседи. Они всегда стремятся получить информацию о проблемах, связанных со здоровьем. Кроме того, поведение медицинской сестры способствует формированию у них определённого отношения к собственному здоровью и образу жизни.

Выделяют следующие составляющие педагогического¹ труда медицинской сестры:

- Информационная. Медицинская сестра сообщает о правах и обязанностях пациента, методах лечения, распорядке дня в отделении, назначаемых процедурах и подготовке к ним, правилах приёма лекарственных препаратов, новых дезинфекантах и т.д.
- Мотивационная. Медицинская сестра мотивирует пациента к выздоровлению, коллег — к профессиональному росту и т.д.
- Воспитательная. Медицинская сестра развивает у людей чувство ответственности за своё здоровье, при необходимости помогает пересмотреть образ жизни. Перед проведением этой работы медицинская сестра должна критически оценить собственное поведение. Соответствует ли её внешний вид и образ жизни предлагаемым ею рекомендациям?
- Операционная. Медицинская сестра обучает различным манипуляциям. Например:
 - пациента и/или его родственников — введению инсулина, измерению артериального давления, эксплуатации ингалятора, дыхательной гимнастике, профилактике пролежней, запоров, бессонницы и т.д.;
 - студентов — разведению антибиотиков и обеспечению санитарно-противоэпидемического режима и т.д.;

¹ Уместнее здесь использовать понятие «педоандрагогический» (от греч. *Andros* — взрослый мужчина), т.к. медицинская сестра чаще обучает взрослых.

- школьников — правилам переворачивания пациента и обработки кожных покровов и т.д.;
- медицинских сестёр — новым методикам, обеспечивающим безопасность на рабочем месте и т.д.;
- старших сестёр — процедуре учёта наркотических и сильнодействующих препаратов и т.д.

Таким образом, педагогическая работа медицинской сестры — это информирование обучаемых; мотивация их к личностному росту; воспитание ответственности за своё здоровье; усвоение ими практических навыков. Таков в общих чертах труд медицинской сестры, который в совокупности со всеми другими его разновидностями (управленческая и исследовательская) формирует у населения отношение к здоровью, к медицине в целом и к медицинским работникам в частности.

7.2. СФЕРЫ, МЕТОДЫ, СПОСОБЫ И ПРИЁМЫ ОБУЧЕНИЯ

Личность обучаемого как совокупность познавательной (когнитивной), мотивационной, эмоциональной, волевой и поведенческой сторон позволяет выделить различные *сферы обучения*. Познавательная сфера предполагает воздействие на когнитивные процессы обучаемого (ощущение, восприятие, представление, память, воображение, мышление, речь, внимание) с целью их улучшения. Эмоциональная — на чувства и волю с целью изменения отношения к себе, другим, миру; мотивационная и волевая — на способность принимать решения и выполнять их; а поведенческая — на умения, навыки и паттерны поведения.

Метод — способ достижения какой-либо цели, решения конкретной задачи. В данном случае — способ обучения пациента, его родственников, сестринского персонала и др. Существует много классификаций методов. Например, по обстановке и вовлечённости сторон выделяют лекцию, беседу, рассказ, инструктаж, демонстрацию, упражнения, решение задач, обсуждение в малых группах, самостоятельную работу с литературой (книгами, журналами, брошюрами, памятками и инструкциями).

По источнику информации методы разделяют на вербальные, наглядные (демонстрация плакатов, схем, таблиц, диаграмм, моделей, кино- и телепрограмм) и практические (задания на отработку манипуляций, тренинги, игры, анализ и решение конфликтных ситуаций).

Средства обучения — материалы, с помощью которых преподаватель проводит педагогическую работу. Это учебные и наглядные пособия, оборудование (телевизор, магнитофон, компьютер, проектор и др.), медицинский инструментарий (тонометры, инсулиновые шприцы, ингаляторы и др.).

Среди *способов* (или *форм*) *обучения* выделяют индивидуальный, индивидуально-групповой, групповой и коллективный. Групповой способ обучения — основной в наших образовательных школах. Коллективный отличается тем, что обучаемые взаимодействуют друг с другом. Усвоив определённые темы, обучаемые объясняют их другим членам группы и, в свою очередь, выслушивают их объяснения и таким образом усваивают новый материал.

Приём обучения — составная часть метода обучения. Это персональный вид работы с информацией как преподавателя, так и обучаемого при заданных условиях деятельности. Педагог может читать лекцию, используя для иллюстраций доску, сидеть за столом или ходить по аудитории; может смотреть видеофильм вместе с обучаемыми, сопровождая его комментариями, или заранее составить список вопросов, на которые должны будут ответить ученики после просмотра.

Обучаемые также используют разные приёмы. Одним достаточно прочитать инструкцию, другим необходимо прочитать и повторить вслух, третьим — просто выслушать, а четвёртым — обязательно попробовать проделать всё на практике.

Для эффективного использования доски в процессе обучения рекомендуются следующие приёмы:

- Объясните устно прежде чем писать.
- Используйте ключевые слова и простые схемы.
- Размещайте понятия на доске во взаимосвязи (по одной горизонтали или вертикали, по кругу, в иерархическом порядке и т.д.).
- Сотрите старые надписи прежде чем написать новые.
- Размещайте больше информации в верхней части доски.

Для повышения эффективности обучения людей пожилого и старческого возраста рекомендуют использовать медленный темп речи и низкий тон голоса, частое повторение информации, демонстрировать печатный материал более крупным шрифтом, снижать количество отвлекающих факторов, предоставлять новую информацию на базе уже имеющейся, выбирать достижимые краткосрочные цели.

Среда обучения — важный аспект учебного процесса. Необходимо удостовериться в том, что имеются удобные и адекватные помещения.

Вряд ли захочется учиться в неблагоприятных условиях! Окружающая среда включает не только физические составляющие (освещение, температура, шум, оснащённость оборудованием и материалами), но и психологические. Поскольку в роли обучаемых у медицинской сестры чаще выступают взрослые, она должна постараться сделать всё возможное, чтобы они чувствовали себя легко и в безопасности, т.е. понимали, что никто не собирается наносить удары по их самооценке. Их следует поощрять к участию во всех мероприятиях, просить выражать свои идеи и мнения, относящиеся к обсуждаемым проблемам.

7.3. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

По определению ВОЗ, терапевтическое обучение пациентов — это комплекс мероприятий, призванных помочь пациенту управлять своим лечением, предотвращать или отсрочивать развитие возможных осложнений. Такие действия дают дополнительный терапевтический эффект наряду с фармако-, физио- и психотерапией. Обучение пациентов с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, артериальной гипертензией, колостомой приводит к улучшению качества их жизни, позволяет снизить расходы как медицинских учреждений, так и самого больного.

Опыт, накопленный к настоящему времени в терапии диабета, убедительно свидетельствует, что обучение больных приводит к существенному снижению количества острых осложнений, обеспечивает стойкий контроль основных параметров состояния здоровья, уменьшает частоту развития поздних осложнений и связанного с ним перехода на инвалидность.

Следует подчеркнуть, что терапевтическое обучение не имеет ничего общего с санитарно-просветительской работой в виде лекций для населения и бесед врача с пациентом о необходимости выполнения отдельных рекомендаций и проведения постоянной поддерживающей терапии. Обучение является принципиально иным способом воздействия на пациента в целом. Его проводят не для того, чтобы информировать больного об особенностях его заболевания и подходах к лечению, а для того, чтобы получить конечный результат у большинства обученных. Например, у пациентов с артериальной

гипертонией (АГ) — это уровень артериального давления стабильно ниже 140/90 мм рт.ст.

Терапевтическое обучение влияет также на различные стороны личности пациента. Формирование мотивации и новых психологических установок позволяет взять на себя большую часть ответственности за грамотное, самостоятельное лечение своего заболевания, что является одной из основных целей обучения больных. Следовательно, направленность педагогического процесса должна быть строго практической, отвечающей принципу «разумной достаточности». Не следует углубляться в детали биохимии и патогенеза, использовать медицинскую терминологию; их затрагивают лишь по мере необходимости. Информационная перегруженность обучения выключает внимание больных и формирует негативное к нему отношение. По этой причине важно планирование, соблюдение и, если нужно, корректировка педагогической методики.

Обучение пациентов, как мы подчёркивали выше, не имеет ничего общего с простым чтением лекций, когда специалист не получает прямой информации о том, достигают ли слушатели целей обучения. Занятия с больным должны иметь форму беседы. Чтобы вовлечь пациентов в активное взаимодействие, обучающий персонал должен найти к каждому из них свой подход.

Не менее важна для обучения обратная связь — реакция обучающего на вопросы и ответы больных. Они должны всякий раз чётко понимать, являются ли их ответы правильными, наполовину правильными или совсем неверными, причем педагог не просто констатирует это («да» или «нет»), но и объясняет, почему ответ верен или неверен, а также включает элементы похвалы и одобрения (положительная обратная связь) или коррекцию неправильных ответов (отрицательная обратная связь). Во время занятий ведут непрерывный контроль усвоения материала и достижения целей обучения, проводят практические навыки.

Эффективность будет удовлетворительной только в том случае, если обучение согласно систематизированному плану продлится в общей сложности не менее 10–20 ч и будет происходить в специально организованных школах.

Основные критерии качества обучения:

- формулировка чёткой программы;
- наличие специально обученного медицинского персонала, владеющего этой программой;

- выбор адекватной формы обучения. Основные формы обучения — групповая (группы не более 6–8 человек, что значительно эффективнее индивидуального обучения при работе со взрослыми больными) и индивидуальная;
- контроль эффективности обучения;
- оснащение учебного класса (доска, мебель, наглядные пособия).

7.4. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС КАК ОСНОВА ОБУЧЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Согласно современным теоретическим представлениям, основой структуры профессиональной деятельности медицинской сестры по организации ухода за пациентом является сестринский процесс, включающий 5 этапов (главы 10–15).

Поскольку он имеет достаточно универсальный алгоритм осуществления, его использование можно расширить и на педагогическую, и на андрагогическую сферы деятельности медицинской сестры. Тогда её работу по обучению можно рассматривать как последовательность определенных этапов:

- анализ проблемной ситуации, направленный на оценку исходного уровня знаний и умений;
- формулировка существующей (например, дефицит знаний и умений) или потенциальной (риск ухудшения состояния здоровья, связанный с недостаточным уровнем знаний и умений) проблем;
- постановка целей и планирование деятельности;
- осуществление плана, т.е. обучение, направленное на передачу знаний и формирование умений и навыков;
- оценка результата, т.е. способности следовать новому поведению.

На первом этапе сестринского процесса медицинская сестра-преподаватель собирает информацию об обучаемом (обучаемых), выявляет уровень имеющихся знаний и умений или их неадекватность, наличие желания приобрести необходимые навыки. Например, она может выяснить, что пациент неправильно измеряет АД, либо нарушает правила введения инсулина; имеется дефицит знаний и умений по уходу за новорожденным у молодых родителей или за тяжелобольным с целью профилактики пролежней у родственников и др. Старшая медицинская сестра может обнаружить незнание приказа

по утилизации отходов процедурной и перевязочной медицинскими сёстрами или несоблюдение правил оформления документации постовыми медицинскими сёстрами.

На втором этапе формулируют сестринский диагноз. Например:

- дефицит знаний и умений по измерению АД;
- отсутствие знаний о правилах поведения при сахарном диабете;
- дефицит навыков по уходу за ногами при сахарном диабете;
- риск ухудшения состояния здоровья, связанный с несоблюдением правил приёма лекарственных средств;
- отсутствие информации о новых приказах по профилактике внутрибольничной инфекции у медицинских сестёр и др.

На третьем этапе формулируют цели обучения, которые предполагают усвоение полученных знаний и приобретенных навыков. При планировании сестринского процесса цели должны быть конкретными, реальными, согласованными с обучаемыми. Например:

- навыки ухода за новорожденным, которые должны продемонстрировать родители к моменту выписки из больницы;
- знания об утилизации отходов, которые должна продемонстрировать медицинская сестра процедурного кабинета через неделю, к 31 октября;
- понимание важности соблюдения правил приёма лекарственных средств, которое пациент должен выразить к завтрашнему дню; демонстрация умений правильного самостоятельного приёма препаратов через неделю, к 17 мая.

После определения цели медицинская сестра приступает к планированию обучения. Здесь необходимо учитывать пол, возраст, профессию, образование, наличие мотивации, а также имеющиеся нарушения зрения, слуха, наличие навыков самоконтроля. Напоминаем, что план должен быть согласован с обучаемыми. Приводим пример планирования обучения в случае риска ухудшения состояния здоровья, связанный с несоблюдением правил приёма лекарственных средств на фоне забывчивости.

- 10 мая, 11.00 — беседа с пациентом о важности соблюдения правил приёма лекарственных средств. Необходимо обратить особое внимание на риск ухудшения состояния при халатном отношении, возможность возникновения в связи с этим проблем в семье и на работе, которые гораздо сложнее будет устранить. Во время беседы нужно удостовериться, что пациент может читать названия лекарственных средств на упаковках.

- 11 мая, 11.00 — беседа с пациентом о правилах приёма его собственных лекарственных средств (доза, кратность, время приёма, способ, возможные побочные действия) и их действии на организм. Необходимо обеспечить больного краткими инструкциями к препаратам, завести с ним дневник-памятку для контроля приёма лекарств или сделать отметки-напоминания в программе телепередач на неделю.
- 12–16 мая — беседы о важности регулярного приёма лекарственных средств и его личной ответственности за эти действия, контроль записей в дневнике при посещении пациента.
- 17 мая — контроль физического (измерение пульса, давления, частоты дыхательных движений) и психического состояния пациента, записей в дневнике и отметок-напоминаний о приёме лекарственных средств в телепрограмме на следующую неделю.

На четвертом этапе медицинская сестра совместно с обучаемыми выполняет намеченный план и *на пятом* оценивает результат. Если он не достигнут, необходимо собрать уточняющую информацию, пересмотреть диагноз, план, цели и критерии их достижения. В любом случае следует одобрить попытки пациента, направленные на изменение стереотипов его поведения и мотивировать к новым действиям.

Выводы

- Обучение — целенаправленный процесс взаимодействия сестринского персонала с обучаемыми, в ходе которого последние получают определенные теоретические знания, овладевают практическими навыками.
- В роли обучаемых могут выступать пациент, его родственники и близкие; коллеги; студенты и школьники; родственники, друзья, знакомые, соседи самой медицинской сестры.
- Основные задачи обучения в сестринском деле — информирование обучаемых; воспитание ответственности за своё здоровье; формирование мотивации к личностным изменениям; усвоение практических навыков.
- В процессе обучения воздействуют на познавательную, эмоциональную, мотивационную, волевую и поведенческую стороны человека.
- Обучение строят на основе одного или нескольких методов с помощью различных средств, способов и приёмов. Сочетание

нескольких методов повышает внимание и вовлечённость в процесс обучаемых.

- Терапевтическое обучение пациентов даёт дополнительный лечебный эффект наряду с фармако-, физио- и психотерапией. Необходимо поставить правильную цель и избрать педагогическую тактику на основе уже имеющихся у пациентов знаний. Продолжительность обучения должна составлять не менее 10–20 ч.
- Необходимо учитывать пол, возраст, профессию, образование обучаемого, наличие у него мотивации, навыков самоконтроля, имеющихся нарушений зрения и слуха.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Чему медицинская сестра может обучить пациента?
2. В чём заключается воспитательная функция медицинской сестры?
3. Какие методы обучения может использовать медицинская сестра в своей деятельности?
4. Какие средства обучения помогают освоить материал?
5. Чем коллективный способ обучения отличается от группового?
6. Какие приёмы помогают при обучении людей пожилого возраста?
7. При лечении каких заболеваний накоплен положительный опыт по терапевтическому обучению?
8. Чем терапевтическое обучение отличается от санитарно-просветительской работы?
9. Что такое принцип «разумной достаточности»?
10. Каким образом элементы сестринского процесса можно использовать при обучении пациента?
11. Какие факторы необходимо учитывать при планировании обучения?

ЗАДАНИЯ

Заполните пробелы:

1. При обучении взрослых пациентов более эффективна _____ форма работы.
2. Цель терапевтического лечения при артериальной гипертензии — стабильный уровень артериального давления ниже _____ мм рт.ст.

3. Для повышения эффективности обучения людей пожилого возраста рекомендуют использовать _____ тон голоса.
4. _____ — это способ достижения целей обучения пациента.
5. Рекомендуют размещать больше информации в _____ части доски.
6. Заключение «дефицит знаний и умений по уходу за ногами при сахарном диабете» формулируют на _____ этапе сестринского процесса.
7. Цели обучения должны быть конкретными, реальными и _____ с обучаемыми.
8. Терапевтическое обучение должно длиться в общей сложности не менее _____ часов.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. Терапевтическое обучение и санитарно-просветительская работа — это одно и то же.
2. Пациент должен взять на себя большую часть ответственности за грамотное, самостоятельное лечение своего заболевания.
3. Рекомендуют набирать в группу обучения 12–14 человек.
4. Педагогика — наука об обучении детей и взрослых.
5. Цель обучения может быть не достигнута.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Вспомните, как вы готовились к контрольной работе, зачёту или экзамену. Какие приёмы работы с информацией вы использовали?
2. Составьте цели и план обучения по следующим заключениям:
 - а) риск ухудшения здоровья на фоне повышенного питания;
 - б) недостаток знаний о сестринском процессе у студента-практиканта;
 - в) дефицит информации у родственников о распорядке дня в отделении и правилах посещения тяжелобольных.

Выбрать один ответ:

1. Терапевтическое обучение пациентов направлено на:
 - а) снижение осложнений заболевания;
 - б) обучение управлению своим лечением;
 - в) улучшение качества жизни пациентов;
 - г) все ответы верны.
2. Основная цель терапевтического обучения пациентов:
 - а) информация об особенностях заболевания и подходах к лечению;

- б) принятие на себя ответственности за лечение;
 - в) изучение патогенеза заболевания;
 - г) контроль эффективности обучения.
3. На третьем этапе сестринского процесса медсестра:
- а) собирает информацию об обучающихся;
 - б) учитывает пол, возраст, образование для планирования обучения;
 - в) проводит тестовый контроль сформированных знаний.
4. Принцип «разумной достаточности» при обучении в первую очередь предполагает:
- а) использование при обучении пациентов медицинской терминологии;
 - б) изучение этиологии и патогенеза заболевания;
 - в) практическую направленность процесса обучения;
 - г) формирование установки на запрет самостоятельного лечения.

РАЗДЕЛ 2

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Прочитав эту главу, вы узнаете:

- о понятии «потребность»;
- основных теориях и классификациях потребностей.

Понятия и термины:

- потребность;
- пирамида А. Маслоу;
- самоактуализация;
- основные жизненно важные потребности.

В предыдущих главах мы не раз упоминали о том, что «развитие заболевания вызывает нарушение удовлетворения потребностей пациента», «уход за пациентом осуществляется в соответствии с его индивидуальными потребностями» и т.п. Что же такое потребность? Это состояние нужды организма в том, что составляет необходимое условие его нормального функционирования.

В мировой психологической науке существует несколько различных теорий потребностей: например, теории потребностей Г. Мюррея (H. Murray), 1938 г., и Д. Мак-Клелланда (D. McClelland), 1961 г.; теория иерархии потребностей А. Маслоу (A. Maslow), 1954 г.; двухфакторная теория мотивации Ф. Герцберга (F. Herzberg), 1959 г.; теория ожиданий В. Врума (V. Vroom), 1964 г.; ERG-теория К. Альдерфера (C. Alderfer), 1967 г.

Г. Мюррей одним из первых приступил к исследованию личностной мотивации. Он выделил четыре основные потребности личности: в достижении, в доминировании, в самостоятельности, в принятии другими.

8.1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕОРИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ А. МАСЛОУ

Американский психолог Абрахам Маслоу (1908—1970) считал, что в отличие от животных человек не стремится к равновесию со средой, а пытается взорвать это равновесие, так как оно является смертельным для личности. Изучив жизнь и деятельность лучших представителей человечества (А. Линкольна, А. Эйнштейна, Б. Спинозы, В. Джеймса и др.), он пришел к выводу о существовании определённой иерархии потребностей человека.

Существующие в мире потребности А. Маслоу первоначально разделил на пять базовых групп и расположил по возрастающей на разных уровнях в порядке их появления в процессе индивидуального развития личности.

Согласно концепции А. Маслоу, человек по мере взросления поднимается по «ступеням потребностей»: от низших (физиологических) до высших (духовных). В работе «Мотивация и личность» (1954) американский психолог выделил два вида потребностей: дефицита и развития.

Потребности дефицита:

- физиологические потребности (в дыхании, пище, питье, выведении продуктов жизнедеятельности из организма и т.п.);
- потребности, позволяющие защититься от природной стихии, болезни, жизненных неудач; потребности в сне и отдыхе; в поддержании здоровья, чистоты и т.п.;
- потребности в принадлежности и любви (принадлежности к общности, в пребывании рядом с людьми, общении с ними);
- потребности в уважении и почитании (признании среди себе подобных, достижении успеха и одобрения).

Потребности развития:

- потребность в самоактуализации (реализации целей, способностей; развитии личности через работу, учёбу, игру).

Позднее А. Маслоу добавил ещё две группы потребностей, располагающихся под уровнем потребностей в самоактуализации:

- познавательные потребности (в знании, умении, понимании, исследовании);
- эстетические потребности (в гармонии, красоте, порядке); и ещё одну над уровнем самоактуализации:
- потребность помогать другим людям в реализации их потенциала.

Таким образом пирамида А. Маслоу стала 8-уровневой.

Однако главное в теории А. Маслоу всё же заключается не в делении потребностей на группы, а в динамике их удовлетворения. Потребности каждого последующего уровня становятся актуальными, т.е. требующими удовлетворения, лишь после того как удовлетворены потребности предыдущего. Голод движет человеком до тех пор, пока человек не наелся. В состоянии сытости вступают в действие в качестве мотивов поведения уже другие потребности.

В то же время и критики, и последователи А. Маслоу доказывали, что очень часто потребности в самоактуализации или самоуважении будут доминирующими, определяющими поведение человека несмотря на то, что его физиологические потребности не удовлетворены.

8.2. ОБЩЕСТВО И САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

А. Маслоу считал, что каждый человек рождается с определённым набором качеств и способностей, которые составляют сущность его «я», и которые ему необходимо осознать и проявить в жизни и деятельности. Однако это стремление к самоактуализации нередко наталкивается на различные трудности и препятствия, непонимание окружающих, на собственные слабости и неуверенность. Многие люди отступают перед трудностями, отказываясь от желания проявить себя, самоактуализироваться. Такое поведение останавливает рост личности, приводит к неврозам. Исследования А. Маслоу показали, что невротики — это чаще всего люди с неразвитой или неосознанной потребностью в самоактуализации.

Какую роль играет общество в самоактуализации личности? С одной стороны, оно даёт человеку возможность проявить себя, так как это осуществимо только среди людей. С другой стороны, общество препятствует стремлению человека к самоактуализации, пытается лишить личность её сути, индивидуальности, так как задача общества — сделать человека своим шаблонным представителем.

Чтобы человек мог самоактуализироваться, он должен научиться понимать себя и свою внутреннюю природу, настраиваться на результат в соответствии с ней, направлять поведение, исходя из неё. Самоактуализация — не одномоментный акт, а непрерывный процесс, образ жизни.

8.3. ОСНОВНЫЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Авторы теорий, касающихся основных жизненно важных потребностей человека, расходятся во мнениях относительно их количества. У В. Хендерсон, например, их четырнадцать: потребность в кислороде, еде и питье, выведении из организма продуктов жизнедеятельности, движении и поддержании осанки (позы), во сне и отдыхе, одевании и раздевании, поддержании температуры тела, чистоты, избегании опасности, в общении, отправлении культа, работе (занятии чем-нибудь), развлечении (игре), учении (узнавании чего-либо нового). Связи теории В. Хендерсон с теорией потребностей А. Маслоу посвящена глава 4 этой книги.

В. Kozier и G. Erb перечисляют 13 основных потребностей: восемь физиологических (в кислороде, жидкости, пище, температуре, выведении из организма продуктов жизнедеятельности, жилище, отдыхе, сексе), а также потребности в физической безопасности, в психологической безопасности, в принадлежности и любви, уважении и самоуважении, самоактуализации.

Мы полагаем, что на современном этапе развития сестринского дела в России возможно использование потребностного подхода к пациенту как в обучении, так и в практической деятельности медицинских сестёр. В соответствии с таким подходом здоровье — состояние, при котором человек самостоятельно удовлетворяет свои потребности, а пациент — человек, нуждающийся в помощи для удовлетворения одной или нескольких жизненно важных потребностей.

К 14 основным жизненно важным потребностям отнесём следующие.

1. Потребность в кислороде.
2. Потребность в еде.
3. Потребность в питье.
4. Потребность в выведении из организма продуктов жизнедеятельности.
5. Потребность во сне, отдыхе.

6. Потребность в поддержании чистоты.
7. Потребность в одевании, раздевании.
8. Потребность в поддержании температуры.
9. Потребность в сексе.
10. Потребность в избегании опасности.
11. Потребность в движении.
12. Потребность в общении.
13. Потребность в уважении и самоуважении.
14. Потребность в самоактуализации.

Например, при травме позвоночника у пациента может страдать удовлетворение потребностей в движении, одевании и раздевании, чистоте, общении, самоактуализации и др. (при установлении приоритетов можно пользоваться пирамидой потребностей А. Маслоу).

ВЫВОДЫ

- В мировой психологической науке существуют различные теории потребностей. В теории и практике сестринского дела чаще всего используют иерархическую теорию потребностей А. Маслоу.
- Первоначально пирамида потребностей А. Маслоу имела пять уровней, а затем автор увеличил количество её уровней до восьми.
- А. Маслоу считает, что человек ощущает потребность в уважении только тогда, когда он удовлетворил потребности более низких уровней: в пище, сне, безопасности, общении и пр.
- Общество может как способствовать, так и мешать самоактуализации личности.
- Авторы различных теорий расходятся во мнении относительно количества основных жизненно-важных потребностей человека.
- В рамках потребностного подхода к организации сестринской помощи пациента можно рассматривать как человека, который не может самостоятельно удовлетворить одну и более из 14 основных потребностей.
- К 14 основным жизненно важным потребностям относятся следующие: потребности в кислороде; еде; питье; выведении из организма продуктов жизнедеятельности; сне, отдыхе; поддержании чистоты; одевании, раздевании; поддержании температуры; в сексе; избегании опасности; движении; в общении; уважении и самоуважении; самоактуализации.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Что такое потребность?
2. Каковы основные группы потребностей согласно теории А. Маслоу?
3. Каким образом общество способствует самоактуализации человека?
4. Что может мешать самоактуализации человека?
5. Почему разные авторы называют разное количество жизненно важных потребностей?
6. Каким образом теория потребностей А. Маслоу может быть использована в сестринской практике?

Заполните пробелы:

1. Самоактуализация — непрерывный процесс, _____ жизни.
2. Потребность — состояние _____ организма в том, что составляет необходимое условие его нормального функционирования.
3. А. Маслоу выделял потребности дефицита и потребности _____.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или не верно:

1. В пирамиде А. Маслоу 14 групп основных жизненно важных потребностей.
2. Болезнь — состояние, при котором человек не может самостоятельно удовлетворять потребности.
3. Низший уровень пирамиды потребностей — это потребности в поддержании здоровья и чистоты.
4. Когда человек голодный, он не думает о самоактуализации.

Выберите продолжение фразы из предложенных вариантов:

1. Первый уровень в пирамиде потребностей А. Маслоу — это потребности:
 - а) в принадлежности и любви;
 - б) физиологические;
 - в) в достижении успеха;
 - г) в безопасности.
2. Вершина иерархии потребностей человека, согласно теории А. Маслоу, — это:
 - а) социальная потребность;
 - б) потребность в самоуважении и уважении окружающих;
 - в) потребность в самореализации личности;

- г) потребность в безопасности.
- 3. Понятие «жизненно важная потребность человека» означает:
 - а) любое осознанное желание;
 - б) способность функционировать независимо;
 - в) дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека;
 - г) потребность человека в доминировании.
- 4. Автор модели сестринского ухода, основанной на 14 потребностях человека, — это:
 - а) Абрахам Маслоу;
 - б) Доротея Орем;
 - в) Флоренс Найтингейл;
 - г) Вирджиния Хендерсон.
- 5. Иерархию основных человеческих потребностей предложил американский психолог:
 - а) Г. Мюррей;
 - б) Д. Мак-Клеланд;
 - в) А. Маслоу;
 - г) Ф. Герцберг;
 - д) В. Врум.
- 6. Наиболее важная проблема пациента в соответствии с иерархией потребностей А. Маслоу — это:
 - а) риск получения травмы;
 - б) неэффективное дыхание;
 - в) недостаточный комфорт;
 - г) выраженное беспокойство, связанное с изменением образа жизни.
- 7. Первый вариант пирамиды потребностей А. Маслоу имел:
 - а) три уровня;
 - б) пять уровней;
 - в) семь уровней;
 - г) восемь уровней.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Выберите одного из ваших родственников, знакомых, друзей в качестве примера самоактуализирующейся личности. Почему вы отнесли его к этой категории? Проанализируйте известные вам факты его биографии и приведите их в качестве обоснования вашего выбора.

2. Согласны ли вы с мнением А. Маслоу, что невротики — это чаще всего люди с неразвитой или неосознанной потребностью в самоактуализации? Ответ обоснуйте.

3. Подумайте, какие из 14 основных жизненно важных потребностей могут быть нарушены при таких заболеваниях, как грипп, воспаление лёгких, аппендицит, аднексит?

4. Проанализируйте, какая из 14 основных потребностей сейчас наиболее актуальна для населения России.

ПОНЯТИЕ О СТАНДАРТАХ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Прочитав эту главу, вы узнаете:

- о значении стандартизации в здравоохранении;
- о целях, задачах и принципах стандартизации в здравоохранении.

Понятия и термины:

- ответственность;
- качество;
- стандарт;
- принципы стандартизации.

9.1. ПОНЯТИЕ О КАЧЕСТВЕ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

На современном этапе развития сестринского дела в обществе сестринский персонал должен брать на себя ответственность за качество предоставляемой сестринской помощи и располагать требуемыми полномочиями для этого.

Ответственность в данном случае означает способность держать ответ за свои действия или бездействия. Ответственное отношение к здоровью — один из основополагающих принципов глобальной стратегии ВОЗ достижения здоровья для всех, имеющий первостепенное значение в профессиональной деятельности медицинских работников.

Разберём в качестве примера, какую ответственность должен нести медицинский работник при раздаче пациентам лекарственных средств.

Если медицинская сестра знает обычную дозу лекарства, вполне логично считать её ответственной хотя бы частично за приём пациентом неверной дозы, даже если она была назначена врачом. В этом случае она будет нести долю ответственности за то, что не распознала ошибочное назначение и не поставила его под сомнение.

В приведённом примере ответственность выходит за рамки простой исполнительности. Практика простой раздачи лекарства без понимания того, что получает пациент, и без знания того, что представляет собой человек, которому это лекарственное средство назначено, является неприемлемой.

Чтобы эффективно и качественно выполнять свои обязанности, сестринскому персоналу необходимо чётко знать границы полномочий и ответственности.

Что такое качество вообще и медицинской помощи в частности? В 1994 г. в Международном стандарте ISO¹ 8402 *качеству* было дано следующее определение: «Качество — это совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности». К основным *характеристикам* качества медицинской помощи можно отнести результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, законность и справедливость.

За качество медицинской помощи несёт ответственность не только сестринский персонал, но и лица, обеспечивающие службы здравоохранения необходимыми кадрами и оборудованием.

Каким образом сестринский персонал может определить, соответствует ли его деятельность требуемому уровню качества? Чтобы ответить на этот вопрос, он должен воспользоваться стандартами.

Стандарты сестринского дела — основополагающие принципы или правила, в соответствии с которыми сестринский персонал может определить, отвечает ли оказываемая сестринская помощь установленному уровню качества. В отраслевом стандарте № 91500.01.0005-2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»² под *стандартом* подразумевают нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и

¹ International Organization for Standardization.

² Утверждён приказом Минздрава РФ № 12 от 22 января 2001 г.

утверждённый признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов, и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определённой области.

9.2. СТАНДАРТИЗАЦИЯ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В нашей стране Министерством здравоохранения и социального развития издан ряд приказов, регламентирующих процедуры разработки стандартов и порядок их рассмотрения и утверждения. Это приказ Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 19 января 1998 г. № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении», в котором определены цели, задачи, принципы и направления стандартизации в здравоохранении; приказ Минздрава РФ от 8 декабря 1998 г. № 354 «О порядке рассмотрения и утверждения проектов нормативных документов по стандартизации в здравоохранении» (с изменениями от 30 марта 2000); приказ Минздрава РФ и ФОМС от 24 января 2000 г. № 23/3 «О мерах по реализации Программы работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении».

Разработаны и утверждены приказом Минздрава РФ от 22 декабря 1998 г. № 374 отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги» (ОК ПМУ) (дата введения 1 января 1999)¹ и приказом Минздрава РФ от 3 августа 1999 г. № 303 отраслевой стандарт «Протоколы ведения больных. Общие требования» (введён в действие с 1 сентября 1999).

В НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова создан отдел стандартизации в здравоохранении. С 1999 г. в России начали издавать журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении».

Цель стандартизации в здравоохранении заключается в повышении качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, решении задач сохранения и улучшения здоровья населения.

¹ Приказ МЗ РФ от 22 декабря 1998 г. № 374 «О введении классификатора «Простые медицинские услуги» утратил силу. Действует Приказ Минздрава РФ от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги».

Выделим основные *задачи* в области *стандартизации* в здравоохранении.

1. Нормативное обеспечение реализации законов в области охраны здоровья граждан и Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.

2. Создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, научно-обоснованных требований к их номенклатуре, объёму и качеству, обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи.

3. Установление требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении.

4. Нормативное обеспечение метрологического контроля.

5. Установление единых требований к лицензированию и аккредитации медицинских учреждений, подготовке, аттестации и сертификации специалистов.

6. Нормативное обеспечение сертификации и оценки качества медицинских услуг.

7. Создание и обеспечение функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении.

8. Нормативное обеспечение в установленном порядке надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов.

9. Содействие обеспечению национальной безопасности страны.

Основные *принципы стандартизации* в здравоохранении следующие.

1. Единый порядок разработки, согласования, принятия и введения в действие нормативных документов, надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации (принцип единообразия).

2. Социальная, научная и экономическая целесообразность законодательству Российской Федерации, международным нормативным документам и современным достижениям науки (*принцип актуальности*).

3. Согласование предъявляемых к объектам стандартизации требований между собой (*принцип комплексности*).

4. Обеспечение возможности контроля заданных в нормативных документах требований объективными методами (*принцип проверяемости*).

5. Взаимное стремление всех субъектов к достижению согласия при разработке и введении в действие нормативных документов системы стандартизации (*принцип согласия*).

Основные *объекты стандартизации* в здравоохранении:

- организационные технологии;
- медицинские услуги;
- технология выполнения медицинских услуг;
- техническое обеспечение выполнения медицинских услуг;
- качество медицинских услуг;
- квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала;
- производство, условия реализации, качество лекарственных средств и медицинской техники;
- учётно-отчётная документация, используемая в системе здравоохранения и медицинского страхования;
- информационные технологии;
- экономические аспекты здравоохранения.

Основные *направления развития стандартизации* в здравоохранении: стандартизация медицинских услуг; стандартизация лекарственного обеспечения; регламентация требований к условиям оказания медицинской помощи; стандартизация профессиональной деятельности; стандартизация информационного обеспечения.

9.3. СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

С помощью стандартов технологий выполнения ПМУ легко определить, что должна делать медицинская сестра, чтобы обеспечить качество медицинской услуги; сколько времени потребуется для выполнения процедуры с учётом требуемого уровня качества; чем должно быть оснащено рабочее место; как обеспечить собственную безопасность при выполнении манипуляций.

Стандарт медицинской помощи должен отражать все стороны её оказания, описывать разрешённые технологии, иметь долговременное значение, соответствующее информационное обеспечение, быть конкретным, контролируемым, выполняемым, научно обоснованным. Соблюдение стандарта при выполнении травмирующих проце-

дур обследования или лечения, медицинских манипуляций с высоким риском неблагоприятных побочных эффектов будет гарантией защиты не только пациента, но и сестринского персонала, выполняющего данную процедуру.

К сожалению, многие существующие стандарты, например, Стандарты практической деятельности медицинской сестры [52], нельзя назвать таковыми в полной мере. Они не соответствуют требованиям Отраслевого стандарта (ОСТ ТПМУ 91500.01.0004-2000) «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования»¹.

В разрабатываемых сейчас на федеральном уровне стандартах медицинских услуг чётко оговорены алгоритмы выполнения манипуляции, оснащение, перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при её проведении, указаны особенности выполнения медицинской манипуляции различным категориям пациентов. Принятие этих стандартов упростит работу сестринского персонала, позволит проверить правильность выполнения процедуры в любой момент времени и максимально улучшить подготовку будущих медицинских работников. Уже утверждён и введён в действие приказом Минздрава РФ от 17 апреля 2002 г. № 123 ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни». На стадии мониторингирования находится прошедший рецензирование и апробацию ОСТ «Уход за сосудистым катетером». Готовится приказ о введении в действие ОСТ «Внутривенное введение лекарственных препаратов». На этапе разработки ОСТ «Подкожное введение лекарственных препаратов» и ОСТ «Внутримышечное введение лекарственных препаратов». Процесс разработки стандартов длителен и требует привлечения различных специалистов, и в первую очередь медицинских сестёр, фельдшеров и акушерок, которые каждый день выполняют разнообразные процедуры и первыми сталкиваются с проблемами при их выполнении.

ВЫВОДЫ

- Сестринский персонал несёт ответственность за качество предоставляемой помощи.
- Качество — совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности. К основным *характеристикам* качества медицинской помощи можно отнести: результативность,

¹ Утверждён приказом Минздрава РФ от 31 июля 2000 г. № 299.

эффективность, оптимальность, приемлемость, законность и справедливость.

- Чтобы определить, соответствует ли оказываемая сестринская помощь установленному уровню качества, необходимо пользоваться стандартами сестринской практики.
- В нашей стране лишь недавно начались работы по стандартизации в здравоохранении. Приказ Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 19 января 1998 г. № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении» определяет цели, задачи, принципы и направления стандартизации в здравоохранении.
- Стандарт должен отражать все стороны оказания медицинской помощи, описывать разрешённые технологии, иметь долговременное значение, соответствующее информационное обеспечение, быть конкретным, контролируемым, выполняемым, научно обоснованным.
- Первый принятый стандарт, непосредственно касающийся деятельности сестринского персонала — ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни».
- Процесс разработки стандартов требует привлечения как представителей практического здравоохранения, так и сотрудников образовательных и научно-исследовательских учреждений.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Каковы цели и задачи стандартизации в здравоохранении?
2. Сколько вам известно основных объектов и направлений стандартизации в здравоохранении?
3. Какой принцип стандартизации вам кажется самым важным, и почему?
4. Как расшифровывается ISO?
5. Что можно определить с помощью стандартов технологий выполнения ПМУ?
6. Что должен отражать стандарт медицинской помощи?

Вставьте подходящие задания по смыслу слова:

1. _____ — способность держать ответ за свои действия или бездействия.
2. На стадии разработки находятся ОСТ «_____ введение лекарственных препаратов» и ОСТ «_____ введение лекарственных препаратов».

3. Соответствие стандарта нормативным документам и научным достижениям устанавливает принцип _____.

4. Принцип проверяемости говорит об обеспечении возможности _____ заданных в стандарте требований.

5. В стандарте должны быть указаны особенности выполнения медицинских манипуляций пациентам раннего, среднего и _____ возраста.

Верны или неверны следующие высказывания?

1. Ведущий в нашей стране отдел стандартизации в здравоохранении создан в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

2. Благодаря ОСТ работа сестринского персонала усложняется.

3. Готовится приказ о введении в действие ОСТ «Протокол ведения больных. Пролечни».

4. С помощью стандарта можно проверить правильность выполнения медицинской манипуляции в любой момент времени.

5. Стандарт защищает пациента и сестринский персонал от неблагоприятных побочных эффектов процедур.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Подумайте, что может мешать использованию стандартов обучения в медицинском училищах и колледжах?

2. Предложите стандарт успешной деятельности студента вашего медицинского училища (колледжа).

ВВЕДЕНИЕ В СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Прочитав эту главу, вы узнаете:

- об основных понятиях и терминах сестринского процесса;
- об истории вопроса;
- цели сестринского процесса;
- о содержании этапов сестринского процесса, их взаимосвязи;
- о необходимости внедрения сестринского процесса в сестринское образование и сестринскую практику.

Понятия и термины:

- сестринский процесс;
- сестринский диагноз;
- сестринский феномен;
- NANDA;
- ICNP;
- сестринское вмешательство;
- независимое, зависимое и взаимозависимое сестринское действие;
- результат сестринского ухода.

10.1. ПОНЯТИЕ О СЕСТРИНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Профессия медицинской сестры самостоятельна, уникальна и принципиально отличается от деятельности других работников в сфере здравоохранения. Недавно в профессиональный лексикон вошло понятие *сестринский про-*

цесс как системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента. *Цель сестринского процесса* состоит в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности, возникающие у пациента.

Выделяют следующие этапы сестринского процесса:

1. обследование пациента;
2. диагностирование его состояния (выявление проблем и постановка сестринского диагноза);
3. планирование помощи, направленной на удовлетворение нарушенных потребностей;
4. осуществление плана сестринских вмешательств;
5. оценка полученных результатов.

10.2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Первый этап — сестринское обследование — касается не только физических, но и психологических, социальных, духовных потребностей пациента. Его цель — получение информации о пациенте, которую фиксируют в сестринской истории болезни (СИБ).

Источником информации может служить сам пациент, его друзья и родственники, сестринский персонал, медицинская документация, медицинская литература.

Для того чтобы собрать необходимую информацию о пациенте и выстроить дальнейшее взаимодействие с ним, медицинской сестре важно обладать навыками общения (глава 6). Прежде всего необходимо доверие пациента к сестринскому персоналу. Именно основываясь на доверии, пациент решает, сколько информации личного характера он может предоставить медицинской сестре.

Основной метод сестринского обследования пациента — опрос. При *субъективном обследовании* узнают:

- общие данные о пациенте (сведения для титульного листа);
- причины обращения в ЛПУ и другие данные из анамнеза болезни (начало заболевания, его течение, с чем оно связано и т.д.);
- факторы риска (аллергоанамнез, эпидемиологический анамнез, курение, употребление алкоголя, ожирение, стрессовые ситуации и др.);
- какие основные потребности пациент может удовлетворять сам, и для удовлетворения каких потребностей он нуждается в помощи;

- нарушения зрения, слуха, памяти, сна;
- кто или что является поддержкой для пациента;
- как оценивает пациент собственное состояние; его отношение к процедурам.

При *объективном обследовании* сестринский персонал проводит осмотр пациента по определённому плану, с соблюдением ряда необходимых правил. Пациента обследуют при рассеянном дневном свете или ярком искусственном освещении. Источник света при этом должен находиться сбоку — так более рельефно выделяются контуры различных частей тела, сыпь, рубцы, следы ранений и т.д.

При общем осмотре оценивают:

- общее состояние;
- состояние сознания;
- положение в постели;
- телосложение, рост, масса тела;
- температуру тела;
- состояние кожи и слизистых.

Затем переходят к обследованию различных систем организма (костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и др.).

Необходимо:

- проводить осмотр осторожно и внимательно;
- употреблять медицинскую терминологию адекватно ситуации;
- улыбаться пациенту, убеждать его в скором выздоровлении, в решаемости его проблем.

После этого определяют, для удовлетворения каких потребностей пациенту требуется помощь, и какие в связи с этим у пациента есть или могут появиться проблемы (глава 16).

Пример. Пациентка С., 48 лет, постоянно жалуется на боли в области сердца. Мнительна, часто говорит о смерти, боится её. По просьбе пациентки студент медицинского училища измерил ей АД и сообщил ей результаты: 220/140 мм рт.ст. После этого пациентка почувствовала себя плохо, отметила резкую слабость, её стала беспокоить давящая боль в области сердца, не проходящая после приёма нитроглицерина.

Из беседы с пациенткой. АД никогда не повышалось, её лечат по поводу остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника. Боль в сердце беспокоит часто, особенно при обострениях остеохондроза, усиливается при поворотах тела, резких движениях.

Со слов лечащего врача. ЭКГ всегда в пределах нормы. При болях в сердце пациентка принимает нитроглицерин, боль купируется через 10–20 минут.

Из беседы с соседями по палате. До измерения АД пациентка чувствовала себя удовлетворительно, была в хорошем настроении, ни на что не жаловалась. После сообщения результата измерения у неё упало настроение, появились жалобы на боли в области сердца.

Результаты осмотра. Кожные покровы обычной окраски, подочно-жировая клетчатка развита чрезмерно, пульс 84 уд./мин, хорошего наполнения и напряжения, АД=130/80 мм рт.ст. Пациентка напугана, постоянно держится за грудную клетку в области сердца.

Из истории болезни. Ds: остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника с выраженным болевым синдромом. АД ежедневно в пределах 120/70–130/80 мм рт.ст. ЭКГ без патологии.

10.3. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ, ЕГО ОТЛИЧИЕ ОТ ВРАЧЕБНОГО

На *втором этапе* сестринского процесса анализируют полученные в ходе обследования данные и формулируют *сестринский диагноз* — профессиональное суждение сестринского персонала о нынешнем или потенциальном состоянии здоровья пациента. При диагностировании определяют:

- существующие и потенциальные проблемы, возникающие у пациента в виде реакций организма на его состояние;
- факторы, способствующие развитию этих проблем или вызывающие их;
- личностные особенности пациента, способствующие предупреждению или разрешению этих проблем.

Выявив проблемы пациента, сестринский персонал должен решить, кто из профессиональных работников здравоохранения способен помочь пациенту. Следовательно, *сестринский диагноз* — формулирование проблем пациента, которые сестринский персонал может самостоятельно предупредить или разрешить. Этот диагноз отличается от врачебного.

Приведём примеры врачебного диагноза¹.

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10).

- A00.9 Холера неуточнённая.
- B15.0 Гепатит А с печёночной комой.
- C06.2 Злокачественное образование ретромолярной области.
- D55.3 Анемия вследствие нарушений метаболизма нуклеотидов.
- F20.3. Недифференцированная шизофрения.
- F70 Умственная отсталость лёгкой степени.

Перечислим основные отличия врачебного диагноза от сестринского.

1. Врачебный диагноз определяет болезнь, сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма в связи с болезнью.

2. Врачебный диагноз может оставаться неизменным в течение всей болезни; сестринский диагноз может меняться каждый день или даже в течение дня по мере изменений реакции организма на болезнь.

3. Врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики, сестринский диагноз — вмешательство сестринского персонала в пределах его компетенции.

4. Врачебный диагноз, как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме; сестринский — с представлениями пациента о состоянии собственного здоровья.

10.4. ИЗ ИСТОРИИ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ

История развития сестринского диагностирования сложна и противоречива. По утверждениям некоторых исследователей, впервые термин «сестринский диагноз» появился в профессиональной литературе в 1953 г. Однако в то время Американская национальная организация медсестёр не поддержала право на существование этого термина.

В 60-е годы XX века в публикуемой литературе для медицинских сестёр встречались высказывания и за, и против права существования сестринского диагноза. В обсуждении этого вопроса участвовали не только медсестры, но и врачи.

В 70-е годы прошлого столетия в профессиональной медицинской среде стали преобладать мнения в пользу необходимости использования сестринского диагноза. После многочисленных дебатов большинство исследователей этого вопроса пришли к выводу,

что «*сестринский диагноз* — клинический диагноз, устанавливаемый профессиональной медсестрой и характеризующий существующие или потенциальные проблемы здоровья пациента, которые медсестра вследствие полученного ею образования и приобретённого опыта может и имеет право лечить». Иными словами, это выявленные медицинской сестрой проблемы пациента, которые она может решить. Например, боль, лихорадка, риск возникновения пролежней, страх, отказ от госпитализации и др.

В США в практику сестринского дела сестринский диагноз начали вводить в 1973 г., когда состоялась первая Национальная конференция по классификации сестринских диагнозов. На конференции идентифицировали и расположили в алфавитном порядке 86 сестринских диагнозов.

Сестринское дело было впервые определено как «диагностика и лечение реакций организма человека на существующие или потенциальные проблемы здоровья».

В 1982 г. на V Национальной конференции по классификации сестринских диагнозов было предложено создать North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) — Североамериканскую ассоциацию сестринских диагнозов. В 1998 г. на XVIII конференции этой организации был утверждён список, включающий уже 160 сестринских диагнозов. Среди них: риск инфицирования; стрессовое неудержание мочи; неэффективное дыхание; расстройство дыхания в ответ на отключение аппарата искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ); аллергия на латекс; нарушение целостности кожи; социальная изоляция; риск возникновения изменения отношений между родителем/младенцем/ребёнком; изменённые семейные процессы; алкоголизм; духовные страдания (нищета человеческого духа); неэффективные индивидуальные копинг-стратегии; нарушение походки; нарушение сна; дефицит самообеспечения, связанный с одеванием или другими видами ухода за собой; заниженный уровень самоуважения; хроническое горе; посттравматический синдром на фоне изнасилования; страх смерти и пр.

Многие медицинские сестры-практики, начавшие применять сестринские диагнозы, предложили скорректировать определение этого понятия с учётом того факта, что сестринская деятельность не обязательно связана с болезнью (патологией), она может касаться здоровья пациента. В связи с этим появилось новое определение: «*Сестринский диагноз* — состояние здоровья пациента (существующее или потенциальное), установленное в результате проведённого

сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры».

В 1989 г. Международный совет медсестёр (МСМ) принял решение о проведении исследований по подготовке Международной классификации сестринской практики с привлечением ведущих ученых, научных центров университетов и сестринских ассоциаций различных стран. В 1996 г. коллектив исследователей представил на широкое обсуждение первую версию Международного классификатора сестринской практики (МКСП), или International Classification for Nursing Practice (ICNP), а в 1999 г., на юбилейной конференции, посвящённой столетию МСМ, была представлена вторая редакция документа¹.

В соответствии с принятыми МСМ положениями основные составляющие сестринской практики — *сестринский феномен, сестринское действие (вмешательство), результат действия медицинской сестры*.

В МКСП включены классификации по трём основным составляющим сестринской практики, определена и стандартизирована структура каждой из них, установлена система их кодирования, введены дефиниции для всех терминов и понятий.

Согласно МКСП *сестринский феномен* — явление, связанное со здоровьем или социальным процессом, на которое направлены профессиональные действия медицинской сестры. Он состоит из восьми элементов, каждый из которых классифицирован и стандартизирован.

1. А — фокус (область (объект), привлекающая внимание медицинской сестры и предполагающая определённые сестринские действия).

2. В — суждение (клиническая оценка, мнение, заключение относительно состояния сестринского феномена, степени и уровня интенсивности его проявления).

3. С — частота (величина, выражающая число случаев или повторений сестринского феномена в интервале времени).

4. D — продолжительность (продолжительность времени, в течение которого феномен существует).

5. E — локализация (анатомическое расположение феномена).

¹ При описании МКСП мы пользовались материалами МСМ, расположенными на сайте <http://icnp.ch> и статьей Г.М. Перфильевой «Международная классификация сестринской практики» [38].

6. F — топография (расположение феномена относительно других анатомических образований или центральной оси).

7. G — вероятность (возможность возникновения феномена).

8. H — распространённость (распространённость феномена среди населения).

Под *сестринским диагнозом* в МКСП понимают профессиональное суждение медицинской сестры о феномене, представляющем объект сестринских вмешательств.

В МКСП сестринский диагноз состоит из комбинации терминов, входящих в классификацию элементов сестринского феномена. Сначала выбирают ключевой термин элемента А (фокус), затем его дополняют терминами других элементов (В, С и т.д.). В комбинации терминов можно использовать не более одного термина из каждого элемента.

Приведем пример комбинации терминов, составляющих сестринский диагноз.

Элементы феномена	Выбранные термины
А. Фокус	Боль раневая
В. Суждение	Достигшая некоторого уровня
С. Частота	Часто
Д. Продолжительность	Хроническая
Е. Локализация	Выше справа
F. Топография	Лодыжка
Г. Вероятность	Высокий риск возникновения
Н. Распространённость	Индивид

Согласно выбранным терминам сестринский диагноз будет звучать следующим образом: высокий риск возникновения частой хронической раневой боли, достигшей некоторого уровня, выше правой лодыжки, у индивида. Естественно, в МКСП стандартизированы такие значения характеристик, как «высокий риск», «некоторый уровень», «часто» и т.п.

В нашей стране продолжают обсуждать целесообразность использования сестринского диагноза в практической деятельности сестринского персонала.

10.5. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

На *третьем этапе* сестринского процесса для каждой приоритетной проблемы необходимо сформулировать цели и план сестринского ухода и согласовать их с пациентом. При этом надо помнить следующее.

1. *Цели* должны быть *реальными*, т.е. достижимыми. Нельзя ставить, например, такую цель: пациент похудеет за 3 дня на 10 кг; это невозможно.

2. *Сроки* достижения каждой цели должны быть *конкретными* (краткосрочными и долгосрочными).

3. При *формулировании цели* надо учитывать пределы *компетенции* сестринского персонала. Недопустима, например, такая формулировка: «У пациента не будет загрудинных болей к моменту выписки», так как достижение такой цели — в компетенции врача. Медицинская сестра может записать: «Пациент продемонстрирует знания о профилактике болей и борьбе с ними к моменту выписки».

5. Если пациент дееспособный, находится в ясном сознании, то цель должна быть сфокусирована на пациенте, а не на сестринском персонале. Неправильной будет такая формулировка: «Медицинская сестра обучит пациента правилам пользования ингалятором (тонометром, введения инсулина). Нужно сделать такую запись: «Пациент продемонстрирует умение пользоваться ингалятором к 17 мая».

Для достижения цели необходимы три составляющие: само *действие*; его *признаки* (дата, время, расстояние); *условия* (с помощью кого или чего).

После формулирования целей составляют план их реализации — перечень специальных действий медицинской сестры по уходу за пациентом. План сестринского ухода должен быть конкретным, без общих фраз и рассуждений. Например:

диагноз: артритическая боль в правом колене.

Цель: к концу дня пациент отметит снижение боли до минимального уровня.

План.

1. Медицинская сестра поможет пациенту найти и занять вынужденное положение.

2. Медицинская сестра обеспечит приём пациентом лекарственных препаратов в соответствии с назначениями врача.

3. Медицинская сестра обучит пациента технике релаксации.

4. Медицинская сестра обеспечит выполнение физиопроцедур пациенту по назначению врача.

Планирование нужно осуществлять на основе стандартов сестринского вмешательства. Следует помнить, что все разнообразие клинических ситуаций невозможно учесть в стандартах, поэтому их нельзя применять необдуманно.

План сестринского ухода обязательно записывают в сестринскую историю болезни, что гарантирует последовательность его выполнения и преемственность, а также возможность контроля. Следует согласовать план с пациентом, заручиться его поддержкой, привлекать его к реализации этого плана.

10.6. РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

На *четвертом этапе* сестринского процесса осуществляют намеченные планы. Сестринские действия, или вмешательства, бывают трёх типов: зависимые, независимые, взаимозависимые.

При *зависимом вмешательстве* сестринский персонал действует по требованию или под наблюдением врача. Однако и в этом случае не следует автоматически выполнять указания врача. Уточнение назначений входит в компетенцию сестриного персонала. Медицинская сестра, выполняющая неверное или ненужное предписание, профессионально некомпетентна, и в той же степени, что и врач, ответственна за последствия ошибки.

При *независимом* вмешательстве сестринский персонал действует по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, в рамках своей компетенции. Примером независимого вмешательства может служить оказание помощи пациенту в самообслуживании, обучение его различным приёмам лечения и ухода за собой, организация досуга, советы относительно здоровья, наблюдение за реакциями пациента на болезнь, лечение.

При *взаимозависимом* вмешательстве сестринский персонал сотрудничает с другими специалистами на равных (например, при осуществлении реанимационных мероприятий).

В МКСП под сестринскими действиями, или вмешательствами, (вторая основная составляющая сестринской практики) подразумевают поведение медицинской сестры в процессе профессиональной практики. Сестринское вмешательство осуществляется медицинской сестрой в соответствии с установленным сестринским диагнозом для

достижения определённого результата. Сестринское действие, как и сестринский феномен, состоит из восьми элементов.

1. А — характер действия, выполняемого медицинской сестрой.
2. В — объект сестринского вмешательства.
3. С — средства, с помощью которых осуществляют сестринские вмешательства.
4. D — время (временные ориентиры сестринских действий).
5. Е — топология (расположение области сестринского вмешательства).
6. F — локализация (анатомическая область или место выполнения сестринских действий).
7. G — путь (указывает, каким образом конкретно осуществляется сестринское вмешательство).
8. Н — субъект, пользующийся услугами медицинской сестры.

Согласно МКСП формулировка сестринского вмешательства состоит из комбинации терминов, входящих в классификацию сестринских действий. Описание сестринского вмешательства начинают с выбора ключевого термина элемента А (тип действий) и затем дополняют терминами из других элементов (В, С и др.)

Элементы сестринского вмешательства	Выбранные термины
А. Характер действия	Катетеризация
В. Объект	Мочевой пузырь
С. Средства	Катетер
D. Время	Перед операцией
Е. Топология	
F. Локализация	Больничная палата
G. Путь	Уретрально
Н. Субъект	Индивид

Таким образом, формулировка сестринского вмешательства в рамках МКСП будет звучать следующим образом: «Катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером в больничной палате перед операцией».

10.7. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

На *пятом* этапе сестринского процесса оценивают достижение поставленной цели, результат *предварительной* деятельности (определение критериев и кратности оценки результата), а также деятельности после выполнения плана сестринского ухода. Оценка эффективности сестринского ухода складывается:

- из определения состояния пациента на текущий момент;
- оценки достижения целей;
- определения аспектов, влияющих на достижение целей;
- изменения в случае необходимости сестринского диагноза, цели и/или плана сестринского ухода.

Оценивать сестринскую помощь на этом уровне должны обе стороны: и медицинская сестра, и пациент.

В контексте МКСП *результат сестринского вмешательства* означает состояние сестринского диагноза после проведения сестринского вмешательства. При формулировке определения результатов сестринского вмешательства рекомендуется использовать следующие принципы.

1. В формулировку результатов обязательно должен входить термин элемента А (фокуса сестринской практики), термин элемента В (суждения) или G (вероятности).

2. Определение может быть дополнено терминами других элементов с целью уточнения диагноза.

3. В формулировку должно входить не более одного термина каждого элемента сестринского диагноза.

4. Результат может быть определён только после выполнения сестринского вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. *Сестринский процесс* — системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента. Он состоит из следующих этапов: *обследования* пациента; *диагностирования* его состояния; *планирования* сестринской помощи; *осуществления* плана сестринского вмешательства; *оценки* полученных результатов.

2. Цель *первого этапа* сестринского процесса — получение информации о пациенте, которую фиксируют в сестринской истории болезни. Взаимодействие на этапе обследования накладывает отпечаток на дальнейшие отношения сестринского персонала с пациентом.

Результат этого этапа — выявление степени нарушения удовлетворения потребностей у пациента.

3. На *втором этапе* сестринского процесса формулируют сестринский диагноз. Он отличается от врачебного. Наиболее известные в мире классификации сестринских диагнозов — NANDA и ICNP. В нашей стране целесообразность использования сестринского диагноза в практической деятельности сестринского персонала продолжают обсуждать.

4. На *третьем этапе* отдельно для каждой приоритетной проблемы пациента формулируют цели и план сестринского ухода, которые должны быть согласованы с пациентом. Каждая цель подразумевает *действие; его признаки и условия её достижения*. *Планирование* достижения цели гарантирует преемственность сестринского ухода, его контроль и последовательность выполнения.

5. На *четвертом этапе* с помощью *зависимых, независимых и взаимозависимых* вмешательств реализуют план сестринского ухода.

6. На *пятом этапе* анализируют достижение поставленной цели. Если цель не достигнута, следует проанализировать правильность формулировки сестринского диагноза, цели и плана сестринского ухода. При необходимости их следует изменить.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Сколько вам известно основных источников информации при сборе данных о пациенте?
2. На какие факторы риска необходимо обратить внимание при опросе пациента?
3. Какие основные жизненно важные потребности вы можете вспомнить?
5. Каким документом пользуются врачи при формулировании врачебного диагноза в нашей стране?
6. Какими документами может пользоваться сестринский персонал при формулировании сестринского диагноза?
7. Чем врачебный диагноз отличается от сестринского?
8. Какие основные требования к постановке целей сестринского процесса вы можете назвать?
9. Чем различаются независимое, зависимое и взаимозависимое сестринское вмешательство?
10. Каким образом происходит оценка эффективности сестринского ухода на последнем этапе сестринского процесса?

11. Что следует предпринять при несоответствии полученного результата ожидаемому?

ЗАДАНИЯ

Вставьте подходящие по смыслу слова:

1. На третьем этапе ____ для каждой приоритетной проблемы формулируют цели и план ухода.
2. ____ — нынешнее или потенциальное состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования.
3. ____ — выявление конкретного заболевания или патологического процесса.
4. ____ — проблемы пациента, которые медицинская сестра может самостоятельно предупредить или разрешить.
5. ____ — диагностика и лечение реакций организма на существующие или потенциальные проблемы со здоровьем.
6. Обследование бывает объективным и ____.
7. В список диагнозов NANDA включено около ____ сестринских диагнозов.

Верны или неверны следующие высказывания?

1. Результаты измерения АД сестра получает при субъективном обследовании пациента.
2. Источник света при осмотре пациента должен находиться сбоку.
3. Формулировка цели сестринского ухода должна быть сосредоточена на пациенте и затрагивать несколько проблем.
4. При независимом вмешательстве сестринский персонал действует по требованию врача.
5. Цели должны находиться в пределах компетенции сестринского персонала.
6. Сестринский диагноз может оставаться неизменным в течение всей болезни пациента.
7. Результат третьего этапа сестринского процесса — план совместной деятельности медицинской сестры и пациента.

Верно ли сформулирована цель сестринского вмешательства?

1. Пациент продемонстрирует умение измерять АД с помощью тонометра.
2. Медицинская сестра обучит мать ребенка обрабатывать пупочную рану к 31 октября.

3. Пациент продемонстрирует знания по профилактике запора к 17 мая.

4. Мать новорожденного отметит прибавление на 500 г массы тела ребёнка к 9 апреля.

5. Пациент научится вводить себе инсулин к 5 июня.

6. Пациент отметит отсутствие одышки к моменту выписки.

Выберите продолжение фразы из предложенных вариантов.

1. Сестринский процесс состоит из:

- а) двух этапов;
- б) четырёх этапов;
- в) трёх этапов;
- г) пяти этапов.

2. Первый этап сестринского процесса включает в себя:

- а) прогнозирование результатов ухода;
- б) беседу с родственниками пациента;
- в) определение существующих и потенциальных проблем пациента;

г) профилактику осложнений.

3. К субъективному методу сестринского обследования относят:

- а) определение отёков;
- б) выявление отношения к заболеванию;
- в) измерение артериального давления;
- г) знакомство с данными медицинской карты.

4. Субъективными данными о пациенте будет:

- а) падение АД;
- б) сообщение о снижении интенсивности боли;
- в) снижение массы тела;
- г) хождение по коридору без посторонней помощи.

5. Второй этап сестринского процесса — это:

а) формулирование цели и составление плана сестринской помощи;

б) субъективное и объективное обследование пациента;

в) оценка эффективности действий, причин ошибок и осложнений;

г) определение существующих и потенциальных проблем человека в связи со здоровьем.

6. Сестринский диагноз — это:

а) выявление конкретной болезни у человека или у членов семьи;

б) определение существующих и потенциальных проблем пациента в связи с болезнью;

в) определение прогноза развития заболевания;

г) определение патофизиологических изменений в организме.

7. Сестринскими диагнозами можно назвать:

а) пролежни, дефицит знаний о рациональном питании, отказ от лечения;

б) дискомфорт при общении с чужими людьми, риск инфицирования, пневмонию;

в) чесотку, педикулёз, анемию;

г) избыточную массу тела, ожирение.

8. Ожидаемые результаты сестринского ухода необходимо определить:

а) во время субъективного обследования пациента;

б) до составления плана сестринского ухода;

в) во время выполнения сестринских вмешательств;

г) после проведения сестринских вмешательств.

ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: СБОР ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ

Прочитав эту главу, вы узнаете о:

- значении сестринского обследования для выявления проблем пациента и их решения;
- основных источниках информации о пациенте;
- содержании и объёме необходимой сестринскому персоналу информации о пациенте;
- методах обследования пациента;
- правилах и технике проведения общего осмотра;
- методике проведения опроса пациента и его родственников;
- методике определения данных физического обследования пациента: внешнего вида, сознания, положения в постели, окраски и влажности кожных покровов, роста и массы тела.

Понятия и термины:

- источники информации о пациенте;
- виды информации;
- анамнез жизни и заболевания;

- субъективная и объективная информация;
- сестринский опрос;
- сестринская история болезни;
- виды положения пациента;
- сопор, кома;
- индекс массы тела;
- водный баланс;
- гиперемия, цианоз, иктеричность;
- перкуссия, пальпация и аускультация;
- ортостатический и кахектический отёк,
- гидроторакс, асцит, анасарка;
- гипоксия;
- колостома, илеостома, цистостома.

Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче — помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать информацию о нём из всех возможных источников. Она может быть получена от самого пациента, членов его семьи, свидетелей случившегося, самой медицинской сестры, её коллег. На основе собранной информации выявляют и идентифицируют проблемы, составляют план, и реализуют намеченные действия. Успех лечения во многом зависит от качества полученной информации.

Сестринское обследование отличается от врачебного. Цель деятельности врача — поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания и т.д., а цель деятельности сестринского персонала — обеспечить качество жизни больного человека. Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.

Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной информации ведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к неэффективному уходу и лечению. Причинами сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:

- неопытность и неорганизованность сестринского персонала;
- неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;
- склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

11.1. ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников (рис. 11-1).

- 1) от самого пациента;
- 2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;
- 3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;
- 4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данных обследования и т.п.;
- 5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.

На основании полученных данных можно судить о состоянии здоровья пациента, факторах риска, особенностях заболевания, необходимости оказания пациенту сестринской помощи.

Пациент — основной источник субъективной и объективной информации о себе. В тех случаях, когда он недееспособен, находится в коматозном состоянии, либо это младенец или ребёнок, основным источником данных могут быть его родственники. Иногда они одни знают об особенностях состояния пациента до болезни и в период заболевания, о принимаемых им медикаментах, аллергических реакциях, приступах и т.п. Однако не стоит думать, что эта информация будет исчерпывающей. Из других источников могут быть получены иные данные, возможно, даже противоречащие данным основных. Например, супруг (супруга) может сообщить о напряжённой обстановке в семье, депрессии или пристрастии к спиртным напиткам, которые сам пациент отрицает. Информация, полученная от членов семьи, может повлиять на скорость и качество оказания медицинской помощи. В случае расхождения данных необходимо постараться получить дополнительные сведения от других лиц.

Медицинское окружение пациента — источник объективной информации, основанной на поведении пациента, его реакции на лечение, полученной при проведении диагностических процедур, общении с посетителями. Каждый член медицинской бригады — потенциальный источник информации, он может сообщать и проверять данные, полученные из других источников.

Основная медицинская документация, необходимая сестринскому персоналу, — *карта стационарного или амбулаторного больного*. Прежде чем приступить к опросу пациента, сестринский персонал подробно знакомится с такой картой. В случае повторной госпитализации интерес представляют предыдущие истории болезни, запрашиваемые в случае надобности в архиве. Это источник ценных данных относительно особенностей течения заболевания, объёма и качества оказанного сестринского ухода, психологической адаптации, реакций пациента на госпитализацию, негативных последствий, связанных с предыдущим пребыванием пациента в стационаре или обращением за медицинской помощью. В процессе знакомства сестринского персонала с историей заболевания пациента могут появиться гипотезы о возможных причинах его проблем (работа на вредном производстве, отягощённая наследственность, семейные неурядицы).

Нужную информацию также можно почерпнуть из документации с места учёбы, работы, службы, из медицинских учреждений, где наблюдается или наблюдался пациент.

Прежде чем запрашивать документацию или опросить третье лицо, необходимо разрешение на это пациента или его опекуна. Любая полученная информация *конфиденциальна* и рассматривается как часть официальной медицинской документации пациента.

На завершающем этапе сбора информации сестринский персонал может воспользоваться специальной медицинской литературой по уходу за пациентом.

Существует два вида информации о пациенте: *субъективная* и *объективная* (см. рис. 11-1).

Субъективная информация — это сведения об ощущениях самого пациента относительно проблем со здоровьем. Например, жалобы на боли — субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её характеристике, продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, жалобы на бессонницу, плохой аппетит, недостаток общения и др.

Объективная информация — результаты проведённых измерений или наблюдений. Примерами объективной информации могут служить показатели измерения температуры тела, пульса, АД, идентификация высыпаний (сыпи) на теле и пр. Сбор объективной информации проводят в соответствии с существующими нормами и стандартами (например, по шкале Цельсия при измерении температуры тела).

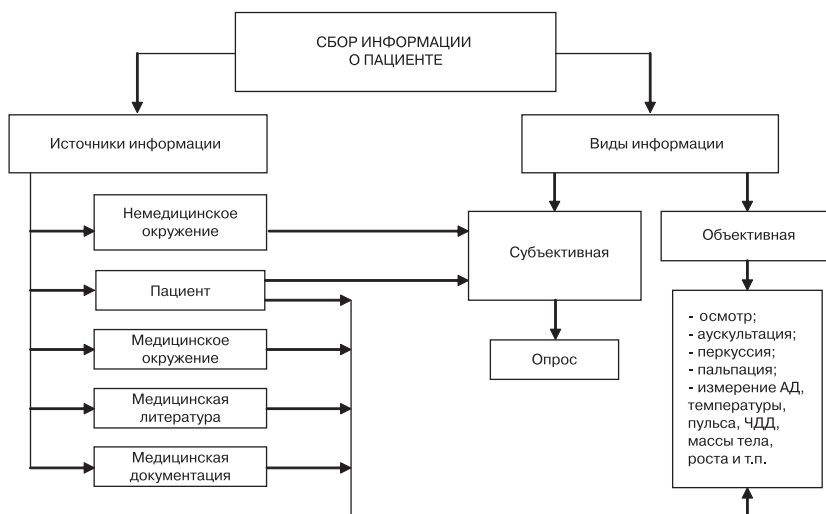


Рис. 11-1. Содержание первого этапа сестринского процесса

Субъективные данные, полученные от пациента и его немедицинского окружения, подтверждают физиологические изменения, выраженные объективными показателями. Например, подтверждение описания боли пациентом (субъективная информация) — физиологические изменения, выраженные в повышенном кровяном давлении, тахикардии, сильном потоотделении, вынужденном положении (объективная информация).

Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

11.2. ОПРОС КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД СБОРА СУБЪЕКТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ

Сестринское обследование следует, как правило, за врачебным. Первый шаг в сестринском обследовании пациента — сбор субъективной информации с помощью *сестринского опроса* (сбора первич-

ной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого).

При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сфокусировать внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.

Цели проведения опроса:

- установление доверительных отношений с пациентом;
- ознакомление пациента с курсом лечения;
- выработка адекватного отношения пациента к состояниям беспокойства и тревоги;
- выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
- получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.

В начале опроса необходимо представиться пациенту, назвать своё имя, положение, сообщить цель беседы. Затем выяснить у пациента, как к нему обращаться. Это поможет ему чувствовать себя комфортно.

Большинство пациентов, обратившись за медицинской помощью и особенно оказавшись в стационаре, испытывают тревогу и беспокойство. Они чувствуют себя беззащитными, боятся того, что им предстоит, боятся того, что у них могут обнаружить, и поэтому надеются на участие и заботу, испытывают радость от оказанного внимания. Пациента необходимо успокоить, ободрить, дать нужные разъяснения и советы.

При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную ему информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные просят дать совет по личному вопросу. Возможность поговорить об этом с медицинским персоналом обычно важнее, чем сам ответ.

Если опрос проходит успешно, появляется возможность установить доверительные отношения с пациентом, вовлечь его в формулирование целей и составление плана сестринского ухода, решить

вопросы относительно необходимости консультаций и обучения пациента.

Во время проведения опроса следует *наблюдать* за пациентом. Его поведение с членами семьи, медико-санитарным окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе. Например, в том случае, когда пациент утверждает, что не волнуется, но выглядит озабоченным и раздражительным, наблюдение даст возможность получить необходимую дополнительную информацию.

Слушая пациента и умело ведя с ним беседу, можно выяснить, что его беспокоит и какие у него проблемы, что стало, по его мнению, причиной его состояния, как это состояние развивалось, и что он думает о возможном исходе заболевания.

Все, что удаётся узнать, собирая анамнез, помогает оформить историю сестринского наблюдения за пациентом и выделить те проблемы, которым следует уделить особое внимание.

11.3. КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

В соответствии с Государственным образовательным стандартом изучение сестринской истории болезни (СИБ) пациента введено в программу подготовки сестринского персонала во всех училищах и колледжах РФ. В соответствии с выбранной моделью сестринского дела каждое учебное заведение разрабатывает свою карту наблюдения за пациентом или сестринскую историю болезни. В конце данного раздела (глава 16) приведена карта сестринского наблюдения за пациентом, которую заполняют в медицинских училищах и колледжах Московской области.

В СИБ необходимо указать дату опроса пациента, а в случае быстрой смены обстоятельств — и время.

Изложению информации, полученной от пациента, как правило, предшествуют определённые сведения, носящие вводный характер.

Анкетные данные (возраст, пол, место жительства, род занятий) позволят не только установить, кем является пациент, но и получить примерное представление о том, что это за человек, и какие проблемы со здоровьем у него могут быть.

Способ поступления в медицинское учреждение или обращения за помощью поможет понять возможные мотивы пациента. Пациенты,

обратившиеся за помощью по своей инициативе, отличаются от тех, кто поступил по направлению.

Источник получения информации. В СИБ необходимо указать, от кого получены сведения о пациенте. Это может быть он сам, его родственники, друзья, члены медицинской бригады, работники милиции. Нужную информацию можно также почерпнуть из имеющейся у пациента документации.

Надежность источника указывают в случае необходимости.

11.3.1. Субъективное обследование

Основные жалобы. С этого раздела начинается основная часть СИБ. Лучше записывать слова самого больного: «У меня болит живот, мне очень плохо». Иногда пациенты не предъявляют явных жалоб, а излагают цель госпитализации: «Меня положили просто для обследования».

История настоящего заболевания. Здесь следует чётко, в хронологической последовательности указать те проблемы со здоровьем, которые заставили пациента обратиться за медицинской помощью. Информация может исходить от больного либо его окружения. Сестринский персонал должен упорядочить информацию. Необходимо выяснить, когда началось заболевание; обстоятельства, при которых оно возникло, его проявления и любое предпринятое пациентом самостоятельное лечение (приём препаратов, клизма, грелка, горчичники и т.п.). Если недуг сопровождается болью, выясняют следующие детали:

- место локализации;
- иррадиацию (куда отдает?);
- характер (что она напоминает?);
- интенсивность (насколько она сильна?);
- время появления (когда она начинается, как долго длится, и как часто появляется?);
- обстоятельства, при которых она возникает (факторы окружающей среды, эмоциональные реакции или другие обстоятельства);
- факторы, усугубляющие или облегчающие боль (физическая или эмоциональная нагрузка, переохлаждение, приём лекарственных препаратов (что именно, в каких количествах) и т.п.);
- сопутствующие проявления (одышка, артериальная гипертензия, ишурия, головокружение, тахикардия, расширение зрачков, вынужденная поза, характер мимики и т.п.).

Подобным образом можно детализировать и другие проявления заболевания или состояния пациента (тошноту и рвоту, задержку стула, диарею, беспокойство и т.п.).

В этом же разделе записывают, что сам пациент думает о своём заболевании, что заставило его обратиться к врачу, как болезнь отразилась на его жизни и активности.

В разделе *анамнез жизни* указывают все перенесённые ранее заболевания, травмы, лечебные процедуры, даты предшествующих госпитализаций, реакцию пациента на проведённое в прошлом лечение и качество оказанной сестринской помощи.

Состояние пациента на момент осмотра, условия жизни, привычки, отношение к здоровью позволяют выявить те сильные и слабые стороны, которые необходимо учитывать при планировании сестринского ухода.

Семейный анамнез даёт возможность оценить риск возникновения у пациента некоторых заболеваний, носящих наследственный характер. В случае обнаружения семейной патологии, к обследованию и лечению могут быть привлечены родственники.

Психологический анамнез помогает узнать пациента как личность, оценить его вероятные реакции на болезнь, его механизмы приспособления к ситуации, силы больного, его тревогу.

11.3.2. Объективное обследование

Основная задача объективного обследования органов и систем пациента — выявить те важные проблемы со здоровьем, которые в беседе с пациентом ещё не были упомянуты. Нередко болезненное состояние пациента вызвано нарушением нормального функционирования органа или системы в целом. Лучше начинать выяснение состояния той или иной системы с обобщающих вопросов: «Как у вас со слухом?», «Вы хорошо видите?», «Как работает ваш кишечник?». Это позволит пациенту сконцентрироваться на предмете разговора.

Сестринский процесс — не обязательная составляющая сестринской деятельности, поэтому обследование пациента рекомендуют проводить по определённому плану с соблюдением необходимых правил, рекомендуемых при врачебном осмотре.

Объективную оценку состояния пациента начинают с общего осмотра, затем переходят к пальпации (ощупыванию), перкуссии (выстукиванию), аускультации (выслушиванию). В совершенстве владеть перкуссией, пальпацией и аускультацией — профессиональная

задача врача и медицинской сестры с высшим образованием. Данные осмотра заносят в СИБ.

Оценка общего состояния пациента

Внешний вид и поведение пациента необходимо оценивать, используя данные наблюдений, сделанных при сборе анамнеза и обследовании. Хорошо ли пациент слышит голос медицинской сестры? Легко ли он двигается? Какая у него походка? Чем он занят в момент встречи, сидит или лежит? Что находится у него на прикроватном столике: журнал, открытки, молитвенник, емкость для сбора рвотных масс или вообще ничего? Предположения, сделанные на основе таких нехитрых наблюдений, могут помочь в выборе тактики сестринского ухода.

Необходимо обратить внимание на то, как пациент одет. Опрятен ли он? Есть ли запах, исходящий от него? Следует обратить внимание на речь пациента, проследить за выражением его лица, поведением, эмоциями, реакциями на окружающее, выяснить состояние сознания.

Состояние сознания пациента. При его оценке нужно выяснить, насколько адекватно тот воспринимает окружающую обстановку, как реагирует на медицинский персонал, понимает ли вопросы, которые ему задают, насколько быстро отвечает, не склонен ли терять нить разговора, замолкать или засыпать.

Если пациент не отвечает на вопросы, можно прибегнуть к следующим приёмам:

- громко обратиться к нему;
- слегка его потрясти, как это делают, когда будят спящего человека.

Если пациент по-прежнему не реагирует, следует установить, не находится ли он в состоянии сопора или комы (табл. 11-1). Нарушение сознания может быть кратковременным или длительным.

Для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4 лет¹ и взрослых широко используют шкалу комы Глазго² (ШКГ) — The Glasgow Coma Scale (GCS). Она состоит из трёх тестов для оценки: реакции открывания глаз (E), речевых (V) и двигательных (M) реакций. После проведения каждого теста начисляют определённое количество баллов, а затем подсчитывают общую сумму.

¹ ШКГ для детей младше четырёх лет подобна ШКГ для взрослых за исключением оценки речевой реакции.

² Teasdale G.M., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet, 1974.

Таблица 11-1. Шкала комы Глазго

Признак	Виды реакции	Баллы
Открывание глаз (E, eye response)	Произвольное	4
	Как реакция на голос	3
	Как реакция на боль	2
	Отсутствует	1
Речевая реакция (V, verbal response)	Быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	5
	Спутанная речь	4
	Словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу	3
	Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос	2
	Отсутствует	1
Двигательная реакция (M, motor response)	Выполнение движений по команде	6
	Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание)	5
	Одергивание конечности в ответ на болевое раздражение	4
	Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствует	1

Интерпретация полученных результатов:

- 15 баллов — сознание ясное;
- 13–14 баллов — оглушение;
- 9–12 баллов — сопор;
- 6–8 баллов — умеренная кома;
- 4–5 баллов — терминальная кома;
- 3 балла — гибель коры.

Положение пациента. Оно зависит от общего состояния. Различают три вида положения пациента: активное, пассивное и вынужденное.

Пациент, находящийся в *активном положении*, легко его изменяет: садится, встаёт, передвигается; обслуживает себя. В *пассивном положении* пациент малоподвижен, не может самостоятельно повернуться, поднять голову, руку, изменить положение тела. Такое положение наблюдают при бессознательном состоянии пациента или состоянии гемиплегии, а также в случаях крайней слабости. *Вынужденное* положение пациент занимает для облегчения своего состояния. Например, при боли в животе он поджимает колени, при одышке сидит с опущенными вниз ногами, придерживаясь руками за стул, кушетку, кровать. О боли свидетельствуют страдание на лице, усиленное пототделение.

Рост и масса тела пациента. Выясняют, какова его обычная масса тела, не изменилась ли она в последнее время. Пациента взвешивают, рассчитывают нормальную массу тела, измеряют его рост, выясняют, нет ли у него слабости, утомляемости, лихорадки.

У пациентов с нарушением потребности в питании и выведении продуктов жизнедеятельности из организма данные массы тела и роста используют как основные показатели при лечении. Рост и масса тела человека в большой степени зависят от его режима и характера питания, наследственности, перенесённых заболеваний, социально-экономического положения, места проживания и даже времени рождения.

Сестринскому персоналу нередко приходится определять рост и массу тела пациентов, особенно в педиатрической практике или на профилактических осмотрах. Выпускаемый медицинской промышленностью прибор весы-ростомер позволяет провести эти измерения с большой экономией времени.

По вопросу о нормальной массе тела (должной массе) взрослого человека нет единого мнения. При самом простом способе расчета нормальная масса тела человека должна быть равна его росту в сантиметрах минус 100. Так, при росте человека 170 см нормальная масса тела составляет 70 кг. При расчете идеальной массы тела учитывают рост, пол человека, возраст и тип телосложения (табл. 11-2). Для определения идеальной массы тела необходимо пользоваться специальными таблицами (табл. 11-3, 11-4).

Для измерения массы тела и роста человека необходимо действовать по определённом алгоритму.

Таблица 11-2. Основные типы телосложения человека

Тип телосложения	Надчревный угол	Отличительные особенности
Астенический	Острый	Тонкий стройный скелет, длинные тонкие конечности, мускулатура развита слабо. Кожа бледная, тонкая. Обмен веществ усилен. АД понижено. Значительное увеличение вертикальных размеров туловища по отношению к горизонтальным
Нормостенический	Прямой	Правильное телосложение. Нормальный обмен веществ. Кожа нормальной окраски
Гиперстенический	Тупой	Конечности короткие и толстые, голова большая, лицо широкое, шея короткая и толстая. Замедленный обмен веществ. Склонность к повышению АД

Таблица 11-3. Идеальная масса тела человека с учётом его телосложения и роста, кг*

Рост, см	Мужчины		Женщины	
	Астеники	Нормостеники	Гиперстеники	Астеники
156				Астеники
158	51,1–54,7	53,8–58,9	57,4–64,2	45,4–49,1
160	52,2–55,8	54,9–60,3	58,5–65,3	46,5–50,2
162	53,2–56,9	55,9–61,9	59,6–66,7	47,6–51,3
164	54,3–57,9	57,0–62,5	60,7–68,8	48,7–52,3
166	55,4–59,2	58,1–63,7	61,7–69,6	49,8–53,4
168	56,5–60,6	59,2–65,1	62,9–71,1	50,8–54,6
170	57,9–62,0	60,7–66,7	64,3–72,9	52,0–56,0
172	59,4–63,4	62,1–68,3	66,0–74,7	53,4–57,9
174	60,8–64,9	63,5–69,9	67,6–76,2	54,8–58,9
176	62,6–66,4	64,9–71,3	69,0–77,6	56,3–60,3
178	63,6–68,2	66,5–72,8	70,4–79,1	57,7–61,9
180	65,1–69,6	67,8–74,7	71,9–80,9	59,1–63,6
182	66,5–71,0	69,2–76,3	73,6–82,7	60,5–65,1
184	67,9–72,5	70,7–78,1	75,2–84,5	62,0–66,5
186	69,4–74,0	72,1–79,0	76,7–86,5	63,4–67,9
188	70,8–75,8	73,5–81,7	78,5–88,0	
190	72,2–77,2	75,3–83,5	80,3–89,8	
192	73,6–78,6	77,1–85,3	81,8–91,6	

Примечание. * Andres R. Gerontology Research Center, National institute of Aging.

Таблица 11-4. Идеальная масса тела для различных возрастных групп с учётом роста человека, кг

Рост, см	Возраст				
	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет
147	38,1–50,4	41,7–54,0	44,9–61,2	48,5–61,2	52,2–64,4
150	39,5–52,2	43,1–55,8	46,7–59,4	50,4–63,1	54,0–66,7
152	40,8–54,0	44,5–57,6	48,0–61,2	51,7–64,9	55,8–69,0
155	42,2–55,8	45,8–59,4	49,9–65,5	53,5–67,1	57,6–71,2
157	43,5–57,6	47,6–61,7	51,3–65,3	55,3–69,4	59,4–73,9
160	44,9–59,4	49,0–63,5	53,1–67,6	57,2–71,7	61,2–76,2
162	46,3–61,2	50,8–65,8	54,9–69,9	59,0–73,9	63,5–78,5
165	48,1–63,5	52,2–67,6	56,7–72,1	60,8–76,2	65,3–81,2
167	49,4–65,3	54,0–69,9	58,5–74,4	62,6–78,9	67,1–83,5
170	50,8–67,1	55,3–72,1	60,3–76,7	64,9–81,2	69,4–86,2
172	52,6–69,4	57,2–73,9	62,1–78,9	66,7–83,5	71,7–88,9
175	54,0–71,2	59,0–76,2	64,0–81,2	68,5–86,2	73,4–91,2
177	55,3–73,5	60,8–78,5	65,8–83,5	70,8–88,5	75,8–94,0
180	57,2–75,8	62,1–80,7	67,6–86,2	72,6–91,2	78,0–96,6

Окончание табл. 11-4

183	58,5–77,6	64,0–83,0	69,4–88,5	74,8–93,9	80,3–99,3
186	60,3–79,8	65,8–85,3	71,2–90,7	76,7–96,6	82,6–102,1
188	62,1–82,1	67,6–88,0	73,5–93,4	78,9–93,4	84,8–105,2
190	64,0–84,4	69,4–90,3	75,3–96,2	81,2–102,1	87,1–108,0
193	65,3–86,6	71,2–93	77,6–98,9	83,5–104,8	89,4–110,7

Примечание. В табл. 11-3, 11-4 использованы данные мужчин и женщин, не входящих в группы риска. Для людей с повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета значения нормальной массы тела должны быть ниже приведенных.

Алгоритм измерения роста пациента

Цель: оценка физического развития.

Показания: осмотр при поступлении в стационар или профилактический осмотр.

Обснащение: ростомер, ручка, история болезни.

Проблемы: пациент не может стоять.

1-й этап. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить согласие. Оценить возможность участия пациента в процедуре.

Обоснование:

- установление контакта с пациентом;
- обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре;
- соблюдение прав пациента.

2. Постелить клеёнку или одноразовую прокладку под ноги. Предложить пациенту разуться, расслабиться, женщинам с высокой причёской распустить волосы.

Обоснование:

- обеспечение профилактики ВБИ;
- получение достоверных показателей.

2-й этап. Выполнение процедуры.

3. Предложить пациенту встать на площадку ростомера спиной к стойке со шкалой так, чтобы он касался её тремя точками (пятками, ягодицами и межлопаточным пространством).

Обоснование:

- обеспечение достоверных показателей.
4. Встать справа либо слева от пациента.

Обоснование:

- обеспечение безопасной больничной среды.

5. Слегка наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы располагались на одной линии, параллельно полу.

Обоснование:

- обеспечение достоверных показателей.

6. Опустить на голову пациента планшетку. Зафиксировать планшетку, попросить пациента опустить голову, затем помочь ему сойти с ростомера. Определить показатели, проводя отсчет по нижнему краю.

Обоснование:

- обеспечение условий для получения результата;
 - обеспечение охранительного режима.
8. Сообщить полученные данные пациенту.

Обоснование:

- обеспечение прав пациента.

3-й этап. Окончание процедуры

8. Убрать салфетку для ног с площадки ростомера и выбросить её в контейнер для мусора.

Обоснование:

- профилактика ВБИ.
9. Записать полученные данные в историю болезни.

Обоснование:

- обеспечение преемственности сестринского ухода.

Примечание. Если пациент не может стоять, измерение проводят, когда он находится в положении сидя. Следует предложить пациенту стул. Точки фиксации будут крестец и межлопаточное пространство. Измерьте рост в положении сидя. Зафиксируйте результаты.

Алгоритм взвешивания и определения массы тела пациента

Цель: оценка физического развития или эффективности лечения и сестринского ухода.

Показания: профилактический осмотр, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной или эндокринной системы.

Оснащение: медицинские весы, ручка, история болезни.

Проблемы: тяжелое состояние пациента.

1-й этап. Подготовка к процедуре.

1. Собрать информацию о пациенте. Вежливо представиться ему. Спросить, как к нему обращаться. Объяснить ход процедуры и правила её проведения (натощак, в одной и той же одежде, без обуви; после опорожнения мочевого пузыря и, по возможности, кишечника). Получить согласие пациента. Оценить возможность его участия в процедуре.

Обоснование:

- установление контакта с пациентом;
- соблюдение прав пациента.

2. Подготовить весы: выверить; отрегулировать; закрыть затвор. Постелить клеёнку или бумагу на площадку весов.

Обоснование:

- обеспечение достоверных результатов;
- обеспечение инфекционной безопасности.

2-й этап. Выполнение процедуры.

3. Попросить пациента снять верхнюю одежду, разуться и осторожно встать на центр площадки весов. Открыть затвор. Продвигать гири на весах влево до тех пор, пока уровень коромысла не совпадет с контрольным.

Обоснование:

- обеспечение достоверных показателей.
4. Закрыть затвор.

Обоснование:

- обеспечение сохранности весов.
5. Помочь пациенту сойти с весовой площадки.

Обоснование:

- обеспечение охранительного режима.
6. Записать полученные данные (необходимо помнить, что большая гиря служит для фиксации десятков килограммов, а маленькая — для килограммов и граммов).

Обоснование:

- определение соответствия фактической массы тела пациента идеальной с помощью индекса массы тела (ИМТ) — индекса Кетле.

Примечание. ИМТ равен фактической массе тела, делённой на возведённый в квадрат рост человека. При значениях ИМТ в диапазоне 18–19,9 фактическая масса тела меньше нормы; при значениях ИМТ в диапазоне 20–24,9 фактическая масса тела равна идеальной; ИМТ, равный 25–29,9, свидетельствуют о стадии предожирения, а ИМТ >30 означает, что пациент страдает от ожирения.

7. Сообщить данные пациенту.

Обоснование:

- обеспечение прав пациента.

3-й этап. Окончание процедуры.

8. Убрать с площадки салфетку и выбросить её в контейнер для мусора. Вымыть руки.

Обоснование:

- профилактика ВБИ.
9. Занести полученные показатели в СИБ.

Обоснование:

- обеспечение преемственности сестринского ухода.

Примечание. В отделении гемодиализа пациентов взвешивают в кровати с помощью специальных весов.

Оценка состояния кожи и видимых слизистых

При осмотре, пальпации (при необходимости) кожи и видимых слизистых следует обратить внимание на следующие характеристики.

Окраска кожного покрова и слизистых. Осмотр позволяет выявить пигментацию или её отсутствие, гиперемию или бледность, цианоз или желтушность кожи и слизистых. До проведения осмотра следует спросить пациента, не заметил ли он у себя каких-либо изменений кожного покрова.

Встречаются несколько характерных изменений окраски кожи и слизистых оболочек.

1. Гиперемия (покраснение). Она может быть временной, обусловленной приёмом горячей ванны, алкоголя, лихорадкой, сильным волнением, и постоянной, связанной с артериальной гипертензией, работой на ветру или в жарком помещении.

2. Бледность. Бледность временного характера может быть вызвана волнением или переохлаждением. Выраженная бледность кожных покровов характерна для кровопотери, обморока, коллапса. Гиперемия и бледность лучше всего заметны на ногтевых пластинках, губах и слизистых оболочках, особенно на слизистой оболочке полости рта и конъюнктивы.

3. Цианоз (синюха). Может быть общим и местным, центральным и периферическим. Общий характерен для сердечно-сосудистой недостаточности. Местный, например, для тромбофлебита. Центральные цианоз больше выражен на губах и слизистой оболочке полости рта и языка. Однако губы принимают синюшный оттенок и при низкой температуре окружающей среды. Периферический цианоз ногтей, кистей, стоп также может быть вызван волнением или низкой температурой воздуха в помещении.

4. Иктеричность (желтушность) склер свидетельствует о возможной патологии печени или усиленном гемолизе. Желтушность может появиться на губах, твердом небе, под языком и на коже. Желтушность ладоней, лица и подошв может быть обусловлена высоким содержанием каротина в пище пациента.

Влажность и жирность кожи. Кожные покровы могут быть сухими, влажными или жирными. Влажность кожи, состояние подкож-

ной клетчатки оценивают с помощью пальпации. Сухость кожи характерна для гипотиреоза.

Температура кожных покровов. Прикоснувшись к коже пациента тыльной поверхностью пальцев, можно судить о её температуре. Помимо оценки общей температуры, необходимо проверить температуру на любом покрасневшем участке кожи. При воспалительном процессе отмечают локальное повышение температуры.

Эластичность и *тургор (упругость)*. Необходимо определить, легко ли кожа собирается в складку (эластичность) и быстро ли она расправляется после этого (тургор). Часто применяемый способ для оценки упругости кожи — пальпация.

Снижение эластичности и упругости кожи, её натянутость наблюдают при отёках, склеродермии. Сухая и неэластичная кожа может свидетельствовать об опухолевых процессах и обезвоживании организма. Необходимо учитывать, что с возрастом эластичность кожи человека снижается, появляются морщины.

Патологические элементы кожных покровов. При обнаружении патологических элементов необходимо указать их особенности, локализацию и распределение на теле, характер расположения, конкретный вид и время их возникновения (например, при сыпи). Следствием зуда кожи могут быть расчесы, которые приводят к риску инфицирования пациента. При осмотре необходимо обратить на них особое внимание, так как причиной их возникновения может быть не только сухость кожи, аллергические реакции, сахарный диабет или другая патология, но и чесоточный клещ.

Волосы покровов. При осмотре необходимо обратить внимание на характер оволосения, количество волос пациента. Люди часто переживают по поводу выпадения волос или избыточного оволосения. Их чувства необходимо учитывать при планировании сестринского ухода. Тщательный осмотр позволяет выявить лиц с педикулёзом (завшивленностью).

Обнаружение педикулёза и чесотки — не повод для отказа от госпитализации. При своевременной изоляции и соответствующей санитарной обработке пациентов их пребывание в стенах ЛПУ безопасно для окружающих.

Ногти. Необходимо осмотреть и ощупать ногти на руках и ногах. Утолщение и изменение цвета ногтевых пластин, их ломкость могут быть вызваны грибковым поражением.

Состояние волос и ногтей, степень их ухоженности, использованные косметических средств помогут разобраться в личностных осо-

бенностях пациента, его настроении, образе жизни. Например, отросшие ногти с полустертым лаком, давно некрашенные волосы могут свидетельствовать о потере интереса пациента к своей внешности. Неопрятный внешний вид характерен для пациента с депрессией или деменцией, однако судить о внешнем виде следует, исходя из вероятной нормы для конкретного пациента.

Оценка состояния органов чувств

Органы зрения. Оценку состояния органов зрения пациента можно начать с вопросов: «Как у вас со зрением?», «Глаза не беспокоят?». Если пациент отмечает ухудшение зрения, необходимо выяснить, постепенно или внезапно это произошло, носит ли он очки, где и как их хранит.

Если пациент проявляет беспокойство по поводу боли в глазах или вокруг глаз, слезотечения, покраснения, его следует успокоить. Объяснить, что снижение зрения может быть обусловлено адаптацией пациента к условиям стационара, приёмом лекарственных препаратов.

План сестринского ухода должен быть составлен с учётом проблем у пациента со зрением.

Органы слуха. Прежде чем приступить к их осмотру, следует поинтересоваться у пациента, хорошо ли он слышит. Если он жалуется на снижение слуха, необходимо выяснить, затрагивает оно оба уха или одно, внезапно или постепенно оно произошло, сопровождалось ли выделениями либо болью. Нужно узнать, носит ли пациент слуховой аппарат, если да, то и тип аппарата.

Используя полученную информацию о снижении слуха и остроты зрения, медицинская сестра сможет эффективно общаться с пациентом.

Органы обоняния. Сначала необходимо выяснить, насколько пациент подвержен простудам, часто ли он отмечает заложенность носа, выделения, зуд, страдает ли носовыми кровотечениями. Если у пациента аллергический ринит, следует уточнить характер аллергена и использованные ранее методы лечения этого заболевания. Следует выявить полиноз, патологию придаточных пазух носа.

Полость рта и глотка. При осмотре полости рта нужно обратить внимание на состояние зубов и дёсен пациента, изъязвления на языке, сухость во рту, если есть зубные протезы, проверить их пригнанность, выяснить дату последнего посещения стоматолога.

Плохо пригнанные зубные протезы могут быть препятствием к общению с пациентом и причиной расстройства речи, налёт на язы-

ке — причиной дурного запаха и снижения вкусовых ощущений, а боли в горле и болезненность языка — причиной затруднений при приёме пищи. Всё это надо учитывать при планировании сестринского ухода.

Оценка состояния верхней части тела

Голова. Прежде всего нужно узнать, нет ли у пациента жалоб на головную боль, головокружения, были ли травмы. Головная боль — весьма распространенное явление у пациентов всех возрастов. Необходимо выяснить её характер (постоянная она или пульсирующая, острая или тупая), локализацию, впервые она возникла или отличается хроническим течением. При мигрени нередко наблюдают не только головную боль, но и сопутствующие ей симптомы (тошноту и рвоту).

Шея. При осмотре выявляют различные припухлости, опухшие железы, зоб, боли.

Оценка состояния молочных желез

При осмотре выясняют, производит ли женщина самостоятельный осмотр молочных желез, есть ли ощущения дискомфорта в молочной железе, наблюдается ли женщина у онколога, есть ли нарушения менструального цикла, отмечается ли нагрубание и болезненность желез в предменструальном периоде.

При выделениях из соска уточняют, когда они появились, их цвет, консистенцию и количество; выделяются они из одной или из обеих желез. При обследовании может быть выявлена асимметрия молочных желез, нагрубание, уплотнение, отсутствие одной или обеих молочных желез.

Если пациентка не умеет самостоятельно проводить осмотр молочных желез, можно ввести в план сестринского ухода обучение этим приёмам.

Патология молочных желез достаточно часто встречается у женщин, в том числе и у молодых. Необходимо помнить, что потеря молочной железы может стать большой психологической травмой для женщины и отразиться на удовлетворении её потребностей в сексе. Сестринскому персоналу надо с особым тактом и вниманием относиться к молодым пациенткам, перенёвшим мастэктомию.

Оценка состояния костно-мышечной системы

Чтобы определить состояние этой системы, нужно прежде всего узнать, беспокоят ли пациента боли в суставах, костях и мышцах. При

жалобах на боли следует выяснить их точную локализацию, область распространения, симметричность, иррадиацию, характер и интенсивность. Важно определить, что способствует усилению или ослаблению боли, как влияет на неё физическая нагрузка, сопровождается ли она какими-либо другими симптомами.

При осмотре выявляют деформации, ограничение подвижности скелета, суставов. При ограничении подвижности сустава необходимо выяснить, какие движения и в какой степени нарушены: может ли пациент свободно ходить, стоять, сидеть, наклоняться, вставать, причёсываться, чистить зубы, есть, одеваться, умываться. Ограничение подвижности приводит к ограничению самообслуживания. Такие пациенты подвержены риску развития пролежней, инфицирования и поэтому требуют повышенного внимания со стороны сестринского персонала.

Оценка состояния дыхательной системы

В первую очередь необходимо обратить внимание на изменение голоса пациента; частоту, глубину, ритм и тип дыхания; экскурсию грудной клетки, оценить характер одышки, если таковая имеется, способность пациента к перенесению физической нагрузки, узнать дату последнего рентгенологического обследования.

Как острую, так и хроническую патологию дыхательной системы может сопровождать кашель. Следует определить его характер, количество и вид мокроты, её запах. Особое внимание надо обратить на кровохарканье, боли в грудной клетке, одышку, так как их причиной, как и кашля, может быть серьезная патология органов сердечно-сосудистой системы.

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы

Пульс и АД определяют, как правило, до оценки состояния сердечно-сосудистой системы. При измерении пульса необходимо обратить внимание на его симметричность на обеих руках, ритм, частоту, наполнение, напряжение, дефицит.

При жалобах пациента на боль в области сердца необходимо прояснить её характер, локализацию, иррадиацию, продолжительность. В случае длительного или повторного заболевания нужно определить, какими лекарственными средствами пациент обычно купирует боли.

Пациентов часто беспокоит сердцебиение. Они рассказывают, что сердце «замирает», «колотится», «скачет», отмечают тягостные ощущения. Необходимо выяснить, какие факторы вызывают сердцеби-

ение. Оно не обязательно означает серьезные нарушения сердечной деятельности.

Характерный признак сердечно-сосудистой патологии — *отёки*. Они возникают вследствие скопления жидкости в тканях и полостях организма. Различают *скрытые* (не видимые при внешнем осмотре) и *явные* отёки.

Явные отёки легко определить по изменениям рельефа определённых участков тела. При отёках ноги в области голеностопного сустава и стопы, где есть изгибы и костные выступы, они сглаживаются. Если при надавливании на кожу и подкожно-жировую клетчатку пальцем там, где они ближе всего к кости (средняя треть передней поверхности голени), на этом месте образуется долго не исчезающая ямка, значит, там отёк. Кожа становится сухой, гладкой, бледной, малочувствительной к теплу, снижаются её защитные свойства.

Возникновению явных отёков предшествует скрытый период, во время которого увеличивается масса тела человека, снижается количество выделяемой им мочи, в организме задерживается несколько литров жидкости, появляются скрытые отёки. Важно уметь их распознавать. Это можно сделать с помощью ежедневных взвешиваний по утрам и определения водного баланса пациента. *Водный баланс* — отношение количества принятой пациентом за сутки жидкости к количеству выделенной им мочи.

Затем выясняют время и периодичность возникновения отёков, их локализацию, связь с чрезмерным потреблением жидкости или соли, с соматическими заболеваниями.

Отёки бывают местными и общими, подвижными и неподвижными. При заболеваниях сердца и периферических сосудов, если пациент не прикован к постели, в нижних частях тела — на стопах и голени — может появиться ортостатический отёк. Отечность век и кистей, если она сочетается с отёком других частей тела, наблюдают при заболеваниях почек. Увеличение размера талии может быть признаком асцита (брюшной водянки). Кахектические отёки развиваются при крайнем истощении организма, например у больных на последней стадии онкологических заболеваний.

Отёки могут затрагивать внутренние органы и полости. Скопление транссудата в брюшной полости называют *асцитом*, в плевральной полости — *гидротораксом* (водянка грудная); обширный отёк подкожной клетчатки носит название *анасарка*.

Головокружения, обморочные состояния, онемение и покалывание в конечностях — признаки *гипоксии*, характерного явления при патологии сердечно-сосудистой системы и дыхательной недостаточности. Они приводят к повышенному риску падений и травматизма пациента.

Подробная оценка состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента позволяет судить о степени удовлетворения потребности в кислороде, занимающем ведущее место в жизнедеятельности организма.

Оценка состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

На основании полученных сведений о состоянии ЖКТ пациента можно судить о степени удовлетворения его потребностей в еде, питье, выведении продуктов жизнедеятельности из организма.

Необходимо выяснить у пациента, бывают ли у него нарушения аппетита, изжога, тошнота, рвота (особое внимание надо обратить на кровавую рвоту), отрыжка, расстройства пищеварения, проблемы при глотании.

Осмотр целесообразно начинать с языка — зеркала желудка. Следует обратить внимание на налёт и запах изо рта, оценить аппетит пациента, выяснить его пристрастия в еде, модель питания. Необходимо отметить форму и величину живота, его симметричность. В случае крайней необходимости сестринский персонал проводит поверхностную пальпацию живота. При острой боли неясного происхождения необходимо срочно пригласить врача.

Существенные показатели, характеризующие состояние ЖКТ, — частота стула, его цвет, количество кала. В норме у человека стул выделяется ежедневно в одно и то же время. О его задержке можно говорить, если он отсутствует в течение 48 ч. Недержание кала нередко связано с заболеваниями ЦНС. Нарушения дефекации могут быть обусловлены не только органической патологией, но и психологическим состоянием пациента.

После сестринского опроса и осмотра медицинская сестра фиксирует в СИБ полученную информацию о кровотечениях из прямой кишки или дегтеобразном стуле, геморрое, запорах, поносах, болях в животе, непереносимости некоторых пищевых продуктов, метеоризме, связанной с патологией печени и желчного пузыря желтухе и пр. Информация о колостоме или илеостоме поможет составить индивидуальный план сестринского ухода, обучения родственников правильному уходу за больным.

Оценка состояния мочевыделительной системы

При сестринском опросе и осмотре надо оценить характер и частоту мочеиспускания у пациента, цвет мочи, её прозрачность, выявить расстройства мочевыделительной системы (качественные и количественные). Недержание мочи и кала не только фактор риска развития пролежней у пациента, но и большая психологическая и социальная проблема.

Если пациент носит постоянный катетер или ему наложили цистостому, сестринскому персоналу необходимо запланировать мероприятия по адаптации больного к окружающей среде, а также по профилактике инфицирования органов его мочевыделительной системы.

Оценка состояния эндокринной системы

При оценке эндокринной системы сестринскому персоналу необходимо обратить внимание на характер оволосения пациента, распределение подкожно-жировой клетчатки, видимое увеличение щитовидной железы. Нередко нарушения эндокринной системы, связанные с изменениями внешности, становятся причиной психологического дискомфорта пациента.

Оценка состояния нервной системы

Выясняют, были ли у пациента эпизоды потери сознания, судороги, хорошо ли он спит. Необходимо расспросить пациента о его сновидениях, продолжительности и характере сна (глубокий, спокойный или поверхностный, беспокойный). Важно узнать, пользуется ли пациент снотворными, если да, то какими, и как давно он начал их применять.

Проявлением неврологических расстройств у пациента может быть головная боль, потеря и изменение чувствительности.

При треморе конечностей, нарушении походки пациента следует узнать, не было ли у него в прошлом травмы головы, позвоночника. Действия сестринского персонала должны быть направлены на обеспечение безопасности такого пациента во время его пребывания в стационаре.

В случае ограничения двигательной активности пациента вследствие слабости, парезов или паралича в план сестринского ухода необходимо включить специальные мероприятия по профилактике пролежней.

Оценка состояния репродуктивной системы

У женщин выясняют время наступления первой менструации (*менархе*); регулярность, продолжительность, частоту, количество выделений; дату последней менструации. Необходимо узнать, бывают ли у пациентки кровотечения в межменструальном периоде, не страдает ли она от дисменореи, предменструального синдрома, меняется ли её самочувствие во время менструации.

Многих девушек беспокоят нерегулярность или задержка менструаций. Задавая вопросы, медицинская сестра может понять степень информированности пациентки о женской половой сфере.

У женщины средних лет следует выяснить, прекратилась ли у неё менструация и когда, сопровождалось ли её прекращение какими-либо симптомами. Можно также поинтересоваться, как она восприняла это событие, повлияла ли менопауза каким-либо образом на её жизнь.

При сестринском опросе и осмотре выявляют выделения, зуд, изъязвления, припухлости половых органов. В СИБ отмечают перенесённые венерические заболевания, способы их лечения; число беременностей, родов, абортов; способы предохранения от беременности; сексуальные предпочтения пациентки.

У мужчин состояние половой системы выясняют после проверки состояния мочевыводящих путей. Задаваемые вопросы направлены на выявление локальных симптомов, свидетельствующих о нарушениях половой функции.

Очень важно узнать у пациента, какие условия и обстоятельства (общее состояние больного, принимаемые препараты, употребление спиртных напитков, сексуальный опыт, взаимоотношения между сексуальными партнерами) обусловили или способствовали нарушению половой функции. При беседе с пациентами на эту тему сестринский персонал должен использовать приёмы терапевтического общения и величайшее чувство такта.

После завершения опроса и осмотра следует передать инициативу больному, задав ему наводящий вопрос: «О чём мы ещё не поговорили?» или поинтересовавшись: «У вас есть ко мне вопросы?». Необходимо объяснить пациенту, что его ждет дальше, познакомить с распорядком дня, сотрудниками, помещениями, соседями по палате, вручить памятку о его правах и обязанностях.

По окончании обследования сестринский персонал делает выводы о нарушении потребностей пациента, фиксирует их в СИБ.

В дальнейшем следует ежедневно отображать динамику состояния пациента в дневнике наблюдений (СИБ, с.) на протяжении всего пребывания в стационаре.

Первые шаги в начале практической деятельности сестринского персонала бывают осторожными и неуверенными. При обследовании пациентов студенты порой волнуются больше, чем сам больной. Часто возникает ощущение неловкости и неуверенности. Опрос превращается в допрос, осмотр затягивается. Прикосновение к интимным частям тела пациента вызывает чувство стыда. В этих случаях следует стараться овладеть собой, держаться спокойно, собранно, по возможности уверенно. Навыки ведения учебной истории болезни помогают в дальнейшем грамотно и полноценно провести сестринский опрос.

Если разговор с пациентом уже закончен, а вы поняли, что упустили нечто важное, можно вернуться и вежливо сказать, что необходимо кое-что уточнить. Нельзя выдавать своего раздражения, тревоги, отвращения. Медицинский работник не имеет права на отрицательные эмоции у постели больного.

Уверенность в себе приходит со временем. С приобретением практических умений и навыков процесс сестринского обследования становится привычной процедурой, проводимой без причинения особых неудобств пациенту. Опытный сестринский персонал обращает внимание на реакции больного, а не на собственные переживания. Совершенствование профессионализма для истинного медика становится делом всей его жизни.

ВЫВОДЫ

1. Сбор информации о пациенте на первом этапе сестринского процесса оказывает огромное влияние на качество последующего сестринского ухода. Основные источники информации о пациенте — он сам, его родственники и знакомые, медицинский персонал, медицинская документация, специальная медицинская литература.

2. Существуют два вида информации о пациенте: *субъективная* и *объективная*. Сбор субъективной информации осуществляется с помощью опроса. Вначале записывают анкетные данные с указанием источника поступления информации.

3. *Субъективное* обследование включает сбор основных жалоб, анамнез болезни, анамнез жизни, самооценку состояния пациента на момент осмотра, семейный и психологический анамнез.

4. При *объективном* обследовании сестринский персонал определяет общее состояние пациента, измеряет его рост, массу тела, температуру; оценивает состояние зрения, слуха, кожных покровов и видимых слизистых, костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, репродуктивной, эндокринной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта.

5. Различают *ясное* и *спутанное* (заторможенное, оглушённое, сопор) состояния сознания.

6. При объективном обследовании выявляют *положение* пациента: активное, пассивное и вынужденное.

7. Для оценки соответствия массы тела пациента определённого роста и возраста идеальной массе тела следует пользоваться специальными таблицами.

8. При обследовании *кожи* и видимых *слизистых* оценивают её окраску, влажность и жирность, температуру, эластичность и тургор, выявляют патологические элементы на коже и её придатках.

9. При обследовании *костно-мышечной системы* в первую очередь выясняют, есть ли у пациента болевые ощущения в суставах и мышцах, если да, то их характер, костные деформации, ограничение подвижности.

При обследовании *дыхательной системы* выясняют характеристики дыхания; при обследовании фиксируют пульс, АД, боли в области сердца, отёки.

При обследовании *ЖКТ* отмечают нарушения аппетита, изжогу, тошноту, рвоту, отрыжку, метеоризм, запор или понос.

При обследовании *мочевыделительной системы* определяют характер и частоту мочеиспускания, цвет мочи, её прозрачность, фиксируют факт недержания мочи.

При обследовании *эндокринной системы* выясняют характер оволосения, распределение жира на теле, выявляют увеличение щитовидной железы.

В рамках обследования *нервной системы* обращают внимание на характер сна, тремор, нарушения походки, эпизоды потери сознания, судороги, нарушения чувствительности и пр.

При обследовании *репродуктивной системы* у женщин собирают гинекологический анамнез; у мужчин вслед за выяснением состояния мочевых путей выявляют патологии половой системы.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Какие этапы сестринского процесса вы знаете?
2. Чем сестринское обследование отличается от врачебного?
3. Какие причины приводят к неполному сбору информации о пациенте?
4. Сколько основных источников информации о пациенте вы знаете? Назовите их.
5. Какие виды анамнеза сестринский персонал собирает у пациента?
6. Каким образом могут быть связаны субъективные данные, предоставляемые пациентом, с объективной информацией? Приведите примеры.
7. Для чего нужен сестринский опрос?
8. Какие вопросы необходимо задавать пациенту для сбора анамнеза настоящего заболевания?
9. Что указывают в разделе «Анамнез жизни»?
10. Какие характеристики боли вам известны?
11. Почему при выяснении идеальной массы тела необходимо учитывать характер телосложения человека?
12. Какие проблемы могут возникнуть при измерении роста и массы тела пациентов?
13. Какими точками пациент должен соприкасаться со шкалой ростомера при измерении роста?
14. Знаете ли вы правила подготовки пациента к процедуре взвешивания? Расскажите о них.
15. Какие основные причины могут обуславливать изменения окраски кожи и видимых слизистых пациента?
16. Что может приводить к зуду кожи?
17. Какие основные жалобы пациент будет предъявлять при патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, нервной, репродуктивной систем, ЖКТ?

Вставьте подходящие по смыслу слова:

1. Оценка состояния ЖКТ позволяет сделать вывод об удовлетворении потребностей пить, есть и _____.
2. Основная медицинская документация, необходимая сестринскому персоналу — _____.
3. Любая полученная от пациента информация _____, т.е. не подлежит огласке.

4. _____ анамнез служит для оценки риска возникновения у пациента некоторых заболеваний, носящих наследственный характер.

5. Цианоз — _____ кожи и слизистых.

6. Характерный признак сердечно-сосудистой патологии — _____.

7. Гипоксия — это недостаточное содержание _____ в тканях организма.

8. О задержке стула можно говорить, если он отсутствует в течение _____ часов.

9. С возрастом эластичность кожи _____, появляются морщины.

10. На фоне сильного волнения или приёма алкоголя может наступить временная _____ кожи.

Верны или неверны следующие высказывания?

1. История сестринского наблюдения за пациентом — один из обязательных видов документации в российских ЛПУ.

2. Медицинское окружение пациента — источник субъективной информации о нём.

3. Немедицинское окружение пациента — источник объективной информации о нём.

4. Сопор — полное отсутствие сознания.

5. Вынужденное положение пациенты занимают для облегчения своего состояния.

6. Для людей с повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии показатели идеальной массы тела должны быть выше, чем для людей, не имеющих каких-либо известных факторов риска.

7. У астеников АД обычно снижено.

8. Зуд кожи может способствовать её инфицированию.

9. Каждая женщина должна уметь проводить самостоятельный осмотр молочных желез.

10. Кожа в месте отёка становится влажной, гладкой, бледной, малочувствительной к теплу.

Выберите продолжение фразы из предложенных вариантов:

1. Источники субъективной информации о пациенте:

- а) пациент, родственники;
- б) родственники, участники медицинской бригады;
- в) участники медицинской бригады, пациент.

2. Субъективные данные о пациенте:

- а) PS, АД, диурез;
- б) диурез, боли;
- в) боли, страх;

- г) страх, лихорадка.
- 3. Данные лабораторного исследования пациента — источники:
 - а) объективной информации;
 - б) субъективной информации.
- 4. АД при обследовании пациента измеряют:
 - а) на правой руке;
 - б) на левой руке;
 - в) на обеих руках.
- 5. Скопление жидкости в брюшной полости называют:
 - а) анасаркой;
 - б) гидротораксом;
 - в) асцитом.
- 6. Почечные отёки распространяются:
 - а) сверху;
 - б) снизу.
- 7. Перкуссия означает:
 - а) выслушивание;
 - б) простукивание;
 - в) ощупывание.
- 8. Ясное сознание по шкале Глазго соответствует:
 - а) 3 баллам;
 - б) 6—7 баллам;
 - в) 15 баллам;
 - г) 20 баллам.
- 9. К объективным методам исследования пациента относят:
 - а) опрос и аускультацию;
 - б) определение пульса, измерение АД и температуры тела;
 - в) измерение роста, массы тела и выяснение течения заболевания.
- 10. Идеальная масса тела пациента астеника при росте 176 см составляет:
 - а) 66 кг;
 - б) 69 кг;
 - в) 70 кг;
 - г) 77 кг.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Познакомьтесь с образцом заполнения СИБ, которая приведена в конце раздела. Проведите опрос одного из членов семьи, данные зафиксируйте в рабочей тетради.

2. Измерьте свою массу тела и рост. Сравните идеальную массу тела с реальной. Оцените результат. Проанализируйте результаты, полученные в вашей студенческой группе.

3. Попробуйте продолжить следующие диалоги:

а) Пациент, мальчик 12 лет, с подозрением на острый аппендицит. Вам необходимо оценить характер и интенсивность боли.

Медицинская сестра: *«Тебе очень больно?»*. Пациент: *«Нет, я хочу домой»*.

б) Пациентка, женщина 62 лет, страдающая хроническим артритом. Вам необходимо оценить её мобильный статус.

Медицинская сестра: *«Суставы вас беспокоят?»*. Пациентка: *«Не больше, чем всегда»*.

ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА

Прочитав эту главу, вы узнаете:

- о классификации проблем пациента и требованиях к их формулировке;
- методике расстановки приоритетов в решении проблем пациента;
- правилах фиксирования проблем в плане сестринского ухода за пациентом.

Понятия и термины:

- существующие и потенциальные проблемы, первостепенные, промежуточные и второстепенные проблемы пациента;
- приоритет проблем;
- формулировка проблем.

Сестринский персонал, опрашивая и обследуя пациента, должен не только собрать наиболее полную информацию о нём, но и уяснить суть его *проблем*, оценить отношение больного к своему заболеванию или состоянию здоровья и вместе с ним наметить план решения этих проблем.

Второй этап сестринского процесса (*сестринская диагностика*) начинается с анализа полученных при обследовании данных и вы-

явления проблем пациента, т.е. *трудностей*, препятствующих ему достигать оптимального состояния здоровья в любой сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания. Эти затруднения касаются прежде всего удовлетворения основных жизненно важных потребностей пациента.

Для того чтобы сделать анализ информации о пациенте конструктивным и целенаправленным, необходимо придерживаться определённых принципов. При изучении данных, полученных при проведении сестринского обследования, необходимо следующее.

1. Выявить потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Определить факторы, способствующие или вызывающие заболевание, травму (окружение пациента, личные обстоятельства и т.п.).
3. Выяснить сильные и слабые стороны пациента, способствующие предупреждению или развитию его проблем.
4. Чётко представить, будут ли со временем возможности пациента расширяться или становиться все более ограниченными.

12.1. ТРУДНОСТИ ФОРМУЛИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА

Заболевание вносит в жизнь человека множество проблем, но не все они становятся объектом сестринского вмешательства. В качестве сестринских диагнозов могут быть сформулированы только те проблемы пациента, решение которых входит в компетенцию медицинской сестры. Например, рвота (проблема, связанная со здоровьем) не будет сестринским диагнозом, так как не поддается коррекции методами сестринского ухода. А риск аспирации рвотными массами — сестринский диагноз, поскольку данная проблема может быть предупреждена действиями медицинской сестры.

Как было сказано в главе 10 данного учебного пособия, при формулировании сестринского диагноза в нашей стране не используют МКСП.

Чтобы понять, насколько точно обозначена проблема пациента и правильно сформулирован сестринский диагноз, следует проверить следующее.

1. *Связана ли рассматриваемая проблема с дефицитом самообслуживания?*

— Например, отрыжка не может быть рассмотрена в качестве сестринского диагноза, так как эта проблема не связана с дефицитом самообслуживания. Проблема затруднённого дыхания пациента в горизонтальном положении связана с дефицитом самообслуживания и может быть устранена сестринским персоналом. На её основе формулируют сестринский диагноз.

2. *Насколько сформулированный диагноз понятен и ясен пациенту?*

— Например, «дискомфорт» — неправильно сформулированный сестринский диагноз, так как не отражает конкретную проблему пациента. «Психологический дискомфорт, связанный с необходимостью мочиться на судно» — пример правильно сформулированного сестринского диагноза.

3. *Будет ли сформулированный диагноз базой для планирования сестринских действий?*

— Например, «ухудшение настроения пациента» нельзя назвать сестринским диагнозом, так как непонятно, каким должно быть сестринское вмешательство, правильной будет формулировка: «снижение настроения, связанное с дефицитом привычного общения».

Часто одна и та же проблема может быть вызвана совершенно разными причинами, естественно, что сестринский диагноз в каждом случае будет сформулирован по-разному. Намеченное сестринское вмешательство будет адекватным, если причина известна, так как именно она даёт правильное направление сестринскому уходу. При *беспокойстве* пациента по поводу возможного инфицирования при парентеральном введении лекарственных препаратов и *беспокойстве*, связанном с необходимостью постороннего ухода за ним в домашних условиях, сестринские диагнозы и действия будут различными. В первом случае сестринскому персоналу необходимо демонстративно соблюдать требования асептики и антисептики, а во втором — выяснить, кто из близких будет ухаживать за пациентом, и подключить их к решению проблемы.

4. *Будет ли указанная проблема проблемой пациента?*

— Например, необоснованный отказ от процедуры — проблема сестринского персонала, а не пациента; её нельзя рассматривать в качестве сестринского диагноза. Страх, связанный с возможностью инфицирования пациента во время парентерального введения лекарственных препаратов, — правильно поставленный сестринский диагноз, так как отражает проблему пациента.

5. Обозначена ли в формулировке сестринского диагноза только одна проблема пациента?

— Например, корректирование проблемы ограничения подвижности пациента связано с целым комплексом задач, решение которых может находиться вне компетенции сестринского персонала. Необходимо предвидеть последствия данного состояния и предоставить пациенту необходимый сестринский уход. Правильно будет выделить ряд сестринских диагнозов, связанных с ограничением подвижности пациента, таких как «риск развития пролежней», «дефицит самообслуживания» и др.

При формулировании сестринских диагнозов следует указывать, что пациент не знает, не может, не понимает, а также, что его беспокоит. Проблемы пациента могут быть связаны не только с травмой или заболеванием, но и с проводимым лечением, обстановкой в палате, недоверием к медицинскому персоналу, семейными или профессиональными отношениями.

Таким образом, задача сестринского диагностирования — выявить все настоящие или возможные в будущем проблемы пациента на пути его комфортного, гармоничного состояния; определить то, что наиболее тяготит пациента в настоящий момент; сформулировать сестринский диагноз и попытаться в пределах своей компетенции спланировать мероприятия по сестринскому уходу.

12.2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА

В рамках сестринского процесса рассматривают не заболевание, а возможные реакции пациента на болезнь и своё состояние. Эти реакции могут быть:

- физиологическими (задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара);
- психологическими (недооценка тяжести своего состояния; беспокойство, вызванное недостатком информации о заболевании);
- духовными (выбор новых жизненных приоритетов в связи с заболеванием; проблема добровольного ухода из жизни на фоне неизлечимого заболевания; проблемы взаимоотношений с родственниками, возникающие в связи с болезнью);

- социальными (самоизоляция, связанная с ВИЧ-инфицированием) (рис. 12-1).

Проблема пациента и сформулированный на её основе сестринский диагноз могут относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает и/или учится и к государственным службам, особенно службам социальной помощи инвалидам. Например, в такой проблеме пациента, как «социальная изоляция, связанная с ограничением возможности передвижения» могут быть повинны как члены семьи, так и государство.

В зависимости от времени появления сестринские диагнозы (проблемы пациента) делятся на *существующие* и *потенциальные*. *Существующие* (отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самообслуживания и т.п.) имеют место в данный момент, «здесь и сейчас». *Потенциальные* проблемы (риск аспирации рвотными массами, риск обезвоживания по причине неукротимой рвоты и диареи, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т.п.) могут появиться в любой момент. Их возникновение необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. При артериальной гипертензии наиболее вероятны головная боль, головокружения, тревожность, недооценка своего состояния, дефицит знаний о заболевании, высокий риск осложнений. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

Во время сестринского диагностирования учитывают все проблемы пациента, которые могут быть устранены или скорректированы сестринским персоналом. Затем их ранжируют в порядке значимости и приступают к их решению, начиная с наиболее важных. При установлении приоритетов может быть использована пирамида потребностей А. Маслоу. Следует помнить, что, если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента может представлять нарушение удовлетворения его психологических, социальных, духовных потребностей.

Сестринские диагнозы классифицируют по значимости:

- на первостепенные, т.е. главные, по мнению, прежде всего, самого пациента, связанные с риском для жизни и требующие неотложной помощи;

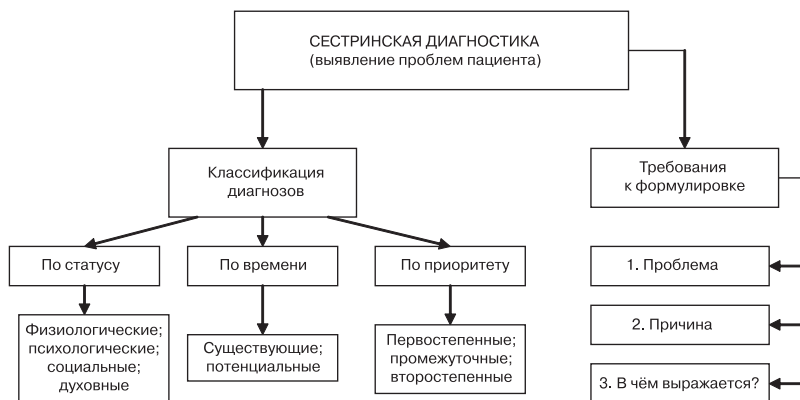


Рис. 12-1. Содержание второго этапа сестринского процесса

- промежуточные — неопасные для жизни, однако способствующие ухудшению течения заболевания и увеличению риска осложнений;
- второстепенные — не имеющие прямого отношения к заболеванию или прогнозу (см. рис. 12.1).

Пациент, по возможности, должен принимать участие в расстановке приоритетов при группировке диагнозов. Разногласия пациента и медицинского персонала по этому вопросу могут быть устранены в процессе прямого обсуждения. При серьёзных нарушениях психологического и эмоционального статуса пациента сестринскому персоналу приходится брать ответственность за выбор первостепенных диагнозов на себя. Так, диагноз «риск суицида» нередко ставят без участия пациента, либо при участии его родственников.

Когда пациент только поступил в медицинское учреждение, или когда его состояние нестабильно, быстро меняется, лучше повременить с постановкой диагнозов до прояснения ситуации и сбора полной достоверной информации. Преждевременные выводы могут стать причиной неверного диагноза, а значит, неэффективного сестринского ухода.

Все, о чём сказано выше, помогает правильно поставить сестринский диагноз. Однако нередко приходится сталкиваться с проблемами пациентов, причины которых невозможно установить. Некоторые проблемы не поддаются анализу, поэтому приходится просто

констатировать симптом: анорексию, тревожность и т.п. Некоторые заболевания обусловлены неблагоприятными жизненными обстоятельствами, например потерей работы или близкого человека. После подробного выяснения этих обстоятельств сестринский персонал может эффективно помочь пациенту справиться с их последствиями.

Пример. В отделение кардиологии доставлен пациент 65 лет с затянувшимся приступом стенокардии. В процессе обследования медицинская сестра выясняет, что он месяц назад потерял жену и теперь остался один, сын живет далеко и навещает его редко. Пациент рассказывает: «Я остался один на один со своим горем. Сердце болит и болит». Желание и способность медицинской сестры понять и разделить горе одинокого пожилого человека оказывают равноценное по силе лекарственной терапии воздействие.

12.3. ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА

С целью обобщения, конкретизации и закрепления знаний, полученных после прочтения предыдущих разделов учебного пособия, в табл. 12-1 данного раздела приведены примеры формулировки некоторых сестринских диагнозов пациентов.

Пациенты могут обращаться в лечебное учреждение не только для выявления характера патологии, обследования и лечения, но и для поддержания и укрепления здоровья. Поддержка здоровья человека и предупреждение заболеваний занимают все большее место в деятельности сестринского персонала, становятся одними из важнейших направлений его работы. При планировании сестринского процесса в этом случае необходимо решать проблемы, которые связаны с необходимостью изменения отношения пациента к состоянию здоровья, характера питания, привычного образа жизни, интенсивности физических и психологических нагрузок, с последствиями пережитых травм. Например, стрессовые ситуации, гиподинамия, переизбыток, курение расценивают как факторы риска развития целого ряда заболеваний, и в первую очередь — артериальной гипертензии ещё в молодом возрасте, осложнения которой приводят пациентов к инвалидности или летальным исходам. Сестринский персонал входит в число основных сотрудников школ здоровья и реабилитации, где главное направление работы — обучение пациентов ведению правильного образа жизни.

Таблица 12-1. Варианты формулировки проблем пациента и их оценка

Формулировка сестринского диагноза	Оценка формулировки
Изменённое питание: меньше, чем потребности организма; связанное с постоянной тошнотой и рвотой	Правильно. Отражены проблема и причина проблемы. Необходимо направить уход на снижение тошноты
Увеличение двигательной активности после инсульта	Неправильно. Это ожидаемый результат
Рак груди с метастазами в подмышечные лимфатические узлы	Неправильно. Это врачебный диагноз. В рамках сестринского процесса ставят диагнозы, связанные с болью, изменением внешнего облика, тревогой, страхом.
Отказ от обработки раны по причине болезненности процедуры	Неправильно. Это проблема медицинской сестры
Заниженная самооценка, связанная с изменением внешнего облика (ампутация правой ноги)	Правильно
Риск развития сексуальной дисфункции, связанный с мастэктомией	Правильно
Боль и страх, связанные с предстоящей процедурой	Неправильно. Здесь две проблемы, которые требуют разных вмешательств
Изнуряющий зуд, связанный с грибковым поражением кожи	Правильно. Следует добавить информацию относительно локализации зуда. Можно описать в диагнозе сыпь, беспокойство пациента
Снижение физической активности, связанное с гемиплегией	Правильно
Изменение дыхания неясной этиологии. Одышка	Правильно
Дезориентация по причине спутанности сознания	Неправильно. Проблема и причина одна и та же

Страх, связанный с результатом оперативного вмешательства, выражающийся в тахикардии, частом мочеиспускании, повышенной раздражительности: «У меня рак»	Правильно
Высокий риск инфицирования, вызванный ожогом II степени на правой руке	Правильно
Пациента беспокоит вопрос оплаты за госпитализацию	Неправильно. Требуется дополнительные данные
Тромбофлебит, связанный с продолжительным постельным режимом, сопровождающийся отечностью и болью поражённой области	Неправильно. Это диагноз врача. Медицинская сестра в этом случае чаще связывает свой диагноз с болью пациента

12.4. ПРИМЕР РЕШЕНИЯ ЗАДАЧИ НА ВЫЯВЛЕНИЕ И ФОРМУЛИРОВКУ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА

В хирургическое отделение стационара поступила Корикина Е.В., 45 лет, с диагнозом «обострение хронического холецистита, холестаза». Доставлена машиной скорой помощи из дома в сопровождении мужа. Предъявляет жалобы на сильную боль в правом подреберье с иррадиацией в спину: «У меня никогда так сильно не болело. Я не могу терпеть эту боль. Доктор думает, что это желчный пузырь».

Дома приняла две таблетки анальгина, но это не помогло, присоединилась тошнота. Связывает появление боли с приёмом жирной пищи. Утверждает, что за последние пять лет прибавила в массу тела 10 кг, диеты не придерживается, от масляной и жирной пищи её тошнит, иногда рвёт. Питается регулярно, иногда съедает что-либо ночью. Говорит, что несколько подобных приступов было в прошлом году, боли продолжались несколько часов и стихали сами собой. За помощью не обращалась. Медикаментами обычно не пользуется. Аллергологический анамнез без особенностей, вредные привычки отрицает. Проявляет беспокойство по поводу госпитализации, так как никогда раньше не лечилась в больнице. В семье трое детей-школьников. Проживают в благоустроенной квартире.

Объективно: нормальное телосложение, питание усиленное, масса тела — 95 кг, рост — 168 см, должная масса — 66–74 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Температура — 37 °С. ЧДД — 28 в минуту, говорит, что затруднений при дыхании не ощущает; ЧСС — 96 в минуту, пульс ритмичный, хорошего наполнения. В ситуации ориентируется, проворная, грамотно и чётко отвечает на вопросы. Ведёт себя беспокойно, в глазах слезы, руки дрожат.

Необходимо провести анализ собранной информации, выявить проблемы пациентки, сформулировать сестринские диагнозы и расставить их в порядке значимости.

Алгоритм решения задачи.

1. Источник субъективной и объективной информации в данном случае — сама пациентка.

2. Полученные данные при обследовании позволяют медицинской сестре выявить нарушение удовлетворения потребностей в питании, дыхании (ЧДД — 28 в минуту, ЧСС — 96 в минуту), физической и психологической безопасности.

3. Причина нарушения потребностей и появления проблем со здоровьем пациентки — обострение хронического холецистита, спровоцированное приёмом жирной пищи.

4. Отсутствие обращений к врачу, несмотря на приступы боли, беспокоившие пациентку в течение последнего года, несоблюдение диеты говорят о недооценке ею состояния своего здоровья. Адекватная реакция пациентки на госпитализацию и информация о детях-школьниках дают право надеяться на благополучный исход заболевания, создание мотива для поддержания здорового образа жизни пациентки и профилактики обострений.

5. Сестринские диагнозы (проблемы пациентки).

- *Сильная боль* в правом подреберье с иррадиацией в спину, подтверждаемая тахикардией, тахипноэ, беспокойным поведением, дрожанием рук, плачем, вызванная обострением хронического холецистита из-за нарушения диеты.
 - Формулировка отражает единичную проблему пациентки, даёт направление ухода на снижение боли.
- *Беспокойство* по поводу госпитализации, связанное с отсутствием опыта пребывания в стационаре.
 - Формулировка отражает единичную проблему пациентки, даёт направление ухода, нацеленное на скорейшую адаптацию пациентки к условиям стационара.
- *Риск* повторных обострений, связанный с дефицитом знаний о своём заболевании.
 - Формулировка отражает единичную проблему пациентки, выявленную на основе анамнеза жизни и заболевания, и предполагает включение в план сестринского ухода мероприятий по обучению пациентки.
- *Изменённое чрезмерное питание* пациентки, связанное с недооценкой собственного состояния здоровья.
 - Формулировка отражает одну проблему пациентки и даёт направление сестринскому уходу на снижение массы тела.

Первостепенный по важности диагноз в данном случае — *сильная боль*. Только уменьшив или устранив болевые ощущения пациентки, можно сделать её полноценным участником сестринского процесса. Затем следует приступить к решению менее существенных проблем: уменьшить беспокойство пациентки по поводу госпитализации и пополнить её багаж знаний о заболевании и вреде чрезмерного питания.

Выявленные и сформулированные проблемы — сестринские диагнозы — фиксируют в соответствии с приоритетами в плане сестринского ухода СИБ.

Выводы

- Второй этап сестринского процесса начинают с анализа данных, полученных при обследовании на первом этапе.
- На втором этапе выявляют проблемы пациента и формулируют на их основе сестринские диагнозы. Это препятствующие достижению оптимального состояния здоровья *проблемы пациента*, решение которых находится в пределах компетенции сестринского персонала.
- Проблемы пациента могут быть связаны не только с травмой или заболеванием, но и с процессом лечения, обстановкой в палате, недоверием к медицинскому персоналу, семейными или профессиональными отношениями.
- Сестринские диагнозы могут меняться ежедневно и даже в течение дня. Сестринский диагноз отличается от врачебного. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.
- Проблемы пациента по времени появления делятся на *существующие* и *потенциальные*. Существующие имеют место в данный момент. Возникновение потенциальных необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.
- На фоне одного заболевания у пациента могут возникать несколько проблем и быть сформулированы несколько сестринских диагнозов.
- Сестринский персонал должен помнить, что если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента может представлять нарушение удовлетворения его психологических, социальных, духовных потребностей.
- Сестринские диагнозы классифицируют по значимости на *первостепенные*, *промежуточные* и *второстепенные*. Пациент по возможности должен принимать участие в установлении приоритетных диагнозов. Когда его состояние или возраст не позволяют ему быть активным участником сестринского процесса, к расстановке приоритетов следует привлекать родственников или близких людей.

- При формулировании сестринского диагноза желательно указывать причины, которые привели к возникновению проблемы. Действия сестринского персонала в первую очередь должны быть направлены на устранение этих причин.
- Сестринские диагнозы необходимо зафиксировать в СИБ, в плане сестринского ухода.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Как называется второй этап сестринского процесса?
2. Что такое «проблема пациента»?
3. Какие проблемы пациента называют потенциальными?
4. Что такое «приоритетность проблем» пациента?
5. Какие проблемы пациента называют первостепенными?
6. Как вы считаете, проблема пациента и симптом заболевания — это одно и то же?
7. Как правильно сформулировать проблему пациента?
8. Где необходимо зафиксировать проблемы пациента?
9. Какие сферы жизнедеятельности человека могут быть источником его проблем?
10. Все ли проблемы пациента могут быть рассмотрены в качестве сестринских диагнозов?
11. Что такое психологическая проблема пациента?
12. Кто может принимать участие в расстановке приоритетов проблем пациента?

ЗАДАНИЯ

Вставьте подходящие по смыслу слова:

1. В рамках сестринского процесса рассматривают не заболевание, а возможные _____ пациента на болезнь и своё состояние.
2. Формулировка потенциальных проблем начинается со слова _____.
3. Основное направление работы сестринского персонала в школах здоровья и реабилитации — _____ пациентов.
4. Проблемы пациента, которые не имеют прямого отношения к заболеванию или прогнозу, называются _____.
5. При установлении приоритетности проблем пациента может быть использована пирамида потребностей _____.
6. Реакции пациента на своё состояние могут быть физиологическими, психологическими, социальными и _____.

Верны или неверны следующие высказывания?

1. Проблемы пациента могут возникнуть только во время заболевания.
2. Страх предстоящей операции — психологическая проблема пациента.
3. Устранение болевых ощущений пациента находится только в пределах компетенции врача.
4. Проблема пациента и симптом заболевания — это одно и то же.
5. В проблеме пациента могут быть повинны как члены семьи, так и государство.
6. Формулировка сестринского диагноза должна давать направление индивидуального ухода.
7. Проблема пациента всегда остается неизменной до конца лечения.
8. Каждый сестринский диагноз должен быть обязательно согласован с врачом.
9. Пациент не должен принимать участие в формулировании сестринских диагнозов.
10. Плохие вены пациента — проблема медицинской сестры.

Выберите продолжение фразы из предложенных вариантов:

1. Второй этап сестринского процесса:
 - а) обследование пациента;
 - б) выявление проблем пациента;
 - в) коррекция сестринского ухода;
 - г) выполнение сестринских действий;
 - д) определение целей сестринского ухода.
2. Формулировка проблемы пациента должна быть сосредоточена:
 - а) на действиях врача;
 - б) на действиях медицинской сестры;
 - в) на ожиданиях пациента.
3. Проблемы пациента, не имеющие прямого отношения к заболеванию, классифицируют как:
 - а) первостепенные;
 - б) второстепенные;
 - в) промежуточные.
4. Проблемы пациента, которые могут возникнуть в любой момент, расценивают как:
 - а) потенциальные;
 - б) сопутствующие.

5. К проблемам пациента можно отнести:
 - а) пролежни, отёки, тревожность;
 - б) тревожность, чесотку, педикулёз;
 - в) педикулёз, риск инфицирования.
6. Первостепенная проблема пациента в соответствии с иерархией потребностей А. Маслоу:
 - а) риск травматизма;
 - б) острая задержка мочи;
 - в) беспокойство, связанное с изменением образа жизни;
 - г) снижение настроения, связанное с дефицитом общения.
7. Приоритетными могут быть проблемы:
 - а) только существующие;
 - б) существующие и потенциальные.
8. Каждая проблема пациента должна быть согласована:
 - а) с лечащим врачом;
 - б) с пациентом и родственниками;
 - в) с заведующим отделением.
9. Правильно сформулированный сестринский диагноз:
 - а) «дискомфорт»;
 - б) «рвота»;
 - в) «риск аспирации рвотными массами»;
 - г) «снижение интенсивности боли, которое отметит пациент»;
 - д) «отказ пациента от обработки раны по причине болезненности процедуры»;
 - е) «боль и страх пациента, связанные с предстоящей процедурой»;
 - ж) «педикулёз»;
 - з) «высокий риск инфицирования, вызванный ожогом на правой руке».

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. *Пример.* Пациент Г., 65 лет с диагнозом «гипертрофия предстательной железы» госпитализирован в урологическое отделение больницы для проведения срочной операции. Пациента беспокоят боли в области мочевого пузыря, вызванные задержкой мочи (был доставлен в больницу спустя 6 ч от начала бесплодных попыток самостоятельно помочиться). Пациент не знает, что ему предстоит, и поэтому испытывает беспокойство.

Сформулируйте проблемы пациента и установите приоритеты.

2. Прочтите сестринские диагнозы, оцените правильность их формулировки.

- а) Сильная тошнота и рвота.
 - б) Отсутствие возможности самообслуживания в связи с необходимостью соблюдения постельного режима.
 - в) Риск развития обезвоживания и нарушения водно-электролитного баланса.
 - г) Педикулёз, обусловленный образом жизни.
 - д) Отсутствие интересов, потеря способности испытывать удовольствие.
 - е) Риск ухудшения здоровья, связанный с курением.
3. Определите приоритеты проблем пациентки Н.
- а) Риск истощения по причине хронической диареи.
 - б) Дефицит самоухода, связанный с вынужденным соблюдением постельного режима по причине выраженной слабости.
 - в) Страх за своё состояние в связи с отсутствием точного диагноза.
 - г) Тревога и беспокойство за грудного ребенка, который остался дома.

4. Определите и сформулируйте проблемы пациента (родственника), которого вы обследовали после изучения первого этапа сестринского процесса, установите приоритеты. Данные запишите в рабочую тетрадь.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА

Изучив эту тему, вы узнаете:

- виды целей;
- критерии постановки целей;
- подходы к формулировке целей;
- типы сестринских вмешательств.

Изучив эту тему, вы сможете:

- сформулировать цели ухода;
- спланировать мероприятия по достижению целей;
- зафиксировать их в плане ухода.

13.1. ПОНЯТИЕ О ФОРМУЛИРОВАНИИ ЦЕЛЕЙ И ПЛАНИРОВАНИИ УХОДА

Анализ данных, полученных во время медицинского обследования, даёт основание сестринскому персоналу ставить диагнозы, отражающие индивидуальные реакции пациентов на болезнь или своё состояние. Проблемы выделены, приоритеты в решении определены. Что же дальше?

Следующая ступень сестринского процесса — планирование. Его начинают с опреде-

ления цели и ожидаемых результатов сестринских действий. В сестринской практике цель — ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. Любое действие по уходу за пациентом нацелено на результат, поэтому определение целей необходимо для выбора направления ухода в каждом конкретном случае и для оценки эффективности сестринских действий.

Основной принцип философии сестринского дела — холистический подход к пациенту: лечить не болезнь, а больного. Именно поэтому цели ухода и проблемы пациента в каждом отдельном случае будут уникальны, так как каждый человек по-разному реагирует на жизненные ситуации как в болезни, так и в здравии. Цели — «указатели выбора и критерии оценки сестринских действий».

При определении целей сестринских действий можно использовать стандарты сестринской практики по типичным проблемам пациентов. Примеры стандартов: ОСТы: «Протокол ведения больных. Пролетни», «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», «Протокол ведения больных. Чесотка». Стандарты — базовый перечень научнообоснованных мероприятий по уходу, обеспечивающих достижение целей вне зависимости от конкретной ситуации; формальное описание ожидаемых сестринских вмешательств.

Сестринский персонал должен уметь при составлении индивидуального плана ухода применить стандарт к конкретной клинической ситуации. Можно исключить любой пункт стандарта из индивидуального плана или включить дополнительный, не предусмотренный в стандарте, при условии логического обоснования своей точки зрения.

Определение и формулирование целей сестринских действий требуют самостоятельных суждений и должны проходить с согласия пациента и его семьи.

13.2. УЧАСТИЕ ПАЦИЕНТА В ФОРМУЛИРОВАНИИ ЦЕЛЕЙ

Пациента надо вовлекать в определение целей и планирование ухода. Только в этом случае его можно признать активным участником сестринского процесса.

Участие пациента в определении целей должно быть так же независимо, как в определении приоритетов и принятии решений. Задача сестринского персонала — направлять и защищать пациента, тем самым предотвращая ухудшение его здоровья.

Когда пациент не в состоянии принять участие в определении целей, необходимо по возможности привлекать родственников. К таким состояниям относят: кому, дезориентацию, инсульт с парализацией и потерей речи и т.п. В ряде случаев медицинские сестры, осуществляющие уход, определяют цели самостоятельно.

Цели ухода должны отражать не только насущные проблемы, но и меры по реабилитации пациентов и предотвращению развития заболеваний. Цели, сосредоточенные на пациенте, — особый критерий, отражающий состояние здоровья пациента, когда ему не нужно лечение и он независим в повседневной жизни.

13.3. ВИДЫ ЦЕЛЕЙ

Есть два вида целей для пациентов: краткосрочные и долгосрочные (рис. 13-1).

Краткосрочные цели должны быть выполнены в короткий период времени, обычно за одну-две недели. При существующей системе здравоохранения, когда продолжительность пребывания пациента в стационаре ограничена более короткими сроками, цели дают направление ухода для ведения пациента в острой стадии заболевания.



Рис. 13-1. Третий этап сестринского процесса

Долгосрочные цели могут быть достигнуты к выписке или позже, по возвращению домой, за более длительный промежуток времени. Эти цели обычно направлены на реабилитацию и предотвращение обострений, приобретение определённых знаний о здоровье. Если сестринский персонал не планирует долгосрочные цели, уход прекращают в день выписки. Определение целей ставит компоненты плана в определённые рамки. С помощью целей сестринский персонал способен проводить уход, оптимально используя ресурсы и время. В конечном счёте, цель ведет к определению ожидаемых результатов, которых может быть несколько.

13.4. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Результат — изменение физиологического, психологического, социального и духовного состояний пациента. Ожидаемые результаты бывают промежуточными и конечными. Промежуточные результаты — ступеньки, ведущие к достижению цели или конечному результату.

Функции ожидаемых результатов (табл. 13-1):

- дают направление сестринской деятельности;
- критерии достижения цели;
- помогают рассчитать время достижения цели;
- дают возможность предусмотреть дополнительные ресурсы;
- критерии оценки сестринских действий.

Ожидаемые результаты вытекают из краткосрочных и долгосрочных целей, сосредоточенных на пациенте и основанных на проблемах, установленных при проведении второго этапа сестринского процесса. Ожидаемые результаты для каждой цели и каждой проблемы должны быть спланированы последовательно, с учётом времени и возможностей пациента. Последовательное перечисление ожидаемых результатов даёт сестринскому персоналу руководство по планированию своих действий.

Ожидаемые результаты записывают в СИБ, в плане ухода, в колонке «Критерий».

13.5. ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМУЛИРОВАНИЮ ЦЕЛЕЙ

Каждая цель должна соответствовать определённым требованиям (рис.13-1, табл. 13-2).

Таблица 13-1. Примеры определения целей и ожидаемых результатов

Проблема	Цель ухода	Ожидаемые результаты
Дефицит знаний о подготовке к колоноскопии	Пациент и медсестра отметят, что исследование прошло результативно	- пациент получит необходимые знания от сестры; - пациент продемонстрирует знания за три дня до исследования; - пациент уверен в результативности исследования
Риск потери зубов в связи с их подвижностью на фоне парадонтита	Краткосрочная: пациент и медсестра отметят снижение риска потери зубов к концу лечения. Долгосрочная: сохранение зубного ряда как единой динамической системы.	- взаимопонимание между медсестрой и пациентом; - доверие врачу и желание следовать его рекомендациям; - регулярное посещение стоматологического кабинета; - четкое выполнение всех рекомендаций и мероприятий, связанных с лечением; - уменьшение подвижности зубов

Таблица 13-2. Руководство по определению целей и ожидаемых результатов

Требования к цели	Характеристика	Примеры
Цель должна быть сформулирована на пациенте	Цель должна отражать поведение и реакцию пациента на сестринский уход	- пациент сообщит о снижении интенсивности боли после инъекции; - пациент будет гулять самостоятельно по коридору через 3 дня
Единичная	Цель или ожидаемый(е) результат(ы) надо определять для каждой ответной реакции, что позволит достаточно точно определить эффективность сестринских вмешательств	Неправильно: «У пациента улучшится аппетит и стабилизируются показатели веса». Лучшее: - пациент будет съедать весь суточный рацион через 5 дней; - вес пациента будет стабилизирован к выписке
Наблюдаемая	Результат должен быть очевиден. Через наблюдения сестринский персонал замечает изменения в поведении и состоянии пациента. Можно узнать об изменениях с помощью вопросов или использования техники измерения	Медсестра отметит отсутствие пролежней 12.03. Пациент сообщит о снижении боли к вечеру. АД: 120/80, PS: 68/мин, ЧДД: 12/мин. Пациент демонстрирует умение самостоятельно вводить себе инсулин 13.03
Измеряемая	Не рекомендовано, определяя результат, употреблять слова: нормальный, удовлетворительный, приемлемый, хороший и пр., так как для разных людей они имеют разное значение. Использование измерительных стан-	- пациент отметит тенденцию к снижению веса: вес меньше 92 кг; - пациент отметит увеличение суточного диуреза до 1500 мл; - пациент и медсестра отметят снижение температуры до 37—37,5 °С

	дартов (размер, качество, количество, цвет, запах, вес и т.п.) позволяет сестринскому персоналу объективно определить изменения в состоянии пациента и ожидаемый результат	
Лимитирована по времени	Временные рамки указывают, когда должна возникнуть ожидаемая реакция на лечение и помогают сестринскому персоналу и пациенту определить степень достижения цели	- пациент сообщит о снижении интенсивности боли через 15 мин после введения лекарственного препарата; - пациент и медсестра отметят отсутствие признаков инфицирования раны к 15.03; - к вечеру пациент сообщит о снижении дискомфорта на фоне диспепсии
Совместная	Привлекая пациента к определению целей, сестринский персонал готовит себе союзника в борьбе с болезнью. В то же время сестринский персонал, уважая независимость пациента, не навязывает ему свои ценности	Например, одна из целей ухода за пациенткой наркологического диспансера может звучать так: пациентка проявит интерес к жизни к 18.03. Ожидаемые результаты: - родственники принимают участие в реабилитации пациентки; - пациентка читает художественную литературу и строит планы на будущее; - пациентка чисто и аккуратно выглядит, использует косметiku

Окончание табл. 13-2

Реально осуществляемая	Цели ухода и ожидаемые результаты должны быть запланированы в соответствии с физическим, социальным, психологическим, материальным потенциалом самого пациента и членов его семьи, возможностей и ресурсов ЛПУ и в пределах компетенции сестринского персонала. Это позволяет избежать нереальных целей	Например, цель ухода за пациентом с ожирением III степени не должна звучать так: «Вес пациента будет снижен на 10 кг за 3 дня», так как это невозможно. Цель ухода за пациенткой по решению проблемы боли, обусловленной калькулезным холециститом не должна звучать так: «У пациентки не будет болей после холецистэктомии», так как это не входит в компетенцию сестринского персонала
-------------------------------	--	---

13.6. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА УХОДА

После формулировки целей сестринский персонал составляет письменный план ухода за пациентом. План — письменное руководство по уходу, представляющее собой подробный перечень специальных действий, направленных на достижение целей по определённой проблеме пациента в конкретной ситуации.

Существуют три типа сестринских действий, которые можно включить в сестринский план ухода и наблюдения за пациентом: независимые, зависимые и взаимозависимые.

Планирование ухода нужно на основе стандартов сестринской практики. Но в стандарт нельзя включить разнообразие клинических ситуаций, поэтому в каждом конкретном случае план ухода отражает индивидуальность пациента.

Одна и та же проблема может быть у пациентов с различной патологией. Эффективность решения проблемы определяют разные действия. Например, ишурия, связанная с аденомой предстательной железы, и ишурия в послеоперационном периоде требуют различных вмешательств со стороны сестринского персонала, но в том и другом случае для них характерна острая задержка мочи. В первом случае будут преобладать зависимые и взаимозависимые действия сестры, направленные на опорожнение мочевого пузыря:

- медсестра успокоит пациента;
- медсестра по назначению врача выведет мочу катетером;
- медсестра измерит количество выделенной мочи, оценит её визуально и в случае наличия примесей сообщит об этом врачу;
- медсестра обеспечит дальнейшее наблюдение за пациентом;
- медсестра будет ассистировать врачу в случае прокола мочевого пузыря при отсутствии возможности вывести мочу катетером.

Во втором случае (ишурия обусловлена рефлексорной задержкой мочи) прежде всего преобладают независимые действия:

- медсестра успокоит пациента;
- медсестра проведёт мероприятия, способствующие самостоятельному опорожнению мочевого пузыря (обучит пациента использовать судно и мочеприёмник, изолирует его ширмой, включит кран в палате, подмоет пациента тёплой водой);
- медсестра проведёт катетеризацию мочевого пузыря по назначению врача, если пациент не в состоянии помочиться самостоятельно.

Составление и ведение индивидуальных планов ухода имеет ряд преимуществ перед привычной практикой работы сестринского персонала:

- план ухода — письменное руководство по уходу за пациентом, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода;
- план координирует уход, экономит время и способствует эффективному использованию оборудования и материальных ресурсов, так как любая медсестра может быстро определить, что нужно пациенту;
- план определяет продолжительность ухода за пациентом и степень участия в нём каждого медработника;
- план ухода представляет собой письменный обмен информацией в форме отчётов;
- письменный план ухода, где предусмотрены долгосрочные цели, способствует обеспечению непрерывности ухода и его продолжительности после госпитализации или перевода пациента в другое ЛПУ;
- план позволяет быстро подсчитать материальные затраты на уход.

К разработке планов ухода сестринский персонал подключает пациента и его родственников. Семья часто — основной рычаг в достижении целей ухода.

Результат планирования — «живой» план ухода, где отражена динамика самочувствия пациента, цели и объём оказанной сестринской помощи, предусматривающий все виды сестринских вмешательств и реакцию пациента на уход. Планы ухода в различных лечебных и образовательных учреждениях имеют отличия в формулировке, но едины по сути, направлены на достижение определённых целей в пределах компетенции сестринского персонала как полноправного участника процесса лечения, реабилитации и наблюдения за пациентом.

Планирование — мыслительный процесс, заставляющий думать, рассуждать, анализировать. Это прекрасная возможность научиться сопоставлять, объединять, формулировать и фиксировать знания и результаты исследования письменно. Именно поэтому грамотный план ухода — мерило качества работы и профессионализма сестринского персонала.

Цели ухода и планирование мероприятий по достижению целей регистрируют в сестринской истории болезни. Образец заполнения плана ухода для пациентки Кориковой Е.В., о которой шла речь выше (при изучении второго этапа сестринского процесса), представлен в сестринской истории болезни в конце раздела (СИБ, план ухода).

Выводы

- Определение целей ухода и планирование мероприятий по достижению целей — третий этап сестринского процесса. Пациент должен быть активным участником определения целей и планирования ухода.
- Цель — ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. Цели ухода могут быть краткосрочными и долгосрочными. Каждая цель должна состоять из трех компонентов: действия, критерия и условия.
- Цели ухода должны быть реальными, ограниченными по времени, единичными, наблюдаемыми, измеряемыми и в пределах компетенции сестры.
- Третий этап сестринского процесса заканчивают составлением плана ухода. План ухода — письменное руководство по уходу за пациентом, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода.
- Планы ухода в различных лечебных и образовательных учреждениях имеют отличия в формулировке, но едины по сути, направлены на достижение определённых целей, в пределах компетенции сестринского персонала как полноправного участника процесса лечения, реабилитации и наблюдения за пациентом.
- Грамотный план ухода — мерило качества работы и профессионализма сестринского персонала.

Основные понятия: цель ухода, ожидаемые результаты, план ухода, компоненты цели, кратковременная и долгосрочная цели, стандартный план ухода, индивидуальный план ухода.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. В чём суть третьего этапа сестринского процесса?
2. Что такое «цель ухода»?
3. В чём отличие цели ухода от ожидаемых результатов?

4. Что такое «совместная цель»?
5. С кем обязательно должен быть согласован план ухода?
6. Перечислите требования для постановке цели.
7. Каковы преимущества составления и ведения планов ухода в сравнении с привычной сестринской практикой?
8. Что такое «стандартный план ухода»?
9. Что такое «индивидуальный план ухода»?
10. Почему план ухода называют мерилем качества сестринской помощи?

ЗАДАНИЯ

Заполнить пробелы:

1. В некоторых случаях медсестра определяет цель _____, без участия пациента.
2. Долгосрочные цели обычно направлены на _____ осложнений.
3. Цель должна быть _____, т.е. отражать одну проблему пациента.
4. Цель должна быть _____ по времени.
5. _____ — базовый перечень научнообоснованных мероприятий по уходу, обеспечивающих достижение целей по проблеме независимо от конкретной ситуации.

ОТВЕТЬТЕ

Верно или неверно:

1. Начало третьего этапа сестринского процесса — составление плана ухода.
2. Цели ухода должны быть сосредоточены на пациенте.
3. Цели ухода должны объединять несколько проблем пациента.
4. Формулировка цели состоит из двух компонентов.
5. Стандартный план ухода представляет собой мероприятия по решению стандартных проблем пациента без учёта конкретной ситуации.
6. Краткосрочные цели должны быть достигнуты в течение первых суток ухода.
7. План ухода — это критерий оценки работы сестринского персонала.
8. Планы ухода в обязательном порядке должны быть согласованы с лечащим врачом.
9. Родственников нельзя привлекать к составлению плана ухода.
10. Цель ухода за пациентом, страдающего запором, должна звучать так: «Поставить очистительную клизму».

Выбрать один ответ:

1. Краткосрочные цели ухода должны быть выполнены за:
 - а) 1–2 нед;
 - б) 3 нед;
 - в) 1 мес.
2. Правильно поставленная цель сестринских действий:
 - а) у пациента не будет недержания мочи;
 - б) пациент отметит улучшение самочувствия;
 - в) пациент продемонстрирует умение использовать съёмный мочеприемник через день;
 - г) сестра обучит пациента правилам применения мочеприемника.
3. Цели ухода ставят:
 - а) только медицинская сестра;
 - б) медицинская сестра и врач;
 - в) врач и пациент;
 - г) пациент и медицинская сестра.
4. Оценочные критерии эмоционального статуса пациента:
 - а) активность, координация;
 - б) уровень образования, способность решать проблемы;
 - в) материальное обеспечение, отношение с окружающими;
 - г) представление о себе, поведение;
 - д) верования, ценности.
5. Третий этап сестринского процесса заканчивают:
 - а) определением приоритетов ухода;
 - б) постановкой целей и определением ожидаемых результатов ухода;
 - в) составлением плана ухода;
 - г) выполнением плана.
6. Формулировка цели ухода должна быть сосредоточена на:
 - а) ожиданиях пациента;
 - б) действиях сестры;
 - в) действиях врача.
7. Стандартный план ухода представляет собой:
 - а) базовый уровень обслуживания без учёта конкретной ситуации;
 - б) подробное описание проблем пациента с учётом конкретной ситуации.
8. Цель сестринского процесса:
 - а) диагностика заболеваний;

- б) управление лечением;
 - в) установление и поддержание независимости пациента.
9. В план ухода по решению проблемы пациента «Дефицит самоухода, связанный с необходимостью соблюдать постельный режим» медсестра введёт:
- а) обеспечение щадящего режима перестилания и перекладывания пациента;
 - б) обучение пациента самоуходу в условиях ограничения подвижности;
 - в) обеспечение физического и психологического покоя;
 - беседы о необходимости лечения.
10. Ожидаемый результат при решении проблемы пациента «Риск истощения, по причине анорексии, вызванной депрессией»:
- а) увеличение массы тела;
 - б) пациентка съедает половину суточного рациона;
 - в) пациентку кормят через желудочный зонд.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте цель и спланируйте действия для решения проблем молодой мамы, госпитализированной по поводу послеродового эндометрита и находящейся в отчаянии из-за разлуки с ребёнком и невозможности кормить его грудью.
2. Зафиксируйте в рабочей тетради цели ухода и определите план действий для решения проблем вашего пациента (родственника).

ЧЕТВЁРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: ВЫПОЛНЕНИЕ КОНКРЕТНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПО УХОДУ

Изучив эту тему, вы узнаете:

- типы сестринских вмешательств;
- основные направления сестринских действий;
- виды сестринской деятельности.

Изучив эту тему, вы сможете:

- выбрать стратегию (вид) ухода для решения конкретной проблемы;
- зафиксировать сестринские действия и реакцию на них пациента в сестринской истории.

Основные понятия:

- выполнение плана;
- метод ухода;
- система ухода;
- сестринские вмешательства: зависимые, взаимозависимые, независимые;
- типы сестринских вмешательств;
- основные направления сестринских действий.

14.1. ПОНЯТИЕ О ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАНА УХОДА

Выполнение плана ухода в теории следует после планирования сестринских действий. Од-

нако на практике выполнение может начаться сразу после обследования. Прибегать к немедленному выполнению необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента. Примерами такого состояния могут быть нестерпимая острая боль, эмоциональный срыв, вызванный неожиданной смертью близкого человека, неукротимая рвота, внезапная остановка сердца и т.д.

Выполнение — это такое поведение сестринского персонала, которое направлено на достижение ожидаемого результата ухода вплоть до его завершения. Выполнение включает:

- оказание помощи, физической и психологической;
- управление деятельностью по самоуходу;
- обучение и консультирование пациента и его семьи;
- оценку работы всей бригады;
- фиксирование и обмен важной для лечения информацией.

Выполнение начинается, как правило, после того, как план уже выработан в соответствии с целями и ожидаемыми результатами ухода.

Выполнение — непрерывный и взаимосвязанный с другими этапами сестринского процесса этап. Выполнение само по себе уже процесс. В ходе выполнения сестринский персонал многократно встречается с пациентом, переоценивает его состояние, в случае необходимости осматривает, изменяет существующий план ухода, намечает и осуществляет вмешательства, связанные с уходом. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс начинается заново, так как проблемы пациента подвержены изменениям под воздействием обстоятельств, лечения и сестринских вмешательств. Для успешного выполнения плана сестринский персонал должен хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в компетенцию сестринского персонала.

Сестринское вмешательство — это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение и пр.

Как известно из предыдущей главы, сестринский персонал выполняет вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми (рис. 14-1). Кроме этого, есть вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.

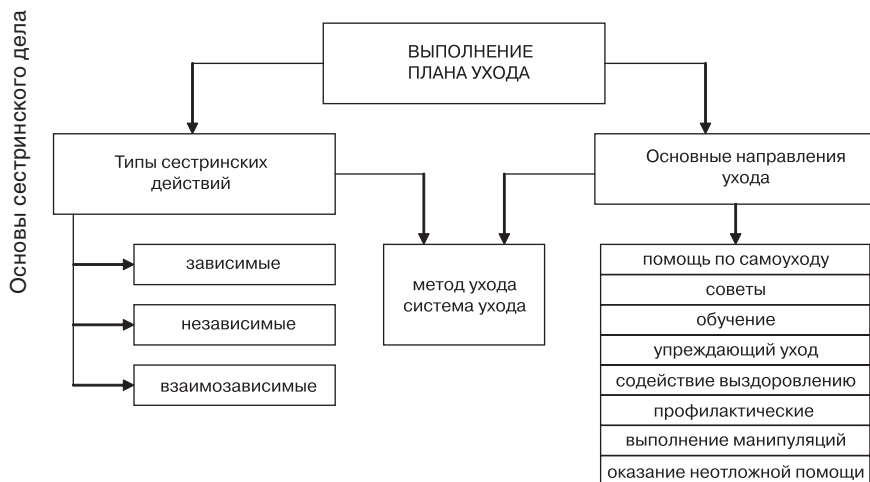


Рис. 14-1. Четвёртый этап сестринского процесса

Первым официальным стандартом, утверждённым Министерством здравоохранения для внедрения в сестринскую практику, стал ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни». Помимо стандартов, есть приказы, например, связанные с обеспечением профилактики ВБИ, которые необходимо выполнять. Относиться к действиям сестринского персонала, предписанным данными приказами, можно по-разному. С одной стороны, они зависимые, с другой — независимые: сестринский персонал не свободен в их выполнении и в тоже время врач их не назначает. Однако, осуществляя уход, связанный с профилактикой пролежней и обеспечением санитарного режима, сестринский персонал обязан руководствоваться нормами, предусмотренными в приказах и стандартах сестринской практики.

Помимо этого, есть специальные правила, определяющие поведение сестринского персонала в экстремальной ситуации, например, в отделениях реанимации и процедурных кабинетах предусмотрена инструкция, направленная на оказание помощи для выведения пациента из анафилактического шока. Наличие таких стандартов и инструкций даёт легальную возможность вмешиваться в процесс лечения в интересах пациента.

Сестринский персонал, осуществляя уход, использует все типы сестринских действий. Ошибочно мнение, что медсёстры ответс-

твенны только за то, что делают без указки врача. Ответственность сестринского персонала одинаково велика при выполнении любого типа вмешательств.

14.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ ДЕЙСТВИЙ

Сестринские вмешательства могут включать (см. рис. 14-1):

- оказание помощи в выполнении действий, связанных с жизненными потребностями;
- советы и инструкции больному и членам его семьи;
- уход за больным для достижения лечебных целей;
- создание условий для скорейшего достижения лечебных целей;
- наблюдение и оценку работы всех участников ухода.

Основа сестринской практики — познавательные, межличностные и психомоторные навыки.

Приступая к выполнению определённого сестринского действия, следует чётко представлять цель, причину вмешательства, возможные осложнения и реакции пациента, для того, чтобы в случае необходимости скорректировать уход.

Один из основных каналов влияния на людей — общение. Подобно тому, как инъекция анальгетика способна снизить боль, приёмы межличностного общения помогают снять страх. Отвечая на вопрос анкетирования: «Каким медикам Вы доверяете?», основная масса настоящих и потенциальных пациентов ответила: «Умеющим врачевать!» Что же и кто скрывается под этим определением? Оказалось: медик-практик и медик-Человек. Доброжелательное отношение к людям — основа терапевтического общения, фундамент профессиональной деятельности не только сестринского персонала. Предоставить пациенту информацию, снять страх заболевания или предстоящего лечения, вселить надежду и веру в улучшение — таковы цели терапевтического общения. Простота и доходчивость суждений, культура и грамотность речи, чувствительность к эмоциональным реакциям, терпение и терпимость, способность достоверно точно воспринимать вербальную и невербальную информацию пациентов — таковы основы межличностного общения в практике медработника.

Непосредственные действия по уходу, например смена одежды и постельного белья, инъекции, отсасывание слизи из трахеотомической трубки, введение уретрального катетера, требуют от сестринского персонала определённых психомоторных навыков. Медицинская

сестра несёт профессиональную ответственность за правильное выполнение этих действий.

Отсутствие опыта и должной квалификации не может выступать оправданием в случае причинения пациенту вреда в результате любого сестринского вмешательства.

14.3. РЕГИСТРАЦИЯ СЕСТРИНСКИХ ДЕЙСТВИЙ

Регистрация сестринских вмешательств в сестринской истории болезни (СИБ) — также определённый вид сестринской практики.

В листе «Регистрация сестринских действий» следует фиксировать информацию о проведённом вмешательстве либо процедуре (например, «Проведена беседа...», «Выполнена инъекция...», «Поставлена клизма») и реакции пациента на уход. Регистрация реакции пациента на сестринские вмешательства может дать основание на проведение дополнительных мероприятий по уходу за пациентом. Например, осуществляя уход за пациентом с целью профилактики пролежней, после очередной смены положения тела через 2 ч медсестра обратила внимание на выраженное покраснение кожи в области крестца. Такая реакция требует дополнительных мероприятий, направленных на предотвращение дальнейшего поражения кожи и восстановительное лечение.

В сестринской истории болезни чаще регистрируются действия сестринского персонала, имеющие непосредственное влияние на лечебный процесс и прогноз заболевания. Вмешательства, связанные с уходом, в ЛПУ чаще передаются устно от одной медсестры к другой или к другим членам медицинской бригады. Медсёстры общаются при передаче смены, переводе пациента в другое отделение или стационар. В любом случае, устно или письменно, связанная с уходом за пациентом информация должна быть передана с учётом критериев эффективного вербального сообщения (глава 6).

Примеры регистрации сестринских действий для решения проблем пациентки Кориковой Е.В. приведены в СИБ в конце раздела.

14.4. ВИДЫ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Сестринский персонал для осуществления плана ухода использует разнообразные виды сестринской деятельности, выбор которых зависит от состояния пациента. Так, больные с вынужденным ограни-

чением подвижности нуждаются, прежде всего, в помощи, связанной с естественными жизненными потребностями. Если будет установлено, что пациенту недостаёт знаний, или он владеет недостоверной информацией, необходимо подключить действия, направленные на обучение. Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение.

В числе этих воздействий можно назвать следующие:

1. Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями. Такая помощь заключается в обеспечении кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д. Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей. Степень зависимости от других определяет объём участия сестринского персонала в оказании данного вида помощи. Так, например, пациент с двусторонними шинами верхних конечностей нуждается в помощи персонала и родственников до снятия гипса. Степень ограничения самоухода в данном случае частичная, поэтому и уход будет частично компенсирующей, так как пациент в состоянии ходить, сидеть, стоять, перемещаться в постели.

Пациент в коматозном состоянии нуждается в полностью компенсирующем уходе, продолжительность которого будет зависеть от прогноза заболевания.

Переживание по поводу потери близкого человека, гериатрический возраст пациента, известие о наличии неизлечимого заболевания могут быть причиной «потери вкуса к жизни», развития депрессивного состояния. Пациенты, которые потеряли стимул к уходу за своей внешностью, нуждаются только в консультативной помощи.

2. Советы. Совет — это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка. Сестринскому персоналу необходимо владеть техникой профессионального общения, азами педагогики и андрагогики, чтобы к совету прислушивались. Только тогда совет помогает рассмотреть альтернативы, избавиться от стрессов, смириться с необходимостью приспосабливаться к непривычному образу жизни, например, бросить курить, похудеть, заняться определённым видом спорта. В случае, когда заболевание угрожает жизни, можно использовать совет, чтобы примирить пациента и его семью с возможностью летального исхода.

3. Обучение. Совет очень близко связан с обучением. Однако человек, дающий совет, надеется на изменения в отношениях и эмоциональной сфере, а после проведения обучения рассчитывает на изменения в интеллектуальном развитии, приобретение новых знаний и

психомоторных навыков. Сестринский персонал, осуществляя уход, несёт ответственность за выявление необходимости в обучении, а также качество и результативность образования пациентов.

Процесс обучения — это взаимодействие между учителем (сестринский персонал) и учеником (пациентом или родственником), в процессе которого достигаются определённые познавательные цели. Процесс обучения очень похож на процесс ухода и состоит из тех же компонентов: выявление потребности в обучении, постановка цели и планирование обучения, выполнение и оценка результатов. Подробно о месте и технологии обучения в сестринской практике написано в главе 7 «Обучение в сестринском деле».

4. Уход для достижения целей пациента. Сестринский персонал определяет проблемы и планирует уход при активном участии пациента. Основная цель пациента — обретение независимости от других лиц. Медсестра оказывает пациенту физическую поддержку: помогает занять удобное место в постели, передвигаться с помощью специальных приспособлений, костылей или клюшки, инвалидного кресла, поддерживает пациента при ходьбе и т.п.

Как показывает опыт, сестринский диагноз часто основывается именно на психологическом состоянии пациента, и поэтому действия, направленные на снижение психологического дискомфорта, тревоги, беспокойства, занимают в сестринской практике важное место. Для снятия страха, связанного с возможным инфицированием при парентеральном введении лекарственных препаратов, сестринский персонал демонстрирует пациенту обработку рук перед инъекцией, набор лекарственного препарата в одноразовый шприц, стерильный лоток для транспортировки шприца и т.п. Чтобы помочь пациенту мочиться лежа, персонал помогает ему принять удобное положение на судне, отгораживает его ширмой, просит соседей по палате выйти в коридор.

5. Создание условий для скорейшего достижения целей лечения. Благоприятная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания.

Пациенты должны чувствовать, что они не «лишние люди», видеть в лице сестринского персонала союзника в борьбе с недугом, ощущать определённую свободу в своих действиях и взаимодействии с персоналом.

При поступлении в больницу необходимо познакомить пациента со спецификой отделения, медицинским персоналом, представить его соседям по палате. Обязательное условие адаптации пациента — озна-

комление его с распорядком дня, столовой, санитарными комнатами, служебными помещениями. Следует создать условия для уединения пациента, что необходимо при проведении гигиенических мероприятий, разговоре с родственниками, друзьями или персоналом.

Если пациент получает уход на дому, необходимо найти время и рассказать ему о целях патронажа и возможных результатах таких визитов на дом.

Таким образом, план ухода не должен ставить пациента в какой-то строгий режим, а обладать определённой степенью гибкости, позволяющей пациенту выбирать «как лучше».

6. Упреждающий уход. Сестринский персонал должен чётко представлять потенциальные проблемы пациентов, связанные с заболеванием или пребыванием в ЛПУ. Например, для пациентов с нарушением подвижности такой проблемой являются пролежни, для пациентов с неукротимой рвотой — аспирация, обезвоживание. Побочные реакции могут возникать в ответ на проведённые сестринские вмешательства. Необходимо предвидеть развитие осложнений и вовремя скорректировать свои действия либо прервать манипуляцию. Так, в случае выраженной аллергической реакции, медсестра вправе прекратить капельное вливание ещё до прихода врача. Сестринский персонал обязан знать список препаратов, которые снижают или снимают побочные реакции и осложнения.

Следует знать особенности проведения различных диагностических процедур, их возможные последствия. Например, побочным действием бариевой клизмы при проведении ирригоскопии является задержка стула. Необходимо проследить за пациентом после такого исследования, дать ему рекомендации относительно питьевого режима, после беседы с врачом в случае необходимости дать слабительное, выяснить и отметить, когда был стул.

7. Профилактические мероприятия. Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Профилактические мероприятия гораздо шире и разнообразнее, чем просто выполнение определённых действий по уходу. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения людей к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений, в том числе ятрогенного характера; усиление реабилитационных возможностей пациентов и оказание помощи инвалидам.

Профилактика — одно из основных направлений в деятельности сестринского персонала, и поэтому при каждой встрече с пациентом

надо стараться изменить его отношение к состоянию своего здоровья, сделать активным участником сестринского процесса, направленного на лечение настоящего заболевания, профилактику обострений и предотвращение появления новых проблем со здоровьем. Примеры таких действий: участие сестры в профилактических осмотрах, иммунизации населения, обучение пациентов, страдающих артериальной гипертензией, измерять артериальное давление и вести дневник наблюдений, а пациентов, страдающих сахарным диабетом, самостоятельно определять уровень сахара.

8. Выполнение процедур и манипуляций по уходу. Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций. Несмотря на стандартный подход к выполнению процедуры, в каждом отдельном случае она проводится с учётом особенностей пациента и личного опыта персонала.

В течение рабочего дня медицинскому персоналу приходится выполнять множество процедур: перестилание постели и перекладывание пациента, искусственное кормление, парентеральное введение лекарственных препаратов, введение уретрального катетера, постановку клизмы и т.д. Выполняя манипуляции, необходимо помнить старейшую заповедь медицинской этики: «Не навреди!», хорошо знать цели, время, этапы, ожидаемые результаты каждого действия, возможные реакции пациентов. Сестринская практика должна быть «вдумчивой». Только в этом случае можно гарантировать качество и безопасность ухода.

9. Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи. Это существенный компонент практики среднего медицинского персонала, одна из его профессиональных задач. Здесь предусмотрены зависимые, независимые и взаимозависимые действия, что определяется, прежде всего, местом оказания доврачебной помощи: догоспитальный этап или стационар. Для оказания такой помощи следует уметь распознать неотложное состояние, в совершенстве владеть техникой реанимационных мероприятий, знать лекарственные препараты, которые применяют в экстремальных ситуациях, способы их введения, чётко и слаженно работать с членами бригады.

10. Наблюдение и оценка действий всех членов бригады участвующих в уходе. Весь комплекс мероприятий по уходу обычно выполняется несколькими людьми. Это медицинские сёстры (постовые, процедурные, перевязочные), диетсестра, инструктор ЛФК, младшая медицинская сестра, родственники и др. Распределяя уход, необхо-

димо быть уверенным, что он будет выполнен в соответствии с необходимыми требованиями или стандартами сестринской практики.

Осуществляя уход за пациентом, сестринский персонал должен гарантировать качество и безопасность проводимых мероприятий, стремиться к совершенству техники выполнения.

ВЫВОДЫ

- Четвёртый этап сестринского процесса начинается, как правило, после того, как план ухода уже выработан. Прибегать к немедленному выполнению (игнорируя составление плана) необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента.
- Для успешного выполнения сестринский персонал должен хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в его компетенцию.
- Сестринское вмешательство — это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение.
- Сестринский персонал выполняет специальные сестринские вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми. Кроме этого, есть сестринские вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.
- Основой сестринской практики выступают познавательные, межличностные и психомоторные навыки. Отсутствие опыта и должной квалификации не может служить оправданием в случае причинения пациенту вреда в результате любого сестринского вмешательства.
- В карте сестринского наблюдения за пациентом чаще регистрируются действия сестры, имеющие непосредственное влияние на лечебный процесс и прогноз заболевания.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Как называется четвёртый этап сестринского процесса?
2. Что такое «сестринское вмешательство»?
3. Что такое «выполнение плана»? Кого привлекают к выполнению плана ухода?

4. Вспомните системы ухода. Какой уход называется компенсирующим?

5. Что такое «консультативный уход»?

6. Какое действие сестринского персонала рассматривается как независимое? Приведите пример независимого сестринского вмешательства.

7. Какое вмешательство считается взаимозависимым?

8. Какие действия по уходу должны регистрироваться в СИБе?

9. К какому типу сестринских действий относится обучение пациента?

10. Что такое «упреждающий уход»?

Выбрать один ответ:

1. Зависимое сестринское вмешательство:

- а) проведение реанимационных мероприятий;
- б) кормление пациента в постели;
- в) перестилание и перекладывание пациента;
- г) подготовка пациента к колоноскопии;
- д) участие в операции.

2. Медицинская сестра несёт ответственность за сестринские действия:

- а) зависимые, независимые, взаимозависимые;
- б) зависимые и независимые;
- в) зависимые и взаимозависимые;
- г) независимые;
- д) взаимозависимые.

3. Вид ухода для решения проблемы дефицита знаний пациента о своём состоянии:

- а) консультативный;
- б) компенсирующий;
- в) частично компенсирующий.

4. Стратегия ухода за пациентом без сознания:

- а) консультативная;
- б) компенсирующая;
- в) частично компенсирующая.

5. Заболевания пациентов, которые возникают в результате неправильных действий или поведения медицинского персонала, называются:

- а) психопатиями;
- б) ятрогениями;
- в) миэлогениями;
- г) эгротогениями;
- д) эгогениями.

6. К ятрофизиогении можно отнести:
 - а) аллергическую реакцию на лекарственный препарат;
 - б) пролежни;
 - в) конфликт между пациентом и сестрой;
 - г) отказ пациента от лечения.
7. В сестринской истории болезни пациента отражаются этапы сестринского процесса:
 - а) 1, 5;
 - б) 1, 2, 3;
 - в) 1, 2, 3, 5;
 - г) 1, 2, 3, 4, 5.
8. В листе регистрации сестринских действий отмечаются
 - а) все без исключения действия сестры, выполненные при ведении данного пациента;
 - б) действия, направленные на лечение и исход болезни;
 - в) только зависимые действия.
9. К независимым сестринским вмешательствам относятся:
 - а) беседы о питании и гигиене тела;
 - б) советы по питанию, введение лекарственных препаратов;
 - в) введение лекарственных препаратов, участие в операции;
 - г) участие в операции и подготовке к исследованию.
10. Вмешательства сестринского персонала, связанные с обучением:
 - а) помощь в выполнении действий по самоуходу;
 - б) контроль работы младшей медицинской сестры;
 - в) советы и инструкции пациенту;
 - г) постановка клизмы перед исследованием;
 - д) подача грелки при ознобе.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Определите вид сестринских действий по уходу для решения следующих проблем пациента:
 - а) задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара;
 - б) беспокойство по поводу предстоящего исследования;
 - в) боль в области внутривенного вливания, связанная с наличием гематомы;
 - г) риск инфицирования, связанный с наличием постоянного уретрального катетера;
 - д) риск рецидива заболевания, связанный с отказом от продолжения лечения.
2. Заполните лист регистрации сестринских действий в истории болезни, которую вы ведёте.

ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА

Изучив эту тему, вы узнаете:

- аспекты оценки;
- источники оценки;
- критерии оценки;
- роль оценки в определении эффективности и качества ухода.

Изучив эту тему, вы сможете:

- документировать оценку в плане ухода;
- оформлять выписной эпикриз.

15.1 ПОНЯТИЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА

Заключительный пятый этап сестринского процесса — оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости. Цели этапа:

- оценить реакции пациента на сестринский уход;
- оценить полученные результаты и подвести итоги;
- оформить выписной эпикриз;
- проанализировать качество оказанной помощи.

Оценку ухода проводят не только в день выписки пациента из стационара, а постоянно, при каждой встрече: на обходе с врачом, на процедурах, в коридоре, столовой и т.п. Состояние пациента меняется ежедневно и даже несколько раз в день, что не всегда вызвано характером заболевания и лечением. Это может быть обусловлено взаимоотношениями с соседями по палате, медицинским персоналом, отношением к процедурам, известиями из дома или от родственников. Наблюдение за пациентом — тоже действие сестринского персонала. Необходимо замечать малейшие изменения в состоянии или поведении больных, рассматривая поведение как один из основных критериев оценки. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс происходит заново. Например, пациент после операции утром не смог самостоятельно изменить положение тела, а через 3 ч медсестра заметила, что он переворачивается без посторонней помощи. Это одновременно и новая информация о пациенте, и критерий оценки. Изменения поведения и состояния пациента, отражающие положительную динамику — очередная победа медицинского персонала. К сожалению, иногда лечение и уход малоэффективны. Например, у пациента после выполнения запланированных мероприятий по снижению температуры, после проведения капельного вливания вновь возникают жалобы на озноб.

Не всегда и не все проблемы, оценочные характеристики регистрируют, чаще (если они не оказывают влияние на течение заболевания или прогноз) их просто констатирует сестринский персонал и устно передаёт по смене. И наоборот, оценку и регистрацию оценочных показателей состояния пациента отделения интенсивной терапии проводят в наших клиниках каждые полчаса или час. Если пациент требует повышенного внимания со стороны персонала, критерии оценки его состояния заносят в тетрадь сдачи дежурств, обсуждают в начале рабочего дня на «пятиминутках» и вечером при сдаче смены.

Для качественного проведения заключительного этапа сестринского процесса необходимо: знать, какой аспект вы хотите оценить; иметь источники важной для оценки информации; уточнить критерии оценки — предполагаемые результаты, которые сестринский персонал желает достичь совместно с пациентом (рис. 15-1).

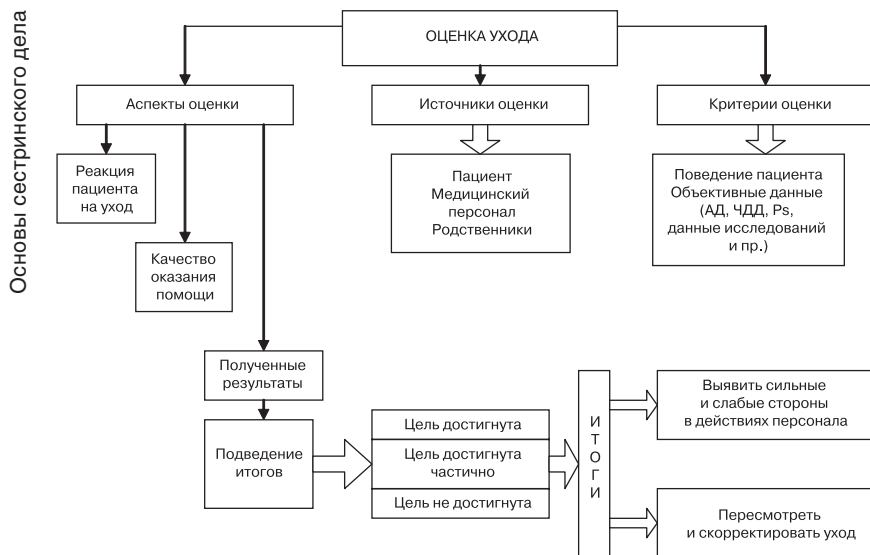


Рис. 15-1. Пятый этап сестринского процесса

15.2. АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ

Этап оценки — это мыслительная деятельность. Сестринскому персоналу предстоит на основе использования определенных критериев оценки сравнить имеющиеся результаты ухода с желаемыми: оценить реакцию пациента и на этой основе сделать вывод о полученных результатах и качестве оказания помощи. Для объективной оценки степени успешности ухода необходимо:

- уточнить поставленную цель и ожидаемый результат в поведении или реакции пациента на заболевание или свое состояние;
- оценить наличие у пациента желаемой реакции или поведения;
- сравнить критерии оценки с имеющейся реакцией или поведением;
- определить степень согласованности между целями и реакцией пациента.

15.3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

Оценочными критериями могут быть слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Например, при отёках оценочными критериями могут выступать показатели веса и водного баланса, при выявлении уровня боли — пульс, положение в постели, поведение, вербальная и невербальная информация и цифровые шкалы оценки боли (если их используют) (табл. 15-1).

Если поставленные цели выполнены, проблема пациента решена, сестринский персонал должен сделать соответствующую запись в истории болезни, поставить дату решения проблемы и свою подпись.

Иногда решающую роль на этапе оценки играет мнение пациента о проведённых действиях (табл. 15-2).

15.4 ИСТОЧНИКИ ОЦЕНКИ

Источником оценки выступает не только пациент. Сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении и уходе за пациентом.

Оценку эффективности всего ухода проводят при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ либо в патологоанатомическое отделение в случае летального исхода.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривают или прерывают. Когда цель частично или полностью не достигнута, следует проанализировать причины неудачи, среди которых могут быть:

- отсутствие психологического контакта между персоналом и пациентом;
- языковые проблемы в общении с пациентом и родственниками;
- неполная или неточная информация, собранная на момент поступления пациента в стационар или позже;
- ошибочная трактовка проблем;
- нереальные цели;
- неверные пути достижения целей, отсутствие достаточного опыта и профессионализма в выполнении конкретных действий по уходу;

- недостаточное или чрезмерное участие самого пациента и родственников в процессе ухода;
- нежелание при необходимости просить о помощи коллег.

15.5 ДЕЙСТВИЯ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА УХОДА

В случае отсутствия эффекта сестринский процесс начинают заново всё в той же последовательности (табл. 15-3).

Оценка позволяет персоналу не только выяснить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

15.6 ОФОРМЛЕНИЕ ВЫПИСНОГО ЭПИКРИЗА

При окончании времени пребывания пациента в стационаре, краткосрочные цели ухода часто уже достигнуты. При подготовке к выписке оформляют выписной эпикриз, пациента передают под наблюдение участковой медсестре, которая продолжит уход по решению долгосрочных целей, связанных с реабилитацией и профилактикой рецидивов. Эпикриз предусматривает отражение всего ухода, полученного пациентом в ЛПУ. В нём фиксируют:

- проблемы, присутствующие у пациента на день поступления;
- проблемы, появившиеся во время пребывания в отделении;
- реакции пациента на предоставленный уход;
- проблемы, оставшиеся при выписке;
- мнение пациента о качестве оказанной помощи.

Сестринский персонал, который продолжит уход за пациентом после выписки, вправе для скорейшей адаптации пациента к домашним условиям пересмотреть запланированные мероприятия.

Образец заполнения эпикриза представлен в СИБ в конце главы. Правила оформления выписного эпикриза в карте сестринского наблюдения за пациенткой Кориковой Е.В. приведены в СИБ в конце раздела.

Таблица 15-1. Примеры проблем и критериев оценки достижения цели

Проблема	Критерии оценки
Риск рецидива, связанный с отказом от дальнейшего лечения	Понимание и согласие на введение антиалкогольных препаратов пролонгированного действия, выраженное вербальным и невербальным поведением пациентки
Беспокойство за исход операции, связанное с негативными последствиями предыдущей госпитализации	Пациент спокойно обсуждает своё состояние и предстоящую операцию
Риск развития запоров в послеоперационный период	Пациентка продемонстрировала знания для предупреждения возможной проблемы
Угроза снижения и прекращения лактации	Пациентка освоила технику сцеживания, сцеживает грудь 3 раза в сутки по 150 мл
Снижение аппетита, связанное с новыми условиями пребывания	Пациент с удовольствием съел необходимый рацион.
Появление общего беспокойства (плачет) из-за отсутствия родителей	Ребёнок успокоен, спит. Мама рядом с ним
Нарушение формулы сна	Улучшение формулы сна со слов пациента и визуально.
Задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара	Пациент отмечает наличие стула каждые 48 ч
Сильные постоянные боли в области правого подреберья, вызванные обострением хронического холецистита	Пациентка спокойно лежит на боку, читает, отмечает снижение боли
Риск нарушения общения, связанный с неприятным запахом изо рта, обусловленный парадонтитом	Пациентка свободно вступает в контакт. Запах изо рта отсутствует

Таблица. 15-2. Сравнение цели и реакции пациента на предоставленный уход

Цели	Реакции пациента	Оценка
К моменту выписки пациент и сестра отмечают отсутствие признаков инфицирования	Послеоперационный шов зажил первичным натяжением. Т 36.7 °С; в крови: $L 6 \times 10^9 / л$; СОЭ 7 мм/ч	Реакция пациента совпала с ожидаемым результатом. Цель достигнута
Пациент удовлетворён уходом, проводимым медицинской сестрой во время всего постельного режима	Отсутствие жалоб со стороны пациента, опрятный внешний вид пациента	Цель достигнута
Пациент не испытывает дискомфорта, прося подать и отнести судно 12.04	12.04. Пациент не просит подать судно	Пациент использует судно только по настоянию медицинского персонала. Цель не достигнута
Пациент отметит снижение диспепсического дискомфорта к вечеру	Пациент сообщил о снижении дискомфорта. Отсутствие рвоты	Цель достигнута
Пациент будет сам вводить заданную дозу инсулина через три дня	Пациент набрал в шприц и самостоятельно ввёл необходимую дозу инсулина с соблюдением асептики и антисептики	Цель достигнута, реакция пациента и ожидаемые результаты совпали

Таблица 15-3. Пример действий медсестры, если цель ухода не достигнута

Дата	Проблема пациента	Цель ухода	Действия сестры	Оценка эффективности		
				Кратность	Критерий	Общая оценка
21.04	Риск развития метеоризма в ранний послеоперационный период	Пациент и медсестра отметят отсутствие метеоризма 21 и 22.04	1. Контролировать приём жидкости. 2. Контролировать режим двигательной активности	Каждый час	22.04 в 8 ч. Вздутие живота, усиление болей в области операционного доступа	Цель не достигнута. 22.04 м/с Жукова
22.04 8.00	Метеоризм, связанный с нарушением питьевого режима	Пациент и сестра отметят отсутствие метеоризма после постановки газоотводной трубки и позже 22 и 23.04	1. Ввести пациенту газоотводную трубку на 1 ч и повторно при необходимости. 2. Провести беседу с пациентом об особенностях питьевого и пищевого режима в послеоперационный период. 3. Убедить пациента в необходимости повышения двигательной активности	Каждый час	8.30. По газоотводной трубке отходят газы; пациент сообщил, что боли в животе беспокоят меньше; пациент демонстрирует знания по профилактике вздутия живота. 9.10. После удаления газоотводной трубки: живот опал, боли не беспокоят, пациент самостоятельно повернулся на спину. 11.00. Пациент спит	23.04 Цель достигнута м/с Куваева. Пациент встал, живот мягкий, слегка болезненный в области операционной раны

15.7. ЕСТЬ ЛИ БУДУЩЕЕ У СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА?

Проблемы, которые решает медицинский работник, оказывая помощь пациентам, сами по себе чреваты напряженностью, мучениями и переживаниями. Если добавить к этому ошибки, промахи, человеческие слабости, испытания, которым подвергает повседневная жизнь, то станет понятна перегруженность медицинских работников, их напряжённый ритм жизни, иногда не выдерживание нагрузки. Избежать этого позволяет хорошая организация работы, возможная во многом благодаря введению современной технологии сестринского дела — сестринскому процессу.

Многие думают, что сестринский процесс — это формализм, «лишние бумаги», на заполнение которых нет времени. Но дело в том, что за этим стоит пациент, которому в правовом государстве должна быть гарантирована эффективная, качественная и безопасная медицинская помощь, в том числе и сестринская.

Медицинская сестра — равноправный член медицинской бригады, необходимый и великому хирургу, и гениальному терапевту. В ряде ЛПУ, пытающихся совершенствовать технологии сестринского дела, отмечены и понимание, и поддержка со стороны врачей, а без этого нововведения невозможны.

В учреждениях практического здравоохранения стали вести «Карты сестринского наблюдения за пациентом». Эти примеры показывают, что заводят её не на каждого, чаще гериатрического, обречённого, тяжёлого пациента. На практике она компактна, рассчитана на профессионала и не так объёмна по сравнению с тем примером, который вы видели в данном пособии. Форма ведения такого документа произвольная: карта и не может быть стандартной. Ценность её заключается в отражении работы данного коллектива медицинских сестер, учитывая его особенности и специфику пациентов. Фиксирование каждого действия сестры по уходу за конкретным пациентом в карте сестринского наблюдения даёт возможность определить объём и качество оказанной помощи, сравнить проведённый уход со стандартами, обвинить или оправдать сестру при необходимости. Отсутствие такого документа, показывающего участие сестринского персонала в процессе ведения конкретного пациента, в практическом здравоохранении сводит на нет его ответственность за свои действия.

Представители ЛПУ, в которых введена экспериментальная «Карта сестринского наблюдения за пациентом», говорят, что это шанс улучшить качество сестринской помощи, оценить участие и показать

«свое лицо» в лечебном процессе, решить ряд проблем (прежде всего в пользу сестры и пациента).

Здоровье — большой труд. Болезнь — всегда большое и трудное «приключение». Следить за её развитием, основательно изучать проблемы больного, с радостью решать сложные задачи в ходе лечения — важнейшие цели труда медицинской сестры.

Внедрения в практику работы медицинских учреждений новых сестринских технологий, предусматривающих творческий подход, способно обеспечить дальнейший рост и развитие сестринского дела как науки, оказать действенное влияние на качество медицинской помощи, поднять значимость и престиж профессии в системе здравоохранения.

ВЫВОДЫ

- Пятый, заключительный этап сестринского процесса, — оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости.
- Источником оценки выступает не только пациент, сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении больного и уходе за ним.
- В качестве оценочных критериев могут быть использованы слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Поведение пациента — один из основных критериев оценки ухода.
- Оценка позволяет сестринскому персоналу не только оценить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.
- Оценку эффективности всего ухода проводит сестринский персонал при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ, либо патологоанатомическое отделение при летальном исходе. Информация, полученная на момент окончательной оценки, должна быть проанализирована и зафиксирована в выписном эпикризе сестринской истории болезни. Здесь отмечают не только объём предоставленной сестринской помощи и реакцию пациента на уход, но и проблемы, требующие решения после выписки пациента из ЛПУ.
- Сестринский персонал, продолжающий уход после выписки, вправе пересмотреть запланированные мероприятия для скорейшей адаптации пациента к домашним условиям.

- Ведение «Карты сестринского наблюдения за пациентом» в практическом здравоохранении — шанс улучшить качество сестринской помощи и оценить роль сестринского персонала в лечении пациентов.

Основные понятия: оценка ухода, источники оценки, аспекты оценки, критерии оценки, выписной эпикриз.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

Вопросы для самопроверки:

1. Какую цель преследует пятый этап?
2. Перечислите аспекты оценки ухода.
3. Кто и что являются источниками оценки ухода?
4. Что такое «критерии оценки»?
5. Какую роль играет поведение пациента в оценке ухода?
6. Как часто проводят оценку?
7. В каких случаях следует пересмотреть план ухода за пациентом?
8. Что может быть причиной неудач в работе сестринского персонала?
9. Какую роль в карте наблюдения за пациентом играет регистрация плана ухода?
10. Согласны ли вы с мнением, что ведение сестринских историй болезни способствует повышению качества сестринской помощи?

Выбрать один или несколько ответов:

1. Источниками оценки ухода могут быть:
 - а) только пациент и сестра;
 - б) только сестра и врач;
 - в) только врач и родственники;
 - г) родственники, пациент, врачи.
2. Источники только объективной информации о пациенте:
 - а) пациент и члены его семьи;
 - б) сестра и врач;
 - в) врач и пациент.
3. Медсестра должна проводить оценку эффективности и качества ухода за пациентом:
 - а) только в начале и конце смены;
 - б) только на день выписки пациента;
 - в) постоянно при каждом контакте;
 - г) строго каждый час.

4. Критерии оценки проблемы «страх потерять работу»:
 - а) ЧДД, характеристики пульса;
 - б) характеристики пульса, отсутствие страха;
 - в) согласие пациента с необходимостью сменить работу, его обращение в центр занятости;
 - г) снижение страха со слов родственников.
5. Способность сестринского персонала к критическому мышлению отражает способности:
 - а) интеллектуальные;
 - б) технические;
 - в) коммуникативные;
 - г) организаторские.
6. Этап оценки выполнения сестринского процесса:
 - а) выявляет «новое» состояние пациента;
 - б) направлен только на оценку качества ухода;
 - в) проходит без участия пациента.
7. Критерии наличия и оценки боли:
 - а) поведение, слова пациента;
 - б) слова пациента, показатели температуры;
 - в) показатели температуры, ритм пульса;
 - г) ритм пульса, положение пациента в постели.
8. Критерии оценки наличия и динамики отёков:
 - а) пульс, ЧДД;
 - б) взвешивание, ЧДД;
 - в) взвешивание, определение водного баланса;
 - г) определение водного баланса, положение в постели;
 - д) положение в постели, мобильный статус.
9. Антропометрические показатели могут быть критериями оценки в решении проблемы:
 - а) риск истощения;
 - б) задержка стула;
 - в) беспокойство по поводу предстоящей операции.
10. Достижение долгосрочных целей, связанных с реабилитацией пациента после перенесенного инсульта, оценивают:
 - а) ежедневно, многократно;
 - б) ежедневно, однократно;
 - в) через день;
 - г) раз в неделю;
 - д) раз в месяц.

УЧЕБНЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Определите критерии и кратность оценки проблем вашего пациента, зафиксируйте данные в рабочей тетради.
2. Сделайте отметку о достижении целей в плане ухода вашей истории.
3. Прочитайте заполненную вами историю с начала и до конца, оформите эпикриз.
4. По возможности оцените сильные и слабые стороны ухода за вашим пациентом (родственником).
5. Оцените эффективность ухода за пациенткой Кориковой Е.В., отражённого в сестринской истории болезни стационарного больного (глава 16).

СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО (КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Студент _____ гр. _____

Сестринская история стационарного больного № 246 (карта сестринского наблюдения)

Наименование лечебного учреждения: *Светлогорская ЦРБ.*

Дата и время поступления: *10 апреля 2005 года 16:00.*

Дата и время выписки: *24 апреля 2005 года.*

Кем направлен больной: *доставлена машиной скорой помощи в сопровождении мужа.*

Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет (подчеркнуть), через 2 ч после начала заболевания, получения травмы.

Госпитализирован в плановом порядке: да, нет (подчеркнуть).

Виды транспортировки: на каталке, на кресле-каталке, может идти (подчеркнуть).

Отделение — *1 хирургическое*, палата — *№ 6.*

Переведён в отделение _____
_____. Проведено койко-дней *14.*

Ф.И.О. Корикова Елена Владиславовна.

Пол *женский*, возраст *45 лет* (полных лет, для детей до 1 года — месяцев, до 1 мес — дней).

Место работы, должность: *детский сад № 17, методист.*

Профессиональные вредности: да, нет (подчеркнуть), указать какие _____.

Для инвалидов род и группа инвалидности: _____.

Постоянное место жительства (телефон): *г. Светлогорск, ул. Солнцева д. 5, кв. 12, телефон 7-71-77, прописана там же* (вписать адрес, указав для приезжих область, район, населённый пункт, адрес и телефон родственников).

Семья/близкие люди: *муж, двое детей-школьников.*

Аллергологический анамнез: лекарственные препараты *отрицает.*

Пищевые аллергены: *отрицает*, другое _____.

Побочное действие лекарств: *отрицает* (название препарата, характер побочного действия).

Эпидемиологический анамнез: *без особенностей* (контакт с инфекционными больными, выезд за пределы города или государства, гемотрансфузия, инъекции, оперативные вмешательства за последние 6 мес).

Врачебный диагноз при поступлении: *обострение хронического холецистита. Холестаз? 22.04. хронический калькулезный холецистит.*

Сестринские диагнозы при поступлении: *сильная боль в правом подреберье с иррадиацией в спину, беспокойство по поводу госпитализации, риск обострений, изменённое питание.*

СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Анамнез болезни:

1. Причина обращения, самооценка состояния: *нестерпимые боли в правом подреберье с иррадиацией в спину.*

2. Отношение к болезни: *адекватное, отрицание, недооценка тяжести состояния*, преувеличение тяжести состояния, уход в болезнь.

3. Мотивация к выздоровления (*есть*, слабая, нет).

4. Ожидаемый результат: *прекращение болей.*

5. Отношение к процедурам: *адекватное*, неадекватное.

6. Источники информации: *пациент*, семья, *медицинские документы*, друзья, медицинский персонал и другие источники.

7. Жалобы пациента в настоящий момент: *сильные боли в правом подреберье, тошнота.*

8. Дата заболевания (обострения): *10 апреля 2004 года*. Причина — приём жирной пищи. Подобные приступы имели место в прошлом году (последовательность появления симптомов, их динамика, интенсивность, локализация болей).

Считает себя больной 2 года, когда стала ощущать дискомфорт после приёма жирной и острой пищи (при хроническом течении: давность заболевания, частота и продолжительность обострений).

9. Что провоцирует ухудшение — *масляная и жирная пища, пере-едание*.

10. Что облегчает состояние (лекарственные препараты, физиотерапевтические методы и др.) — *проходит самостоятельно, лекарственных препараты не принимала до настоящего приступа*.

11. Как влияет болезнь на образ жизни больного — *ограничения в еде во время обострений*.

Анамнез жизни:

1. Условия роста и развития пациента — *в благополучной семье с двумя детьми, в благоустроенном загородном доме. Отец — военнослужащий, мать — домохозяйка*.

2. Окружающая среда — близость вредных производств, *автостоянок, автомагистралей, автомобильные выбросы*.

3. Перенесённые заболевания, операции — *детские инфекции*.

4. Сексуальная жизнь (возраст, контрацепция, проблемы) — *с 20 лет, контрацептивы не использует*.

5. Гинекологический анамнез — *менструации с 12 лет, регулярные, установились через год, по 3–5 дней без боли, последние 6 мес обильные, последняя менструация 28 марта, гинекологический осмотр был 8 мес назад* (последний осмотр гинекологом, начало менструаций, периодичность, болезненность, обильность, длительность, последний день).

Беременностей 3, 2 родов, дети-школьники, 1 мед. аборт без осложнений (количество беременностей, аборты, выкидыши; менопауза).

6. Особенности питания (предпочтение) — *диеты не соблюдает, любит мясные блюда*.

7. Вредные привычки (курит, со скольких лет, сколько штук в день, употребление алкоголя, наркотиков) — *отрицает*.

8. Духовный статус (культура, верования, развлечения, отдых, моральные ценности) — *верующая, любит вышивать*.

9. Социальный статус (роль в семье, на работе, в школе, финансовое положение) — *материально обеспеченная семья, за счёт мужа*.

10. Наследственность (наличие у кровных родственников следующих заболеваний (подчеркнуть)) — диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, инсульт, ожирение, туберкулёз, психические заболевания и др. *Гипертоническая болезнь у отца, умер в 58 лет от инсульта, ожирение у бабушки по отцовской линии.*

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (нужное подчеркнуть)

1. Сознание: *ясное*, спутанное (заторможенное, оглушённое, сопор, отсутствует).
2. Положение в постели: активное, пассивное, *вынужденное*.
3. Рост: *168 см*, вес: *95 кг*, должный вес: *74 кг*.
4. Температура тела: *37,0 °C*.
5. Состояние кожи и видимых слизистых оболочек:
 - *небольшая желтушность склер*;
 - цвет — *розовая*, гиперемия, бледность, цианоз, желтушность;
 - тургор — *нормальный*;
 - влажность — *повышенная*;
 - дефекты *отсутствуют* (повреждения, следы от инъекций, рубцы, варикозное расширение вен, высыпания, указать характер и локализацию);
 - придатки кожи — *ногти без особенностей, волосы чистые* (ломкость, грибковые поражения, педикулёз).
6. Зрение:
 - последний осмотр глаз — *не помнит*;
 - очки — есть, нет, *носит бифокальные*;
 - контактные линзы (мягкие, твёрдые, длительного ношения) — да, *нет*;
 - боль — да, *нет*;
 - пелена перед глазами — да, *нет*;
 - двоение в глазах — да, *нет*;
 - воспаление *отсутствует*.
7. Слух:
 - нарушения — да, *нет*, одно или оба уха;
 - тип слухового аппарата;
 - боль — да, *нет*, в каком ухе;
 - отделяемое — да, *нет*, из одного или обоих ушей;
 - характер выделений;
 - шум в ушах — да, *нет*.

8. Лимфоузлы увеличены: да, *нет* (указать локализацию).
9. Костно-мышечная система (указать локализацию):
 - деформация скелета/суставов — да, *нет*;
 - боли — *иногда, в пояснице*;
 - тугоподвижность — да, *нет*;
 - возможность ротации — *да*, нет;
 - атрофия мышц — да, *нет*;
 - адаптивные реакции при ампутации, парализации.
10. Дыхательная система:
 - аллергический ринит — да, *нет*;
 - тип аллергена;
 - метод лечения;
 - число простудных заболеваний в год — *1*;
 - носовые кровотечения — *отрицает*;
 - изменения голоса — да, *нет*;
 - число дыхательных движений — *28 в минуту*;
 - дыхание — глубокое, *поверхностное, ритмичное*, аритмичное, шумное (подчеркнуть, дописать);
 - характер одышки — экспираторная, инспираторная, смешанная);
 - экскурсия грудной клетки — симметричная, *да*, нет;
 - кашель — сухой, влажный;
 - мокрота — гнойная, геморрагическая, серозная, пенистая, с неприятным запахом;
 - количество мокроты — *нет*.
11. Сердечно-сосудистая система:
 - пульс (частота, напряжение, ритм, наполнение, симметричность, дефицит) — *98 в минуту, полный, ритмичный, дефицит 0, симметричный, удовлетворительного напряжения*;
 - АД на двух руках (*левая — 130/80, правая — 135/85*);
 - боли в области сердца (подчеркнуть) — *нет*;
 - характер (давящая, сжимающая, колющая, жгучая);
 - локализация (за грудиной, в области верхушки, левая половина грудной клетки);
 - иррадиация (вверх, влево, левая ключица, плечо, под лопатку);
 - длительность;
 - сердцебиение (постоянное, периодическое);
 - факторы, вызывающие сердцебиение;
 - чем купируют боли;

- отёки — да, *нет*, локализация;
- обморочные состояния *не бывают*;
- головокружение — 1–2 раза за всё время, с чем было связано, *не помнит*;
- онемение и чувство покалывания конечностей *отрицает*.

12. Желудочно-кишечный тракт:

- аппетит не изменён, снижен, отсутствует, *повышен*;
- глотание *нормальное*, затруднённое;
- последний осмотр стоматолога *не помнит, давно*;
- съёмные зубные протезы — да, *нет*;
- язык обложен — да, *нет, слегка*;
- тошнота, рвота — да, *нет, рвало пищей до приезда скорой помощи 2 раза*;
- изжога *бывает периодически, купируют лекарствами (смектит диоктаэдрический, алгедрат + магия гидроксид)*;
- отрыжка *часто*;
- гиперсаливация, жажда — *во время приступа*;
- боли в области правого подреберья;
- наличие стомы — *нет*;
- стул — *оформлен*, запор, понос, недержание, наличие примесей (слизь, кровь, гной), *через день*;
- живот — *обычной формы*, втянутый, плоский;
- увеличен в объёме (метеоризм, асцит) — *нет*;
- асимметричен — да, *нет*;
- пальпация живота — *безболезненная, болезненная, напряжён, синдром раздражения брюшины*.

13. Мочевыделительная система:

- мочеиспускание — *свободное*, затруднено, болезненно, учащено, недержание, энурез;
- цвет мочи — *обычный*, изменён (гематурия, «пива», «мясных помоев»);
- прозрачность — да, *нет*;
- суточное количество мочи — *норма*, анурия, олигурия, полиурия;
- симптом Пастернацкого — *отрицательный с обеих сторон*;
- наличие постоянного катетера, стомы — *отсутствует*.

14. Эндокринная система:

- характер оволосения — мужской, *женский*;
- распределение подкожно-жировой клетчатки — мужской тип, *женский тип*;

— видимое увеличение щитовидной железы — да, *нет*.

15. Нервная система:

— сон — *нормальный*, бессонница, беспокойный, *продолжительность — 8 ч (до настоящего времени)*;

— необходимы ли снотворные — да, *нет*;

— тремор — да, *нет*;

— нарушение походки — да, *нет*;

— парезы, параличи — да, *нет*.

14. Половая (репродуктивная) система:

— заболевание предстательной железы — да, нет;

— молочные железы — *норма*, патология, дата последнего само-
обследования желез — *месяц назад*.

Нарушенные потребности (подчеркнуть): *дышать, есть, пить, выделять, двигаться, поддерживать температуру, спать и отдыхать, избегать опасности*, сексуальные потребности, потребности в уважении и самоуважении, в общении, в самоактуализации.

Оценка принимаемых лекарств

Название	Метамизол натрия 50%	Панкреатин	Метаклопрамид	Цианокобаламин	Железа сульфат + Аскорбиновая кислота
Показания	при боли	застой желчи	тошнота	Нб=98г/л	Нб=98г/л
Фармакологическое действие	обезболивание	ферментативное	противорвотное	стимулирование эритропоэза	препарат желе-за
Способ приёма, время	в/м	вместе с пищей	в/м	в/м	внутрь
Доза	2.0 мл	1 др. 3 раза	2,0 мл	1.0 мл	1 таб в день
Эффективность действия	снижение боли	уменьшение тошноты	уменьшение тошноты	повышение Нб	повышение Нб
Побочные эффекты	отсутствуют	отсутствуют	отсутствуют	покраснение и зуд ладоней	отсутствуют.

Данные лабораторных и инструментальных исследований

Дата. Вид анализа, исследования	Результаты
Диастаза мочи 10.04	16 ед.
Общий анализ мочи 11.04.05	Плотность — 1011, эритроц. — отсутст., лейкоциты — 4–5 в п/з,
Общий анализ крови 11.04.05	Нв — 90 г/л, Э — $3,0 \times 10^{12}$ /л, L = $10,0 \times 10^9$ /л, эозин. — 6, палоч. — 9, сегм. — 46, лимф. — 27, моноц. — 12, СОЭ — 35 мм/ч
Биохимия крови 12.04.05	Мочевина — 8,3, креатинин — 93, общий билирубин — 13,0, глюкоза — 4,4, холестерин — 6,0
Кровь на RW 12.04	Отрицательно
Анализ крови на ВИЧ, HBSAg, HCV 12.04	Отрицательно
Резус-фактор крови 12.04	Группа крови — A (II), Rh ⁺ (положит.)
Анализ мочи по Нечипоренко 13.04	L — 4000, Эр — 1000, Ц — 220
ЭКГ 16.04	Ритм синусовый правильный. Вертикальное расположение электрической оси сердца. Нельзя исключить умеренную гипертрофию левого желудочка
Холцистография 16.04	Желчный пузырь не отконтрастирован
Нв крови 17.04	100 г/л
УЗИ брюшной полости 22.04	Желчный пузырь увеличен, стенки его утолщены. Множество конкрементов, заполняющих пузырь на 1/2, желчи достаточно.
Биохимия крови 22.04	Мочевина — 6,0, креатинин — 75, общий билирубин — 10,0, глюкоза — 5,0, холестерин — 5,4
Анализ крови 22.04	Нв — 110 г/л, Э — $3,4 \times 10^{12}$ /л, L — $8,6 \times 10^9$ /л, эозин — 2, палоч. — 1, сегм. — 46, лимф. — 32, моноц. — 10, СОЭ — 18 мм/ч

Дата	10.04	11.04	12.04	13.04	14.04	15.04	16.04
Дни наблюдения	1	2	3	4	5	6	7
Режим	Общий	Общий	Общий	Общий	Общий	Общий	Общий
Диета	–	5а	5а	5а	5а	5а	5а
Жалобы	Боль, тошнота	Те же	Боли непостоянные	Почти не беспокоят	Отрыжка, редко	Тошнота утром	Отрыжка
Сон	Прерывист	Прерывист	Прерывист	Беспокойный	Прерывист	Прерывист	Прерывист
Аппетит	Снижен	Снижен	Снижен	Снижен	Снижен	Снижен	Снижен
Стул	Не было	Нет	После клизмы	Не было	Не было	Самостоят. неизм. контр.	Не было
Мочеиспускание	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное
Гигиена (самостоятельно, необходима помощь)	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.
Сознание	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное
Настроение	Беспокойная	Беспокойная	Беспокойная	Тревога по поводу холецистогр-и	Адекватное	Адекватное	Волнение

Дата	10.04	11.04	12.04	13.04	14.04	15.04	16.04
Объём движений	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен
Кожа (цвет, чистая, сухая, сыпь, пролежни и т.д.)	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая
Пульс	98	92	90	86	96	90	86
АД	130/80	130/80 120/80	125/85 120/80	130/80 130/75	130/80 140/80	125/85 120/80	130/80
ЧДД	28	24	24	20	20	22	20
Пальпация живота	Болезн.	Болезн.	Лёгк. болезн.	Болезн.	Болезн.	Безбол.	Безбол.
Температура тела	37,2	37,0	36,8/37,1	36,9/37,2	36,7/37,0	36,5/36,9	36,6/37,0
Осложнения при введении л/с	Отсутств.	Гипер. и зуд ладоней	Отсутств.	Отсутств.	Отсутств.	Отсутств.	Отсутств.
Посетители	Муж	Муж	Муж, сын	Не было	Не было	Сын	Муж

Дата	17.04	18.04	19.04	20.04	21.04	22.04	23.04
Дни наблюдения	8	9	10	11	12	13	14
Режим	Общий	Общий	Общий	Общий	Общий	Общий	Общий
Диета	5	5	5	5	5	5	5
Жалобы	Отрыжка, лёгкая тошнота	То же	Отрыжка	Отрыжка	То же	Нет	Нет
Сон	Прерывист.	Прерывист.	Спокойный	До 6 ч	Непрер. до 4 ч	До 6 ч	До 6 ч
Аппетит	Снижен	Снижен	Восстанов.	Восстанов.	Снижен	Снижен	Обычный
Стул	Самостоят. оформл.	Отсутствовал	Самостоят. оформл.	Нормальный	После клизмы	Нормальный	Нормальный
Мочеиспускание	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное	Нормальное
Гигиена (самостоятельно, необходима помощь)	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.	Самостоят.
Сознание	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное
Настроение	Беспокойная	Адекватное	Адекватное	Адекватное	Беспокойная	Беспокойная	Адекватное
Объём движений	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен	Не ограничен

Дата	17.04	18.04	19.04	20.04	21.04	22.04	23.04
Кожа (цвет, чистая, сухая, сыпь, пролежни и т.д.)	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая	Чистая
Пульс	84	84	80	78	76	80	74
АД	125/80 130/80	120/80 125/80	125/85 120/80	120/80 125/80	125/80 130/80	125/85 130/80	120/80 120/75
ЧДД	20	22	20	18	20	18	20
Пальпация живота	Безболез.	Безболез.	Безболез.	Безболез.	Безболез.	Безболез.	Безболез.
Температура тела	36,2/36,8	36,3/36,6	36,1/36,5	36,0/36,6	36,4/36,7	36,0/36,5	36,5
Осложнения при введении лекарств	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Посетители	Муж, сын	Сын	Сын	Муж	Муж	Сын	Муж

План сестринского ухода

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
10.04	Сильная боль в правом подреберье, вызванная обострением хронического холецистита	Пациентка сообщает об отсутствии боли к концу лечения	Обеспечить физический и психический покой. Научить пациентку принимать положение, снижающее боль, — «поза плода» 10.04. Выполнять назначения врача: метамизол натрия 50% — 2,0 мл в/м однократно; глюконо-новокаиновая смесь 400,0 мл внутривенно капельно (с 10.04 по 12.04). Проводить контроль за снижением боли (при каждом контакте)	Ежедневно	Поведение пациентки, АД, пульс 13.04. Пациентка сообщила об отсутствии боли	17.04 боли нет. Цель достигнута. м/с Рындина
	Диспепсические расстройства: постоянная тошнота, изредка рвота	Пациентка отмечает отсутствие тошноты и рвоты через неделю	Приготовить всё необходимое для оказания помощи при рвоте в условиях палаты. Объяснить пациентке правила поведения во время рвоты, быть уверенным, что она способна оказать самопомощь 10.04. Предложить пациентке каждые 2 ч полоскать рот раствором мяты, эвкалипта. Выполнять назначения врача: панкреатин по 1 др. 3 раза в день во время еды с 12.04; метаклопрамид 2,0 мл в/м, ежедневно	Ежедневно	Отсутствие тошноты (слов пациентки) и рвоты 17.04. лёгкая тошнота. 18.04 тошнота отсутствует	Цель достигнута. м/с Иванова

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
10.04	Беспокойство по поводу госпитализации, вызванное отсутствием опыта пребывания в стационаре	Пациентка адаптирована к условиям стационара через три дня 13.04	Успокоить пациентку 10.04. Познакомить (по мере стихания боли) с правами пациента, соседями по палате, расположением основных и подсобных помещений, лечебно-охранительным режимом отделения; распорядком дня	Ежедневно	Поведение пациентки. 13.04 пациентка спокойно обсуждает своё состояние с медперсоналом и соседями по палате	Цель достигнута. м/с Рындина
	Риск повторных обострений, связанный с дефицитом знаний о своём заболевании	Пациентка продемонстрирует знания по профилактике обострений к концу лечения	Подобрать литературу, составить план проведения беседы и обсудить с лечащим врачом 11.04. Провести беседу и составить памятку 13.04. Предоставить пациентке специальную литературу с целью ознакомления 15.04. Провести повторную беседу на предмет выявления знаний пациентки 16.04. Провести повторную беседу в день выписки	16.04. и в день выписки	23.04. Пациентка демонстрирует знания, отвечает на вопросы сестры	Цель достигнута м/с Лубская

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
10.04	Нарушение питания: больше, чем положено, вызванное недооценкой состояния своего здоровья	Пациентка отметит тенденцию к снижению веса через две недели	Провести беседу относительно роли питания в профилактике заболевания и обострения в диете № 5 10.04. Следить за соблюдением диеты. Провести беседу с родственниками относительно обеспечения продуктами, снижающими тошноту, выдать памятку о диете № 5 10.04. Взвешивать пациентку по понедельникам	Раз в неделю	Аппетит, вес, желание следовать советам сестры и врача. 23.04. Вес — 93 кг	Цель достигнута. м/с Иванова
11.04	Риск анемии (Hb=98)	Стабилизация показателей в пределах не ниже 110 г/л	Обсудить и согласовать с врачом дальнейшие действия. Обеспечить назначения врача с 12.04 и до выписки: цианокобаламин 1,0 мл; железа сульфат+ аскорбиновая кислота 1 таб. в день (по мере стихания болей); настой плодов шиповника по 100,0 мл 2 раза в день. Провести беседу с родственниками о правилах приготовления настоя шиповника 12.04	Раз в неделю	Показатели гемоглобина крови. 17.04. Hb — 100 г/л 23.04. Hb — 110 г/л	Цель достигнута. м/с Иванова

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
11.04	Беспокойство по поводу возможности инфицирования при выполнении инвазивных процедур	Пациентка не выражает опасения при проведении инвазивных процедур с 12.04 до конца госпитализации	Провести беседу относительно санитарного режима отделения. Педантично и демонстративно выполнять требования санитарного режима при заборе крови из вены, осуществлении капельного вливания и выполнении других инвазивных процедур	При проведении инвазивных процедур	Пациентка не выражала беспокойства при парентеральном введении лекарственных препаратов, заборе крови из вены 12.04. Пациентка спокойно воспринимала инвазивные процедуры с 13.04 по 23.04	Цель достигнута. м/с Лубская
				После клизмы	После клизмы	Цель достигнута. м/с Рындина
12.04	Задержка стула более двух суток	Пациентка опорожнит кишечник 12.04.с помощью клизмы	Объяснить пациентке цель процедуры, получить согласие научить вести себя во время и после клизмы. Поставить очистительную клизму по назначению врача			

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
13.04	Неверные представления о сущности, показателях и правилах подготовки к холецистографии	Убедить пациентку в информативности исследования 16.04	Провести беседу с пациенткой о показаниях к проведению холецистографии, возможностях исследования 13.04. Объяснить пациентке правила подготовки к исследованию 13.04. Быть уверенным, что пациентка готова следовать рекомендациям. Обеспечить качественное выполнение мероприятий по подготовке к исследованию 15.04. Проследить за соблюдением диеты с 14.04 по 16.04	Два дня до исследования	Поведение и настроение пациентки. 16.04.	Цель не достигнута. м/с Лубская
					Пациентка взволнована. Желчный пузырь не отконтрастирован	
17.04	Дефицит знаний о подготовке к УЗИ, связанный с отсутствием опыта	Пациентка демонстрирует знания о подготовке к исследованию и готова следовать рекомендациям сестры 17.04	Объяснить цель процедуры, сообщить дату исследования 17.04. Познакомить пациентку с правилами подготовки к исследованию 20.04. Быть уверенным, что пациентка хорошо усвоила правила подготовки 20.04. Обеспечить проведение необходимых мероприятий 21.04	За два дня до исследования	21.04. Пациентка демонстрирует знания о подготовке к УЗИ. 22.04. УЗИ. Диагноз: калькулезный холецистит	Цель достигнута. м/с Рындина

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
21.04	Задержка стула более двух суток	Пациентка опорожнит кишечник после клизмы в 21 ч	В связи с отсутствием стула и подготовкой к УЗИ поставить очистительную клизму. Рекомендовать инструктора ЛФК относительно гимнастики и самомассажа для нормализации стула (по мере стихания процесса)	21.04 после клизмы	Пациентка опорожнила кишечник после клизмы 21.04	Цель достигнута. м/с Рындина
22.04	Беспокойство вызванное, результатами УЗИ (камни в желчном пузыре)	Пациентка получит необходимую информацию о принципах лечения калькулезного холецистита 22.04	После беседы с лечащим врачом рассказать пациентке о принципах лечения калькулезного холецистита (в пределах компетенции сестры). Рассказать о лапароскопических операциях. Познакомить, по возможности, с пациентками, перенесшими подобную операцию	Одно-кратно	Снижение беспокойства со слов пациентки и объективно. Поведение и настроение пациентки 22.04. Пациентка желает следовать рекомендациям медиков	Цель достигнута. м/с Рындина

Дата	Проблемы пациента	Цели ухода	Действия медсестры	Оценка эффективности ухода		
				Кратность	Критерий	Итоговая оценка
23.04	Риск обострений, связанный с отказом от оперативного лечения	Пациентка будет убеждена в результативности оперативного лечения и даст согласие на операцию 26.04	Согласовать дальнейшие действия с врачом 23.04. Провести беседу с родственниками пациентки, выяснить причину отказа, убедить в необходимости дальнейшего лечения 24.04	При каждом кон- дом кон- такте	24.04 пациентка просит выписать её по семей- ным обстоя- тельствам и выражает понимание относитель- но необ- ходимости оперативно- го лечения	Цель достигнута частично. м/с Иванова

Согласовано с лечащим врачом:
Медсёстры (подпись): Лубская, Рындина, Иванова

Врач (подпись): Сергейчук И.М.

Регистрация сестринских действий

Дата, время	Сестринские вмешательства	Реакция пациента	Подпись медсестры
10.04. 15:20	Ввела метамизол натрия 50% 2,0 мл в/м	Снижение интенсивности боли со слов пациентки	м/с Рындина
10.04. 16:00	Ввела глюкозо-новокаиновую смесь 400,0 мл в/в капельно	Пациентка уснула после вливания	м/с Рындина
10.04. 15:30	Обеспечила судном, полотенцем, объяснила, как вести себя во время рвоты	Пациентка способна оказать самопомощь при рвоте	м/с Рындина
10.04. 19:30	Познакомила (после сна) с режимом работы и порядком дня отделения	Пациентка высказала согласие следовать распорядку дня и режима отделения	м/с Рындина
11.04	Провела беседу о роли питания в профилактике заболеваний ЖКТ и обострений с пациенткой и родственниками	Пациентка выразила готовность следовать полученным рекомендациям	м/с Иванова
11.04	Ввела глюкозо-новокаиновую смесь 400,0 мл в/в, капельно	Пациентка спокойно перенесла процедуру	м/с Иванова
11.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м	Пациентка отметила снижение тошноты через 30 мин после инъекции	м/с Иванова
11.04	Ввела цианокобаламин 1,0 мл	Пациентка отметила покраснение и зуд ладоней после инъекции	м/с Иванова
12.04	Провела капельное в/в вливание глюкозо-новокаиновой смеси в количестве 400,0 мл	Без особенностей, незначительные боли	м/с Лубская

Дата, время	Сестринские вмешательства	Реакция пациента	Подпись медсестры
12.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м	Лёгкая тошнота после инъекции	м/с Лубская
12.04	Поставила очистительную клизму	Стул после клизмы	м/с Лубская
13.04	Провела венепункцию с целью забора крови из вены на биохимическое исследование	Пациентка спокойно перенесла процедуру	м/с Рындина
13.04	Провела беседу о предстоящем исследовании и правилах подготовки к холецистографии.	Пациентка готова следовать рекомендациям	м/с Рындина
14.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м, цианкобаламин 1,0 мл	Без особенностей	м/с Сергеева
15.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м	Без особенностей	м/с Иванова
15.04 19.30	Выдала 9 таблеток иопогноста, объяснила правила приёма	Позыв на дефекацию через 1 ч после приёма, все таблетки вышли со стулом	м/с Иванова
16.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м, цианкобаламин 1,0 мл	Без особенностей	м/с Лубская
16.04	Проведена беседа о возможных причинах полученного результата рентгенологического исследования желчного пузыря	Пациентка успокоена	м/с Лубская
17.04	Проведена беседа о правилах подготовки к УЗИ брюшной полости	Пациентка готова следовать рекомендациям сестры	м/с Иванова
17.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м	Без особенностей	м/с Иванова

Дата, время	Сестринские вмешательства	Реакция пациента	Подпись медсестры
18.04	Ввела метоклопрамид 2,0 мл в/м; цианкобаламин 1,0 мл	Без особенностей	м/с Лубская
19.04	Выдала для внутреннего применения панкреатин 3 раза, железа сульфат+ аскорбиновая кислота 1 таб	Без особенностей	м/с Рындина
20.04	Ввела цианкобаламин 1,0 мл, выдала панкреатин 3 раза, железа сульфат+ аскорбиновая кислота 1 таб	Без особенностей	м/с Лубская
21.04	Выдала для внутреннего применения панкреатин 3 раза, железа сульфат+ аскорбиновая кислота 1 таб	Без особенностей	м/с Иванова
21.04	Поставила очистительную клизму	Стул после клизмы	м/с Лубская
22.04	Провела венепункцию с целью забора крови для биохимического исследования	Прокол обеих стенок вены, незначительная гематома	м/с Лубская
22.04	Ввела цианкобаламин 1,0 мл, выдала панкреатин 3 раза, железа сульфат+ аскорбиновая кислота 1 таб	Без особенностей	м/с Лубская
23.04	Провела беседу с пациенткой и родственниками о принципах лечения калькулезного холецистита	Пациентка и родственники получили необходимую информацию	м/с Рындина
24.04	Дала советы по профилактике обострений	Пациентка выражает готовность следовать полученным рекомендациям	м/с Иванова

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Корикова Елена Владиславовна 1960 года рождения находилась на госпитализации в Раменской ЦРБ, хирургическом отделении с 10 апреля по 24 апреля 2005 г. с врачебным диагнозом: хронический калькулезный холецистит.

Проблемы при поступлении: постоянные сильные боли в области правого подрёберья с иррадиацией в спину, диспепсические явления (тошнота, рвота, нарушение питания, вес 95 кг), дефицит знаний о своём состоянии.

Проблемы, возникшие во время пребывания в стационаре: риск анемии (Hb=98), неверные представления о показаниях и подготовке к холецистографии, дефицит знаний о методах диагностики и лечения калькулезного холецистита, риск обострений, связанный с отказом от оперативного лечения.

Оценка результатов ухода (какие цели достигнуты, какие нет и почему): за время пребывания в стационаре боли купированы, рвота прекращена на 3-й день, тошнота — через неделю, с пациенткой проведены беседы о правильном питании и его роли в возникновении и профилактике обострений заболеваний ЖКТ. Даны рекомендации относительно диеты при холецистите. Вес при выписке — 93 кг, Hb=110. Пациентка убеждена в информативности УЗИ.

Проблемы на день выписки: отказ пациентки от оперативного лечения, она просит выписать её домой по семейным обстоятельствам. Даны рекомендации относительно питания и профилактики обострений.

Впечатления пациента о пребывании в стационаре: пациентка благодарна всем участникам лечебного процесса и готова следовать рекомендациям медицинского персонала (прийти для плановой госпитализации через месяц).

Медсестра: Иванова

Пациент: Корикова

Иванова В.А.

Корикова Е.В.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Амбулатория — лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания внебольничной медицинской помощи и имеющее не более 5 врачебных должностей.

Анамнез — совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём опроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц.

Анасарка — общая отечность всей подкожной жировой ткани и наличие жидкости в серозных полостях.

Андрагогика — теория обучения взрослых.

Асцит — скопление транссудата в брюшной полости.

Биоэтика — дисциплина, изучающая моральные стороны взаимодействия между медицинским работником и пациентом.

Больничные учреждения (больница, госпиталь и т.д.) — лечебно-профилактические учреждения, предназначенные для лечения больных в условиях стационара.

Водный баланс — соотношение между количеством принятой за сутки жидкости и количеством выделенной мочи.

Гемиплегия — паралич мышц одной половины тела.

Гидроторакс — скопление транссудата в плевральной полости.

Гипоксия — состояние, возникающее при недостаточном снабжении тканей кислородом или нарушении его утилизации в процессе биологического окисления.

Демография — наука о населении, закономерностях его воспроизводства в связи с социально-экономическими и историческими условиями.

Деонтология — раздел этики, рассматривающий проблемы профессионального долга, моральных требований и нормативов.

Диспансеризация — выявление больных с ранними формами некоторых заболеваний, лечение заболевших и систематическое наблюдение за состоянием здоровья определенных групп населения в целях предупреждения возникновения или распространения этих болезней.

Здоровье индивидуальное — состояние здоровья отдельного человека.

Здоровье общественное — состояние здоровья населения.

Здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения).

Здравоохранение — совокупность мер социально-экономического и медицинского характера, проводимых с целью организации медицинской помощи, сохранения и повышения уровня здоровья каждого отдельного человека и населения в целом; здравоохранение представляет собой систему государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, проводимых всеми государственными, хозяйственными, общественными организациями и медицинскими учреждениями в целях сохранения и постоянного улучшения здоровья каждого человека и всего населения, обеспечения оптимальных условий труда, быта и отдыха, гармонического физического и духовного развития человека, активного творческого долголетия всех членов общества; меры по охране здоровья строятся на принципах профилактики, бесплатности и общедоступности медицинской помощи, неразрывной связи медицинской науки и практики здравоохранения, активного участия общественности в деле охраны здоровья населения

Индивидуум — динамическая саморегулирующаяся биопсихосоциодуховная система.

Интеракция — организация совместной деятельности на основе выработки стратегии взаимодействия.

Качество — совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности.

Кома — состояние глубокого угнетения функций центральной нервной системы, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакций на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

Коммуникация — передача информации партнерами по общению.

Компетентность — психическое состояние, позволяющее действовать самостоятельно и ответственно.

Компетенция — круг полномочий какого-либо органа или должностного лица.

Конфиденциальность — неразглашение информации о человеке другим лицам без его согласия.

Концептуальная модель — способ осмысления той или иной дисциплины в ясных и точных терминах, которые могут быть переданы другим.

Концептуальная модель сестринского дела — схематичное представление сестринского дела в целом.

Медико-санитарная часть (МСЧ) — городская поликлиника или больница с поликлиникой, предназначенная исключительно или в основном для оказания лечебно-профилактической помощи работникам промышленных предприятий, строительных или транспортных организаций.

Медицинская ошибка — неблагоприятный исход медицинского вмешательства вследствие добросовестного заблуждения, основанного на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у больного, на недостатке знаний и опыта, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества.

Медицинские правонарушения — нарушения установленных законом и специальными инструкциями правил поведения и выполнения профессиональных обязанностей, за что медицинские работники должны нести уголовную ответственность.

Менархе — возраст наступления первой менструации.

Метод — способ достижения какой-либо цели.

Недееспособность — утрата лицом способности осуществлять свои гражданские права и обязанности вследствие глубоких нарушений психики; признается только по решению суда.

Несчастный случай — непредвиденное стечение обстоятельств и условий, при котором причиняется вред здоровью человека или наступает его смерть.

Обучение — целенаправленный процесс взаимодействия медицинской сестры и обучаемых лиц, в ходе которого последние овладевают определенными теоретическими и практическими знаниями, умениями и навыками.

Общение медицинской сестры профессиональное — процесс установления и развития контактов между медицинской сестрой и пациентом, порождаемый потребностями в совместной деятельности и включающий в себя различные стороны: передачу информации (коммуникацию), выработку стратегии взаимодействия (интеракцию), восприятие и понимание партнерами друг друга (перцепцию).

Опрос — метод сбора первичной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого.

Ответственность — способность держать ответ за свои действия или бездействия.

Охрана здоровья граждан — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического

характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Паллиативная помощь — помощь, временно облегчающая проявления болезни, но не излечивающая ее.

Паралич — расстройство двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц.

Парез — уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений, обусловленное нарушением иннервации соответствующих мышц.

Паттерн — установившееся правило, шаблон поведения.

Пациент — лицу, которому оказывают медицинскую помощь.

Перцепция — восприятие и понимание партнерами друг друга.

План ухода — письменное руководство по уходу, представляющее собой подробный перечень специальных действий, направленных на достижение целей по определенной проблеме пациента, с учетом конкретной ситуации.

Поликлиника — многопрофильное или специализированное лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее медицинскую помощь приходящим больным и на дому.

Потребность — состояние нужды организма в чем-либо, что составляет необходимое условие его нормального функционирования.

Приёмы обучения — персональные методы работы с информацией как преподавателя, так и обучаемого при заданных условиях деятельности.

Роль медицинской сестры социальная — модель поведения медицинской сестры, включающая права и обязанности, которые ожидаются от нее в ситуации оказания помощи.

Самоактуализация — реализация своих целей, способностей; развитие собственной личности через работу, учебу, игру.

Сестринский диагноз — состояние здоровья пациента (нынешнее или потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры.

Сестринский персонал — работники, имеющие медицинское образование по специальностям сестринское, акушерское, лечебное дело (квалификация — фельдшер) и допущенные к профессиональной деятельности в установленном порядке.

Сестринский процесс — системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента.

Сестринское дело — составная часть системы здравоохранения, направленная на решение проблем индивидуального и общественно-здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды.

Сленг — употребляемые определенной группой людей слова или выражения, которые не являются частью общеразговорного языка.

Смысл профессии — понятие, свойственное любой профессиональной группе. Оно истолковывает и оправдывает естественные для нее моральные нормы, показывает, чему служит эта профессия, определяет ее аспекты с точки зрения ценностных ориентаций — этики, правды, добра.

Сороригении (термин введен венгерским врачом И. Харди) — патологические реакции, возникающие у пациента вследствие неблагоприятного взаимодействия с медицинской сестрой.

Средства обучения — материалы, с помощью которых преподаватель осуществляет обучающее воздействие (учебный процесс).

Стандарт — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов. Он направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области.

Стандарты сестринского дела — основополагающие принципы или правила, в соответствии с которыми сестринский персонал может определить, отвечает ли оказываемая сестринская помощь установленному уровню качества.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи — лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для экстренного оказания внебольничной медицинской помощи населению при внезапных заболеваниях (патологических состояниях) и несчастных случаях, а также для срочной транспортировки больных и рожениц в стационар.

Статус — положение человека в социальной иерархии общества.

Стереотип — чрезмерно обобщенное представление чего-либо или кого-либо.

Терапевтическое обучение пациентов — комплекс действий, призванных помочь пациенту управлять своим лечением, предотвращать или отсрочивать развитие возможных осложнений.

Тургор — напряженность и эластичность ткани, изменяющиеся в зависимости от ее физиологического состояния; термин применяется преимущественно для характеристики состояния кожи.

Философия сестринского дела — часть общей философии, представляющая собой систему взглядов на взаимоотношения между медицинской сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой.

Хоспис — вид лечебно-профилактического учреждения, в котором оказывается помощь неизлечимым больным.

Цель сестринской практики — ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента.

Ценности профессии — нравственные характеристики, в которых находят выражение интересы и устремления определенной социальной группы.

Эвтаназия — удовлетворение медицинским персоналом просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Эогении — влияние пациента на самого себя в связи с болезнью или определенным состоянием здоровья.

Эгрогоении — патологические состояния, возникающие вследствие взаимного влияния пациентов друг на друга.

Ятрогении — патологические реакции, возникающие у пациента вследствие неблагоприятного взаимодействия с врачом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Амосов Н.М.* Преодоление старости / Н.М. Амосов. — М.: Будь здоров, 1996. — 190 с.
2. *Анохина Ю.В.* Актуальные вопросы и проблемы стандартизации сестринских технологий в Российской Федерации / Ю.В. Анохина // Глав. мед. сестра. — 2005. — № 9. — С. 25–34.
3. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы* / Отв. ред. Б.Г. Юдин. — М.: Эдиториал УРСС, 1998. — 472 с.
4. *Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы* (Материалы «круглого стола») // Вопр. философии. — 1992. — № 10. — С. 3–29.
5. *Битянова М.Р.* Социальная психология / М.Р. Битянова. — М.: Междунар. пед. акад., 1994. — 106 с.
6. *Богданович Л.А.* Записки психиатра / Л.А. Богданович. — М.: Медгиз, 1959. — 216 с.
7. *Бойко Ю.Г.* Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок / Ю.Г. Бойко, Н.Ф. Силаева. — Минск: Выш. шк., 1994. — 107 с.
8. *Бородина М.* Сестра милосердия / М. Бородина // Сестринское дело. — 1996. — № 3. — С. 2–3, 25.
9. *Введение в биоэтику: Учеб. пособие* / Отв. ред. Б.Г. Юдин. — М.: Прогресс-Традиция, 1998. — 384 с.
10. *Волков С.Р.* Статистика здоровья населения. Медико-демографические показатели / С.Р. Волков // Глав. мед. сестра. — 2005. — № 5. — С. 43–58.
11. *Гиппенрейтер Ю.Б.* Введение в общую психологию. Курс лекций / Ю.Б. Гиппенрейтер. — М.: ЧеРо, 1996. — 336 с.
12. *Гитлина Г.Б.* Свято-Димитриевское училище сестер милосердия / Г.Б. Гитлина // Мед. помощь. — 1996. — № 1. — С. 34–36.
13. *Грибанов Э.Д.* Женщина со светильником (к 175-летию со дня рождения Флоренс Найтингейл) / Э.Д. Грибанов // Мед. помощь. — 1996. — № 8. — С. 50–52.
14. *Двойников С.И.* Организация как объект управления / С.И. Двойников, С.В. Лапик, Ю.И. Павлов // Глав. мед. сестра. — 2005. — № 7. — С. 61–92.
15. *Двойников С.И.* Теория сестринского дела: Учеб. пособие для студентов факультета высшего сестринского образования / С.И. Двойников, Л.А. Карасева, Л.А. Пономарева. — Самара: Перспектива, 2002. — 160 с.
16. *Зимняя И.А.* Педагогическая психология: Учеб. для вузов / И.А. Зимняя. — М.: Логос, 2002. — 384 с.

17. *Карвасарский Б.Д.* (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.
18. *Киркеволд М.* Сестринское дело. Анализ и оценка теорий: Пер. с норвеж. / Марит Киркеволд. — М.: ПЕР СЭ, 2001. — 191 с.
19. *Козак В.С.* Контроль качества работы медицинских сестер / В.С. Козак. — М.: ГРАНТЬ, 2004. — 72 с.
20. *Кузина Л.Г.* Сестры милосердия в русско-турецкой войне 1877—1878 гг. / Л.Г. Кузина // Мед. помощь. — 1999. — № 4. — С. 53.
21. *Магазаник Н.А.* Искусство общения с больными / Н.А. Магазаник — М.: Медицина, 1991. — 112 с.
22. *Маколкин В.И.* Внутренние болезни: Учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенов. — М.: АМНИ, 1997. — 378 с.
23. *Маркова А.К.* Психология профессионализма / А.К. Маркова. — М.: Междунар. гуманитарный фонд «Знание», 1996. — 308 с.
24. *Марцинковский Г.Д.* 100 выдающихся психологов мира / Г.Д. Марцинковский, М.Г. Ярошевский. — М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. — 320 с.
25. Материалы I научно-практической конференции по теории сестринского дела. — М., 1993.
26. *Меграбиан А.* Психодиагностика невербального поведения / А. Меграбиан — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
27. *Мерта Д.* Справочник врача общей практики / Д. Мерта. — М.: Практика, 1998. — 1230 с.
28. Милосердие и женский труд в медицине (XI—XIX века) // Vivat Academia, СПбГМА им. И.И. Мечникова. — № 15.
29. *Мирский М.Б.* Медицина России XVI—XIX веков / М.Б. Мирский. — М.: Рос. полит. энциклопедия (РОССПЭН), 1996. — 400 с.
30. *Могилевский Б.* Жизнь Пирогова / Б. Могилевский. — М.: Детгиз, 1953. — 302 с.
31. *Мухина С.А.* Теоретические основы сестринского дела: Учеб. пособие: В 2 ч. Ч. 1 / С.А. Мухина, И.И. Тарновская — М.: Родник, 1996. — 184 с.
32. *Мухина С.А.* Теоретические основы сестринского дела: Учеб. пособие: В 2 ч. Ч. 2 / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. — М.: Родник, 1998. — 208 с.
33. *Назаренко Г.И.* Качество медицинской помощи. Управление. Измерение. Безопасность. информация / Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. — М.: Медицина XXI, 2004. — 432 с.

34. Найтингейл Ф. Записки об уходе / Ф. Найтингейл. — М.: ИД «Русский врач», 2002. — 96 с.
35. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений: В 2 кн. Кн. 1. Общие основы психологии / Р.С. Немов. — М.: Просвещение; Владос, 1994. — 576 с.
36. Основы сестринского дела: Учеб. пособие / В.Р. Вебер [и др.] — М.: Медицина, 2001. — 496 с.
37. Островская И.В. Основы психологии и практика профессионального общения медсестры и пациента / И.В. Островская. — М.: АНМИ., 2004. — 296 с.
38. Перфильева Г.М. Международная классификация сестринской практики / Г.М. Перфильева // Мед. сестра. — 1999. — № 6. — С. 34—38.
39. Перфильева Г.М. Реформы среднего медицинского образования в России / Г.М. Перфильева // Мед. помощь. — 1996. — № 8. — С. 7—9.
40. Перфильева Г.М. Сестринский диагноз / Г.М. Перфильева // Там же. — 1997. — № 3. — С. 27—28.
41. Перфильева Г.М. Сестринский процесс / Г.М. Перфильева // Мед. сестра. — 1999. — № 3. — С. 33—37.
42. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (Социально-гигиенический анализ и прогноз): Дис. ... д-ра мед. наук / Перфильева Галина Михайловна. — М., 1995. — 398 с.
43. Перфильева Г.М. Сестринское дело: эволюция понятий и развитие теорий / Г.М. Перфильева // Мед. помощь. — 1996. — № 4. — С. 3—6.
44. Перфильева Г.М. Флоренс Найтингейл и ее наследие / Г.М. Перфильева // Там же. — 1998. — № 3. — С. 4—8.
45. Романюк В.П. История сестринского дела в России / В.П. Романюк, В.А. Лапотников, Я.А. Накатис. — СПб.: СПбГМА, 1998. — 144 с.
46. Сестринское дело. Т. 1 / Под ред. А.Ф. Краснова. — Самара: Перспектива, 1998. — 368 с.
47. Сестринское дело. Т. 2 / Под ред. А.Ф. Краснова. — Самара: Перспектива, 1999. — 504 с.
48. Симакова А.Л. Методические подходы к постановке сестринских диагнозов / А.Л. Симакова // Мед. помощь. — 1997. — № 3. — С. 29—30.

49. *Смирнов С.Д.* Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности / С.Д. Смирнов. — М.: Академия, 2001. — 304 с.
50. *Сопина З.Е.* Теоретические основы сестринского дела: Учеб.-метод. пособие / З.Е. Сопина [и др.] — Раменское, 1997. — 84 с.
51. *Сопина З.Е.* Управление качеством сестринской помощи: Учеб. пособие / З.Е. Сопина, И.А. Фомушкина. — М.: АНМИ, 2006. — 151 с.
52. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. — СПб., 1998.
53. Учебное пособие по основам сестринского дела / Под общ. ред. А.И. Шпирна. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2005. — 720 с.
54. Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов медицинских колледжей и училищ по предмету «Основы сестринского дела». — М.: ВУНМЦ, 1999. — 60 с.
55. Учебные материалы по сестринскому делу «LEMON». — ВОЗ, ЕРБ.
56. *Хечинов Ю.Е.* Ангелы-хранители. Крутые дороги Александры Толстой / Ю.Е. Хечинов. — М.: РИА ДЮМ*М, 1996. — 464 с.
57. *Хечинов Ю.Е.* Разделяя боль солдата / Ю.Е. Хечинов // Сестринское дело. — 1997. — № 2. — С. 31.
58. Энциклопедия клинического обследования больного: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997. — 700 с.
59. *Яровинский М.Я.* Проблема ошибки в профессиональной деятельности медицинских работников / М.Я. Яровинский // Мед. помощь. — 1996. — № 6. — С. 41–46.
60. *Яровинский М.Я.* Размышления о морали, этике, биоэтике / М.Я. Яровинский // Там же. — 1999. — № 4. — С. 44–48.
61. *Beauchamp T., Childress J.* Principles of Biomedical Ethics. — 4th ed. — N.Y.; Oxford: Oxford Univ. Press, 1994.
62. Daughters of Charity of Saint Vincent de Paul, Britannica CD. Version 97. Encyclopaedia Britannica, Inc., 1997.
63. Huitt William G. Maslow's Hierarchy of Needs // <http://chiron.valdosta.edu/whuitt>.
64. *Kozier B., Erb G.* Fundamentals of Nursing: Concepts and Procedures. — 2nd ed. — California, 1983.
65. *Maslow A.* Motivation and Personality. — N.Y., 1954.
66. *Selander L.C.* Florence Nightingale: an environmental adaptation theory. — Newbury, CA: Sage Publications, 1993.

67. Underwood E. Ashworth. Nightingale, Florence, Britannica CD. Version 97. Encyclopaedia Britannica, Inc., 1997.

68. Fundamentals of nursing: human health and function / Eds Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle. — 3rd ed. — Lippincott, 2000. — 1445 p.

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАГРАДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР — МЕДАЛЬ ИМЕНИ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ¹

ИЗ РЕГЛАМЕНТА МЕДАЛИ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ

Статья I

По рекомендации VIII Международной конференции Красного Креста, состоявшейся в Лондоне в 1907 г., и по решению IX Международной конференции, проведенной в Вашингтоне в 1912 г., из пожертвований Национальных обществ Красного Креста был основан фонд памяти о выдающихся заслугах Флоренс Найтингейл в улучшении обслуживания раненых и больных.

Доходы этого фонда будут использованы для вручения медали, носящей название «медаль Флоренс Найтингейл».

Статья II

Медаль Флоренс Найтингейл предназначена, с одной стороны, для дипломированных медицинских сестер, с другой — для добровольных санитарок, активных членов Национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и лиц, регулярно сотрудничающих с ними или с организациями, оказывающими медицинскую помощь.

Этой медалью награждаются указанные лица, которые отличились в военное или мирное время своей храбростью и исключительной преданностью раненым, больным, калекам или лицам, чье здоровье было под угрозой.

Медаль может вручаться посмертно, если награждаемая погибла при исполнении своего долга.

Статья III

Решение о награждении медалью Флоренс Найтингейл принимает Международный комитет Красного Креста, по предложениям из Национальных обществ.

¹ РОКК. — 2003. — № 3. — С. 5.

Статья IV

Медаль из позолоченного серебра с портретом Флоренс Найтингейл на лицевой стороне и надписью «AD MEMORIAM FLORENCE NIGHTINGALE 1820—1910». На обратной стороне надпись по кругу «PRO VERA MISERICORDIA ET CARA HUMANITATE PERENNIS DECOR UNIVERSALIS». Имя владельца и дата награждения медалью гравированы в центре.

Награду прикрепляют бело-красной лентой к лавровому венку, окружающему Красный Крест. К медали прилагается диплом на пергаменте.

Статья V

Медаль вручается в каждой стране мира либо главой государства, либо президентом Центрального комитета Красного Креста или их заместителями. Церемония должна проходить торжественно, соответственно оказанной чести.

Статья VI

Вручение медали Флоренс Найтингейл проводят раз в два года. При каждом награждении должно вручаться не более 50 медалей. Если по причине исключительных обстоятельств, вызванных широко распространившейся войной, не могут состояться одно или несколько награждений медалью, число вручаемых медалей при последующих награждениях может превышать цифру 50, но не может превысить общего количества, которое бы получилось, если бы предыдущие награждения могли состояться.

Статья VII

Центральные комитеты Национальных обществ, получив все необходимые сведения, представляют в Международный комитет Красного Креста имена предлагаемых кандидатов и их биографические данные.

Чтобы Международный комитет Красного Креста мог сделать справедливый выбор, следует представлять всю необходимую информацию о кандидатах, которая бы дала основание для награждения медалью, в частности, такую, которая показывает исключительное усердие при выполнении долга.

ОБЕТ ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ (THE NIGHTINGALE PLEDGE)¹

Текст был составлен Lystra Gretter, преподавателем сестринского дела Harper Hospital (Детройт, Мичиган, США) на основе Клятвы Гиппократата. Впервые обет был дан выпускниками весной 1893 г.

Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего вредного и пагубного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарство, которое может причинить вред. Я буду делать всё, что в моих силах, чтобы поддерживать и улучшать стандарты моей профессии. Я буду держать в тайне всю личную информацию, которая окажется в моём распоряжении во время работы с пациентом и его родными. Я буду стараться преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя заботе о благополучии всех вверенных мне пациентов.

The Nightingale Pledge was composed by Lystra Gretter, an instructor of nursing at the old Harper Hospital in Detroit, Michigan, and was first used by its graduating class in the spring of 1893. It is an adaptation of the Hippocratic Oath taken by physicians.

I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully. I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug. I will do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling. With loyalty will I endeavor to aid the physician, in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care. Приложение 3.

¹ <http://users.rcn.com/borneo/nightingale/pledge.htm>.

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС ICN ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР¹

Этический кодекс Международного совета медицинских сестёр был принят в 1953 г., несколько раз пересматривался. Ниже приводим переведенную нами версию от 2000 г.

Медицинские сёстры и население

Медицинская сестра несет ответственность прежде всего перед людьми, которым требуется сестринский уход.

Медицинская сестра при оказании помощи способствует созданию окружающей среды, в которой не нарушаются права, уважают ценности, обычаи и религиозные убеждения отдельного человека, семьи или группы лиц.

Медицинская сестра гарантирует, что человек получит количество информации, достаточное для принятия им решения о согласии на лечение и уход.

Медицинская сестра сохраняет в тайне информацию личного характера и использует здравый смысл в случае необходимости её разглашения.

Медицинская сестра вместе с обществом в целом несёт ответственность за инициацию и поддержку действий, направленных на удовлетворение санитарно-гигиенических и социальных потребностей общества, особенно наиболее уязвимых его слоёв.

Медицинская сестра также несёт ответственность за защиту окружающей среды от истощения, загрязнения, вырождения и уничтожения.

Медицинские сёстры и практика

Медицинская сестра несёт личную ответственность за свою работу и уровень профессиональной компетентности путём постоянного непрерывного обучения.

Медицинская сестра поддерживает уровень своего здоровья в соответствии с общепринятыми нормами, так как его состояние влияет на возможность оказания помощи окружающим.

Медицинская сестра действует в пределах своей компетенции, принимая на себя или делегируя ответственность.

¹ www.icn.ch

Медицинская сестра всегда придерживается общепринятых норм поведения, которые делают честь её профессии и усиливают доверие общества к ней.

Медицинская сестра гарантирует, что используемые при оказании помощи технологии и научные достижения обеспечивают безопасность, сохраняют достоинство и права людей.

Медицинские сёстры и профессия

Медицинская сестра играет главную роль в определении и внедрении приемлемых стандартов клинической сестринской практики, менеджмента, научных исследований и образования.

Медицинская сестра активно участвует в разработке научно-обоснованных профессиональных знаний.

Медицинская сестра, участвуя в работе профессиональных организаций, создает и поддерживает справедливые социально-экономические условия труда медицинских сестёр.

Медицинские сёстры и их коллеги

Медицинская сестра поддерживает отношения сотрудничества как с медицинскими сёстрами, так и с другими специалистами.

Медицинская сестра предпринимает действия в защиту индивидуумов в случаях, когда во время ухода со стороны коллеги или другого лица им грозит опасность.

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Принимая во внимание важнейшую роль в современном обществе профессии медицинской сестры как самой массовой из медицинских профессий; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестёр и Всемирной организации здравоохранения, Ассоциация медицинских сестёр России принимает настоящий Этический кодекс.

Часть I. Общие положения

Этическая основа профессиональной деятельности медицинской сестры — гуманность и милосердие. Важнейшие задачи профессиональной деятельности медицинской сестры:

- комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий;
- восстановление здоровья и реабилитация;
- содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс даёт чёткие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры и призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Часть II. Медицинская сестра и пациент

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на высший уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несёт 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.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности — профессиональная компетентность

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня — первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание пациенту и уважение к его жизни. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закреплённых в законодательстве Российской Федерации.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения и других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограни-

чивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего — не навреди!

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего — не навредить!» Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту вред. Действия медицинской сестры по уходу за пациентом, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!» Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры — информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии своего здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких преимущественно принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьёзный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — в меру своей квалификации разъяснять пациенту

последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента — ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц достоверную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась.

Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальной информации. Во всех других случаях медицинская сестра несёт личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры — предотвра-

шение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания, а также оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомического вскрытия.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в преумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациента в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Часть III. Медицинская сестра и ее профессия

Статья 11. Уважение к своей профессии

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены — неотъемлемые качества личности медицинской сестры. Медицинская сестра несёт личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг медицинской сестры — отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими

пациентами. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

Статья 12. Медицинская сестра и коллеги

Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания и опыт, их вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии — оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры — помогать пациенту выполнять назначенную врачом программу лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции. Высокий профессионализм медицинской сестры — важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждается медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого — с вышестоящим руководством.

Статья 13. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика

Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в целом и применение методов нетрадиционной

медицины (целительства), в частности. Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите интересов пациента от сомнительной медицинской практики.

Часть IV. Медицинская сестра и общество

Статья 14. Ответственность перед обществом

Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-санитарном просвещении населения, помогающем пациентам делать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Медицинская сестра, в меру своей компетенции, должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями; предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности; вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Ассоциация медицинских сестёр и медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 15. Поддержание автономии и целостности сестринского дела

Моральный долг медицинской сестры — способствовать развитию реформы сестринского дела в Российской Федерации. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры — привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у неё курс лечения.

Статья 16. Гарантии и защита законных прав медицинской сестры

Гуманная роль медицинской сестры в обществе создаёт основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении ею профессиональных обязанностей как в мирное, так и в военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу её профессии. Размер гонорара, определяемого сестрой частной практики, должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одобряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях. Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры должно соответствовать требованиям охраны труда. Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что Межрегиональная ассоциация медицинских сестер Российской Федерации окажет ей полноценную помощь по защите чести и достоинства, если её доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено; своевременному получению квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки; созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей; профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья; своевременном получении льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

Часть V. Действие этического кодекса медицинской сестры Российской Федерации, ответственность за его нарушения и порядок его пересмотра**Статья 17. Действие Этического кодекса**

Требования настоящего Кодекса обязательны для всех медицинских сестёр Российской Федерации.

Врачи и медицинские сёстры, преподающие на факультетах сестринского дела в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры Российской Федерации, а также обязаны своим поведением показывать пример студентам.

Студенты, по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность, обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в Кодексе.

Статья 18. Ответственность за нарушение Этического кодекса

Ответственность за нарушение Этического кодекса медицинской сестры Российской Федерации определяется Уставом Межрегиональной ассоциации медицинских сестёр России. За нарушение норм Кодекса к членам Ассоциации могут быть применены следующие взыскания:

- замечание;
- предупреждение о неполном профессиональном соответствии;
- приостановление членства в Ассоциации на срок до одного года;
- исключение из членов Ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

Статья 19. Пересмотр и толкование Этического кодекса

Право пересмотра Этического кодекса медицинской сестры Российской Федерации и толкования его отдельных положений принадлежит Межрегиональной ассоциации медицинских сестёр Российской Федерации. Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей Кодекса принимаются к рассмотрению Президиумом названной Ассоциации и приобретают законную силу после утверждения этим органом Ассоциации.

ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ¹

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и её получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учётом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьёй 61 настоящих Основ;
- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьёй 32 настоящих Основ;
- отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьёй 33 настоящих Основ;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьёй 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

¹ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г.).

- возмещение ущерба в соответствии со статьёй 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

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 проведённого лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов,

отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьёй 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица,

признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

МЕТОДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ¹

Конструктивная открытость — рассказ пациенту чего-либо о себе, что, по вашему мнению, улучшит отношения с пациентом и не нанесет им вреда.

Установка ограничений — объяснение того, что вы ожидаете от пациента и что ему самому следует ожидать от вас. Например, «я могу провести с вами один час».

Предоставление информации — представление сведений, которых нет у пациента, но в которых он нуждается для планирования своего образа жизни, для принятия решений. Например, «при таком заболевании человек, как правило, испытывает сильную слабость».

Обобщение — информирование пациента о том, что другие также сталкиваются с подобными обстоятельствами. Например, «обычно люди испытывают чувство вины, когда умирает любимый человек».

Изучение — задавание соответствующих вопросов, которые позволят лучше разобраться в другом человеке и в ситуации. Например, «как долго у вас такая боль?»

Разделение — деление проблемы собеседника на составляющие части. Например, «давайте прежде всего решим, что вам нужно купить, а затем посчитаем, сколько нужно для этого денег».

Аккредитация — получение доказательства своей состоятельности. Например, «вы можете стоять на 10 минут дольше, чем вчера — вы делаете успехи».

Обратная связь — реакция на поступки другого человека. Например, «когда вы крикнули на меня, я сильно встревожился».

Советы и рекомендации — выражение собственного мнения и рекомендаций другому человеку принять определенное решение, выбрать тот или иной образ действий. Например, «вам необходимо посетить врача-эндокринолога».

Суммирование — краткое изложение результатов общения. Служит для привлечения внимания собеседника к тому, что было сделано, что необходимо сделать, кто это будет делать. Например, «сегод-

¹ Межличностные аспекты сестринского дела: Учеб. пособие: Пер. с англ. / Под общ. ред. Г.М. Перфильевой. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — 40 с.

ня мы поговорили о вашем разводе, и о том, как вас это огорчает, а завтра мы попытаемся поговорить о том, как это отразится на ваших детях».

СВЕЧА, КОТОРАЯ НЕ ГАСНЕТ¹

В небольшом городе Камышине, одном из райцентров Волгоградской области, есть такой музей, какого нет ни в одном из крупнейших наших городов с миллионным населением, нет даже в нашей столице. Это первый и единственный в стране музей сестёр милосердия, награждённых Международным комитетом Красного Креста медалью Флоренс Найтингейл. Ф. Найтингейл завещала своё состояние на учреждение награды за милосердие, проявленное на поле брани и в мирное время медицинскими сёстрами и санитарками, а также за особую храбрость и исключительную преданность тем, чья жизнь и здоровье оказались под угрозой.

Медаль учреждена Международным комитетом Красного Креста в 1912 г. и присуждается каждые два года 12 мая, в день рождения Флоренс Найтингейл, когда медицинские сёстры во всех странах отмечают свой профессиональный праздник. С недавних пор Международный день сестёр отмечают и в нашей стране. За девяносто с лишним прошедших лет награду получили 1170 женщин из разных стран мира. До распада СССР ею отмечены заслуги 44 наших соотечественниц, последние — в 1989 г.

С большой теплотой и любовью относятся в нашем народе к этим благородным и бесстрашным женщинам. Приезд кого-либо в Камышин всегда становится для города событием.

История распорядилась так, что нет уже той страны, которая представляла их к награждению медалью Международного комитета Красного Креста. И дочери одной матери-Родины оказались гражданками разных государств. Они разъединены территориально, но не духовно. Всё-таки — «сёстры».

У бывших союзных республик, а ныне стран ближнего зарубежья, осталось единое гуманитарное пространство, определённое, в частности, неизменностью благородных целей Национальных обществ Красного Креста. А сёстры Найтингейл, обладатели редчайшей международной награды, являются носителями лучших традиций Красного Креста.

¹ Волкова, Р. Свеча, которая не гаснет / Р. Волкова // РОКК. — 2003. — № 3. — С. 2–4.

В 2001 г. в г. Саки при содействии Фонда развития экономических и гуманитарных связей «Москва—Крым» при правительстве Москвы состоялась встреча сестёр милосердия России, Украины и Белоруссии, награжденных медалью Флоренс Найтингейл. Из 16 ныне здравствующих, на встрече присутствовали только 10. Эту встречу готовил неутомимый энтузиаст, полковник в отставке Виктор Александрович Ерёмкин. Будучи преподавателем медицинского училища в Евпатории, он вместе со своими учениками много лет собирал материалы о сёстрах милосердия, удостоенных медали Международного комитета Красного Креста в картотеке созданного им при училище музея знаменитой сестры милосердия находились «досье» на 528 медалистов со всего света. Он поддерживает связь и с нашими, из бывшего СССР «сёстрами Найтингейл».

Место встречи было выбрано не случайно. В 2001 г. исполнилось 145 лет со дня окончания героической обороны Севастополя. В годы Крымской кампании в Саках был знаменитый русский хирург Н.И. Пирогов. Там под его руководством было налажено лечение травмами участников обороны Севастополя. Туда сопровождалась обозы с тяжелоранеными русскими солдатами и матросами сёстрами милосердия Крестовоздвиженской общины сестер, которая явилась прообразом Российского Красного Креста. В память об этом на территории Сакского военного санатория установлен памятник врачу-гуманисту.

Эта земля поистине освящена именами Даши Севастопольской и Николая Пирогова, которые известны далеко за пределами России. Здесь создан музей сестёр милосердия.

На каждой встрече «сёстры» постоянно обращаются к волнующей их теме — будет ли, наконец, утверждена своя, «родная» медаль за гуманизм и милосердие в честь Даши Севастопольской. Сейчас подобная медаль имеет местное значение. Медалью имени Даши Севастопольской ежегодно награждается лучшая медицинская сестра г. Севастополя.

Вот строки из обращения «сестёр Найтингейл» к руководителям национальных обществ этих стран:

«Мы с уважением относимся к подвигу британки Флоренс Найтингейл, с гордостью носим медаль её имени, но во время Крымской войны, по другую сторону севастопольских бастионов, такой же подвиг милосердия совершала и наша соотечественница Даша Севастопольская. Учреждение медали её имени будет способствовать утверж-

дению таких вечных человеческих ценностей, как добро и гуманизм, носителем которого всегда был Красный Крест».

А годы летят... Многие «сёстры Найтингейл» одиноки, бедствуют, живут на скудную пенсию. Обладательницы редчайшей в мире награды — за гуманизм и милосердие — сейчас сами остро нуждаются в милосердии. За всю советскую и постсоветскую историю страны их никогда не собирал Красный Крест — не было средств на это «мероприятие».

На медали, которой Международный Красный Крест награждает своих героинь, Флоренс Найтингейл изображена со свечой в руке. В мире её так и называют «Леди со свечой».

Свеча — признанный символ милосердия. Нельзя дать ей погаснуть!