**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«КРАСНОЯРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Специальность Сестринское дело

Квалификация Медицинская сестра

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**К ТЕОРЕТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

Согласовано на заседании ЦМК

№ протокола …………….

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2011 г.

Председатель ЦМК «Сестринское дело № 2»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черемисина А.А.

Составитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черемисина А.А.

Камалутдинова В Г.

Красноярск

2011

**Лекция 1**

**Тема 1.1: Предмет, место и роль общественного здравоохранения и здоровья. История сестринского дела. Перспективы развития сестринского дела.**

**План лекции:**

1. Здоровье, по определению ВОЗ.
2. Основные медико-демографические и другие показатели состояния общественного здоровья и среды обитания человека.
3. Медико-демографическая ситуация в РФ.
4. Структура системы здравоохранения.
5. Основные типы лечебно-профилактических учреждений.
6. Устройство и основные функции больниц.
7. Роль, цели и задачи Ассоциации российских медицинских сестер.
8. Перспективы развития сестринского дела.
9. Предпосылки, сущность и основные направления реформы сестринского дела в России.
10. Направления развития и совершенствования деятельности сестринского персонала.
11. Программа развития сестринского дела в Российской федерации на 2010-2020 годы.
12. Сроки и этапы реализации программы
13. Продолжение реализации национального проекта «Здоровье» по направлениям».

**Здоровье, по определению ВОЗ** (Всемирной организа­ции здравоохранения) - состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только от­сутствие болезней (1946 г.)

   Как указано в Европейской политике ВОЗ "Здоровье-21", каждый период жизни человека влияет на его здоро­вье, и необходимо стремиться к достижению полного по­тенциала здоровья для всех. При этом **здоровье опреде­ляется как право всех людей и необходимое условие для благополучия, высокого качества жизни и устойчи­вого экономического развития.**

   По определению I Всероссийской научно-практичес­кой конференции по теории сестринского дела, состояв­шейся 27 июля - 14 августа 1993 года в Голицино, вво­дятся новые термины и понятия в сестринском деле, од­ним из которых является понятие здоровья. **Здоровье** - динамическая гармония личности с окружающей сре­дой, достигнутая посредством адаптации, средство жизни.

   Известно, что на здоровье человека влияют как внут­ренние, так и внешние факторы, способствующие укреп­лению здоровья или разрушающие его (факторы риска), а также образ жизни человека. Охрана здоровья населе­ния является профессиональным долгом всех медицинс­ких работников.

   Общественное **здоровье** - состояние, качество обще­ства, обеспечивающее условиями для продуктивного здо­рового образа жизни людей, не стесненного заболевания­ми, физическими и психическими дефектами.

   Здоровый образ жизни -образ жизни, деятельность человека, направленная на укрепление здоровья.

   Сохранение и укрепление здоровья - процесс повыше­ния информированности, изменение привычных устано­вок и поиск реальных путей, улучшающих качество жиз­ни.

   Факторы риска - факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний (генетические (20%), окру­жающей среды (20%), образа жизни (50%), медицинские (10%)).

**Основные медико-демографические**

**и другие показатели состояния общественного**

**здоровья и среды обитания человека**

   Показателями состояния здоровья населения и опреде­ления ее качества являются демографические показатели, показатели заболеваемости, показатели инвалидности, физического развития населения. Источниками этой ин­формации являются: статистические материалы виде от­четов Министерства Здравоохранения и Госкомстата РФ и материалов, основанных на доку­ментах учетного характера лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), специальных разрабо­ток на основе выборочных исследований и специальной документации в виде карт, анкет, переписей населения. В настоящее время расчет и оценка основных медико-демог­рафических и других показателей, характеризующих состояние общественного здоровья и среды обитания челове­ка, проводится *в* соответствии с требованиями ВОЗ.

**Демография** - наука о населении в его общественно-историческом развитии, изучающая вопросы естественно­го движения населения, предметом которой являются за­коны естественного воспроизводства населения в их обще­ственно - исторической обусловленности. Демография со­стоит из двух разделов - статики (фиксированных дан­ных) и динамики (естественного движения) населения. Статистика изучает численность и состав населения по полу, возрасту, занятости населения и другим признакам.

**Медико-демографическая ситуация в РФ**

   К основным демографическим показателям относятся понятия о численности, миграции, составе и естественном ном воспроизводстве населения, смертности, рождаемости, ее причинах и др.

*Численность населения* - количественный состав насе­ления на определенной территории за определенный про­межуток времени (календарный год), в Российской Федерации численность населения составляет 142 млн. человек.

*Миграция -* перемещение населения по территории, которая изменяет его численность в определенный период времени.

*Воспроизводство населения* характеризуется показате­лями рождаемости, смертности и естественного прироста.

*Смертность -* частота случаев смерти на определенной территории за определенный промежуток времени (кален­дарный год). На показатель смертности влияют три фак­тора: детская (младенческая), перинатальная и общая смертность. Детская (младенчес­кая) смертность - показатель смертности первого года жизни. Перинатальная смертность - показатель смертно­сти в перинатальный период, который начинается с 28 недель беременности, включает период родов и заканчива­ется через 7 полных дней жизни новорожденного.

   Обычно пользуются коэффициентом смертности в раз­личных группах населения (по возрасту, полу, виду забо­левания, деятельности и т. д.). По данным за 1998 год, основными причинами общей смертности являются: бо­лезни системы кровообращения, в том числе ишемической болезни сердца и цереброваскулярные болезни; злокаче­ственные новообразования, травмы, отравления и другие повреждения, вызванные внешними причинами, из кото­рых ведущими являются несчастные случаи, связанные с транспортом, отравления алкоголем, самоубийства и убий­ства. Из других заболеваний, приводящих к летальному исходу, обращают на себя внимание болезни органов ды­хания, пищеварения, инфекционные и паразитарные бо­лезни, в том числе туберкулез.

*Средняя продолжительность жизни* в 2000 году соста­вила у мужчин 60 лет, в 2001 году - 58 лет. У женщин - 72 года.

   Показатели смертности зависят от организации меди­ко-социальной помощи населению, состояния окружаю­щей среды, экономических факторов и образа жизни. Сни­жение детской смертности зависит от мероприятий по ох­ране плода, улучшения качества медицинской помощи де­тям в возрасте до года, разработки рациональных методов вскармливания детей, профилактики и лечения заболева­ний у детей первого года жизни.

*Рождаемость -* число родившихся на 100 жителей в единицу времени (календарный год). Сложная социально -экономическая ситуация в России и ряд других причин привели к катастрофическому падению рождаемости. Се­годня 2/3 семей имеют одного ребенка. Коэффициент рож­даемости -отношение величины рождаемости к его сред­ней численности. Общий коэффициент рождаемости соста­вил в 1999 г. 8,4 (в 1990 г. - 13,4), в 2000 г. - 8,7. Показатель рождаемости имеет этнические различия. Вы­сокий уровень рождаемости сохраняется в республиках Дагестан и Тува.

*Естественное воспроизводство населения -* соотноше­ние числа родившихся к числу умерших. Для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы рождалось 210 детей на 100 жителей России (2-3 ребенка в семье).

*Общая заболеваемость.* За последние 5 лет показатель общей заболеваемости населения вырос на 15%. Быстры­ми темпами растет заболеваемость врожденными аномали­ями (пороками развития), болезнями мочеполовой систе­мы, болезнями системы кровообращения, а также болез­нями нервной системы и органов чувств. Рост показателей заболеваемости наблюдается практически по всем классам болезней. При анализе общей заболеваемости вычисляют­ся следующие показатели: первичной заболеваемости, по­казатель распространенности болезней, заболеваемость болезнями системы кровообращения и др. болезней по воз­растным, половым, профессиональным группам, исследу­ется структура заболеваемости. Наиболее точные показа­тели получают у диспансерной группы населения путем выборочных исследований.

*Болезнь - это такое изменение в физиологическом, психологическом и духовном состоянии человека, которое* ***приводит к снижению его возможностей и продолжитель­ности жизни. (Тваделл, 1977).***

   Инвалидность. Это нарушение здоровья со стойким рас­стройством функций организма, обусловленного заболева­ниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необхо­димость социальной защиты личности.

   Ограничение жизнедеятельности -- полная или час­тичная утрата человеком способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передви­гаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельнос­тью (Закон о социальной защите инвалидов в РФ, принят в 1995 году).

   Таким образом, последнее десятилетие двадцатого века в России характеризуется негативными показателями со­стояния здоровья населения: увеличились показатели за­болеваемости, смертности, уменьшилась средняя продол­жительность жизни. Известно, что ежегодно в стране ре­гистрируется 155-185 млн. случаев заболеваний населе­ния острыми и хроническими болезнями, из которых око­ло 100 млн. с впервые установленным диагнозом.

   В большинстве экономически развитых стран достиг­нуты значительные успехи в снижении заболеваемости и смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний. При этом в самом здравоохранении этих стран первичная профилактика (профилактика, которая направлена на укрепление здоровья, повышение благосо­стояния населения) является приоритетным направлени­ем его деятельности. Для того чтобы в России служба первичной профилактики в практическом здравоохране­нии сформировалась и эффективно функционировала, не­обходимо наличие структур по выявлению основных фак­торов риска (кабинетов доврачебного скрининга и под­разделений по диагностике основных факторов риска и их коррекции с группой соответствующих специалистов и с необходимым оснащением), использование современ­ных эффективных методов выявления, диагностики и кор­рекции всех основных факторов риска, а не части их (артериальная гипертония, сахарный диабет или нару­шение толерантности к глюкозе, избыточная масса тела, метаболический синдром, гипокинезия, психоэмоциональный стресс, курение, злоупотребление алкоголем); нали­чие кадров в этих структурах, специально обученных для работы по первичной профилактике заболеваний, мате­риальной заинтересованности медицинских работников, участвующих в первичной профилактике заболеваний; наличие информационной системы мониторинга эпидеми­ологической ситуации по заболеваниям.

   Социально-экономический кризис, поразивший Россию, значитель­но изменил уровень жизни населения. Снижение реаль­ных доходов, ухудшение качества жизни, без­работица, сужение возможностей развития и использова­ния потенциала здоровья - все это негативно влияет на показатели, характеризующие состояние общественного здоровья и среды обитания человека.

**Структура системы здравоохранения**

   В России предусмотрена система здравоохранения с разными формами собственности: государственная, муниципальная и частная. Она имеет три уровня организации управления:

   - Министерство здравоохранения, в составе которого существуют управления -

   организации медицинской помощи,

   охраны здоровья матери и ребенка,

   научных и образовательных медицинских учреждений,

   кадров.

   - Министерство (Комитет) здравоохранения области, края, автономной республики.

   - Управление (департамент, комитет) здравоохранения при администрации города.

   Задача политики в области здравоохранения - достижение такого уровня здоровья, который позволит жить человеку продуктивно при максимально возможной продолжительности жизни.

   Основные направления политики в области здравоохранения:

   - разработка и принятие законов для осуществления реформ, отвечающих потребностям отрасли,

   - охрана материнства и детства,

   - реформа финансирования (медицинское страхование, привлечение других средств для лечения социально незащищенных слоев населения),

   - обязательное медицинское страхование,

   - реорганизация первичной медицинской помощи,

   - лекарственное обеспечение,

   - подготовка медицинских и административных

   кадров,

   -компьютеризация здравоохранения.

   Основа системы здравоохранения - законы "О государственной системе здравоохранения", "О правах пациента".

   В настоящее время формируется рынок медицинских услуг, создаются медицинские учреждения с различными формами собственности, стационары одного дня, хосписы - учреждения паллиативной помощи для безнадежных больных.

**Основные типы лечебно-профилактических учреждений**

Они могут быть амбулаторные и стационарные. К первым относятся: амбулатории, поликлиники, МСЧ, диспансеры, женские консультации, станции СМП.

   К стационарным учреждениям относятся - больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории, хосписы.

   В целях повышения качества медицинской помощи в России с 1947 года проводится объединение поликлиник с амбулаториями и больницами. Это способствует повышению квалификации врачей, а значит, и улучшению качества лечения больных.

**Устройство и основные функции больниц**

   Различают общие, республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские больницы, которые располагаются чаще в центре обслуживаемой территории. Специализированные больницы (онкологические, туберкулезные) располагаются чаще на окраине или за городом, в озелененном районе.

   Существуют три основных типа строительства больниц: павильонный (корпусной), централизованный и смешанный.

   При павильонной системе на территории больницы размещаются специализированные корпуса. Централизованный тип строительства характеризуется тем, что все службы находятся в одном здании, чаще высотном, или ряд зданий соединены крытыми надземными или подземными переходами. Чаще всего в России строились смешанного типа больницы, где основные неинфекционные отделения размещаются в одном крупном здании, а инфекционные, кожно-венерические, родильные дома располагаются в отдельных корпусах.

   Земельный участок больницы делится на три зоны: здания, зона хозяйственного двора и защитная зеленая зона. Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды. **Больница состоит из следующих подразделений:**

- Стационар со специализированными отделениями и палатами.

-Вспомогательные отделения (рентгеновское, лабораторное, патологоанатомическое).

- Аптека.

- Поликлиника.

- Пищеблок.

- Прачечная.

- Административные здания.

   Больницы предназначены для круглосуточного лечения и ухода за пациентами с заболеваниями, соответствующими профилю больницы.

   Устройство стационара любого профиля включает палаты для размещения пациентов, хозяйственные помещения и санузел, специализированные кабинеты (процедурный, лечебно-диагностические), ординаторскую, сестринскую, кабинет зав. отделением, старшей сестры и др.

   Количество больных в палатах не должно превышать четыре человека. В палате имеются кровати (обычные или функциональные), прикроватные тумбочки, стол, вешалка, может быть умывальник и туалет. Кровати ставят головным концом к стене на расстоянии одного метра между ними. Связь тяжелобольного пациента с постом медсестры осуществляется с помощью световой или звуковой сигнализации. В специализированных отделениях каждая койка оснащена централизованной подачей кислорода.

   Освещение палат соответствует санитарным нормам. Оно определяется в дневное время световым коэффициентом, который равен отношению площади окон к площади пола, соответственно 1:5-1:6. В вечернее время палаты освещаются люминесцентными лампами или лампами накаливания. Кроме общего освещения, может быть и индивидуальное. В ночное время палаты освещаются ночником, который должен быть установлен на 30 см от пола возле двери, но может устанавливаться и возле каждой кровати (в детских стационарах светильники устанавливают над дверными проемами).

   Вентиляция палат производится с помощью приточно-вытяжной системы каналов, а также фрамуг и форточек из расчета 25 куб. м. на одного человека в час. Концентрация углекислого газа в палате не должна превышать 0,1%, относительная влажность воздуха должна быть 30-45%.

   Температура воздуха в палатах для взрослых равна 20\*, в реанимации, операционной и детском отделении - 22\*С.

   В отделении имеются раздаточная и столовая, где одновременно могут принимать пищу 50% пациентов.

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

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

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

   Каждое отделение имеет обязательный для персонала и пациентов распорядок дня, который обеспечивает больным соблюдения лечебно-охранительного режима, сон и отдых, лечебное питание, наблюдение и уход, выполнение лечебных процедур.

**Роль, цели и задачи Ассоциации российских медицинских сестер**

   В России в большинстве городов были традиционно об­разованы городские советы медицинских сестер, где об­суждались, решались проблемы сестринской практики, но в большинстве случаев они оставались только на бумаге. Не ощущалась реальная поддержка вышестоящих инстан­ций, так как советы медицинских сестер оставались подве­домственной организацией.

   Первой ассоциацией, созданной в России 20 мая 1992 года, является Московская ассоциация медицинских сес­тер (МАМС). Московская ассоциация медицинских сестер является самостоятельной профессиональной организаци­ей, которая занимается подготовкой сестринских кадров, защитой профессиональных прав, улучшением условий труда, повышением заработной платы и т.д. Данная орга­низация не дублирует работу профсоюза медицинских ра­ботников или иных общественных организаций. Ее крат­косрочные цели имеют 3 направления: поднятие престижа профессии медицинской сестры, защита профессиональных прав, улучшение условий труда и повышение заработной платы. И третье направление - образование медицинских сестер, в том числе и повышение квалификации практи­кующих медсестер.

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

   Под эгидой ассоциации прошли Российско-Американс­кие семинары по проблемам финансирования издательс­кой деятельности, привлечения новых членов.

   Сестринские ассоциации в развитых странах добились многих привилегий для своих членов, так как они суще­ствуют несколько десятилетий.

   На Западе медсестра действует в рамках закона парал­лельно с врачом, не подменяя его и работая с ним в одной команде. У нашей медсестры нет никаких законных прав на самостоятельность. Определение сегодняшних катего­рий весьма условно.

   Таким образом, учитывая настоящее положение меди­цинских сестер, в 1994 году создана Межрегиональная ас­социация медсестер в России. Важнейшим документом, инициатором создания которого является эта ассоциация, считается Этический Кодекс медицинской сестры России, принятый в 1997 году. В настоящее время в России суще­ствует около 50 -- и региональных сестринских ассоциа­ций, объединяющих около 42 тысяч членов ассоциаций.

   В 1998 г. участникам (медицинским сестрам и акушер­кам) Мюнхенской конференции было предложено подпи­сать Клятву приверженца политики "Здоровье -- 21" и рас­пространить ее в своей стране.

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

   Формирование отечественной научной базы исследова­ний в области сестринского дела, создание новых техноло­гий является важнейшей задачей отраслевой программы развития сестринского дела. Существенно меняются функ­ции медицинского персонала при внедрении в деятельность современных технологий, новых лечебно-диагностических технологий. Выхаживание пациентов обеспечивается как умением, так и терпением медицинского персонала, преж­де всего сестер, акушерок.

   В современных условиях новых подходов и содержания требуют функциональные обязанности медсестер, акуше­рок. Положения, которыми определены обязанности, пра­ва, ответственность специалистов со средним профессио­нальным образованием в настоящее время пересматрива­ются. Перспективным и актуальным в этой связи являет­ся разработка клинических стандартов практических уме­ний и навыков медсестер, акушерок.

   Особенностью современных требований к профессии фельдшера, медицинской сестры, акушерки наряду с лечебно-диагностическими манипуляциями яв­ляется владение навыками общения, знание основ психо­логии, уважение прав и достоинства пациента. Деятель­ность медсестры, фельдшера, акушерки направлена на со­хранение здоровья населения, обеспечение высокого каче­ства сестринской помощи.

   Важным событием в истории сестринского дела яви­лось создание в 1992 г. Ассоциации медицинских сестер России. Она была организована по инициативе ме­дицинских сестер как неправительственная професси­ональная организация. В "Проекте развития Ассоциа­ции медицинских сестер России" были названы следу­ющие направления работы Ассоциации: повышение роли медицинской сестры в системе здравоохранения, повышение престижности профессии; повышение ка­чества медицинской помощи; распространение передо­вого опыта и научных достижений в области сестринс­кого дела; возрождение традиций сестринского мило­сердия; защита интересов медицинских сестер в зако­нодательных, административных и других органах; орга­низация сбора информации по сестринскому делу, ее анализ и распространение; сотрудничество с междуна­родными организациями и правительственными учреж­дениями. Ближайшими задачами деятельности Ас­социации стали:

  - разработка стандартов профессиональной дея­тельности;

  - внедрение контроля за качеством работы меди­цинской сестры;

  - организация непрерывного обучения медицинс­ких сестер в системе повышения квалификации и до­полнительного последипломного образования;

 - участие в разработке программ аттестации и сер­тификации медсестер;

 - привлечение членов Ассоциации к научным ис­следованиям в области сестринского дела;

 - юридическая защита интересов и прав медсестер;

 - участие в работе экспертной и проблемной ко­миссий Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Перспективы развития сестринского дела.**

   Качественные преобразования в сестринском деле в Рос­сии планировались с конца 80-х годов прошлого столе­тия, но уровень организа­ции сестринской практики значительно отстает от разви­тия науки, умения эффективно управлять сестринской де­ятельностью.

   К началу 90-х годов в большинстве стран Европы существовало высшее сестринское образование, позволившее Международным организациям и советам - ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), Между­народному совету медсестер, позитивно влиять на развитие научных методов организации сестринского дела в России.

   С 1966 года высказывалась идея, которая опи­сана в Серии докладов ВОЗ, N 347, с.13, что "медсестры должны иметь возможность развития и совершенствова­ния своих способностей с тем, чтобы оказывать наиболее квалифицированную помощь населению, а также развивать профессиональное мышление для принятия самосто­ятельных решений, основанных на научных, клиничес­ких и организационных признаках".

   Сегодня формируются рынки медицинских услуг, со­здаются лечебно-профилактические учреждения с различ­ными формами собственности, стационары одного дня, хосписы - учреждения паллиативной медицины, т.е. та­кие учреждения, где лекарственными средствами помочь нельзя, где помощь оказывается безнадежно больным и умирающим. Такую помощь может оказать медицинская сестра, умеющая аналитически мыслить, умело подгото­вить к различным исследованиям, научно обосновать свои действия при выполнении процедур, планов сестринского ухода, выполнить манипуляции в точном соответствии с протоколом, стандартом.

   Государственной организационной структурой, занима­ющейся вопросами сестринского дела, является Министер­ство здравоохранения РФ. К 1994 году в России сформи­ровалась многоуровневая система сестринского образова­ния. Каждому уровню соответствует свой Госу­дарственный образовательный стандарт.

   Девяностые годы положили начало реформе здравоохранения РФ, ядром которой стал переход к модели обязательного медицинского страхования. Происходящие социально-экономические и политические преобразования выдвинули новые требования и к кадровой политике в отрасли.

   Реформирование системы медико-санитарной службы является одной из приоритетных задач во многих государствах-членах ВОЗ, что вызвано низким уровнем медицинской помощи, финансовым кризисом, неудовлетворенностью потребительского спроса, отрицательным отношением к структурам, контролируемым центральными органами и рядом идеологических мотивов. Перед странами встает сложная задача создания новых систем, которые могли бы более эффективно решать насущные проблемы в то время, когда существует дефицит человеческих ресурсов и финансовых средств, и когда переход от планируемой централизованной экономики к смешанной или рыночной достиг уже такой стадии, на которой старая система неприменима, а новая пока не работает.

   Как отмечено в докладе бывшего министра здравоохранения РФ Ю.Л. Шевченко, "в сложнейших социально-экономических условиях минувшего десятилетия система здравоохранения в целом выполнила возложенные на нее задачи и...обеспечила тем самым реализацию конституционного права граждан России на охрану здоровья". Государственная политика в области российского здравоохранения ориентирована на получение максимального эффекта от имеющихся ресурсов и, в частности, сестринского персонала, работа которого рассматривается как наиболее ценный ресурс здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощи.

   Однако отсутствие правовой основы деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты и мотивации квалифицированных кадров оставляют потребность практического здравоохранения в использовании имеющегося сестринского потенциала декларированной, но до настоящего времени так и не реализованной.

   Со слов исследовательницы и пропагандистки сестринского дела в Европе, Дороти Холл, "многих проблем, стоящих сегодня перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы в течение последних сорока лет сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука". "Нежелание признать, - пишет она, - что медицинская сестра занимает равноправное по отношению к врачу положение, привело к тому, что сестринский уход не получил такого развития, как врачебная практика, что лишило как больных, так и здоровых возможности пользоваться разнообразными, доступными, экономически эффективными сестринскими услугами".

   В последние годы Минздравом России совместно с территориальными органами управления здравоохранением проводится значительная работа, способствующая возрождению, повышению социальной значимости и престижа сестринской профессии. Подтверждением тому является внедрение государственной программы "Развитие сестринского дела", исполнение решений коллегий Минздрава РФ от 20.04.94 "О состоянии и перспективах сестринского дела в РФ", от 04.06.97 "О развитии медицинского и фармацевтического образования в РФ", ряд международных семинаров "Новые сестры для новой России".

   Особо отмечается резолюция 1-го Всероссийского съезда средних медицинских работников, который рассмотрел проект государственной программы развития сестринского дела в РФ. Ключевая концепция, делающая упор на совершенствование области сестринского дела, заключается в определении такой роли медсестры, которая соответствовала бы нуждам здоровья людей больше, чем нуждам системы здравоохранения. Это означает фундаментальную перестройку концепции традиционной роли медсестры как лица, обслуживающего врача, и "девочки на побегушках".

   Сестра должна быть хорошо образованным профессионалом, чем уникальный и значительный вклад в здравоохранение приветствуется всеми коллегами, и кого считают равным партнером в медицинской бригаде. Основой ее практической деятельности является непосредственно работа с пациентом или группой населения, а именно работа, направленная на улучшение здоровья людей. Таким образом, реформирование здравоохранения, приведение его организационной структуры в соответствие с современными требованиями невозможно без совершенствования и изменения существующих подходов в организации работы медсестры. **Предпосылки, сущность и основные направления реформы сестринского дела в России**

   Сестринское дело является важнейшей составной час­тью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и об­щественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды.

   Роль и задачи медсестры определяются историческими, социальными и культурными факторами, а так же общим уровнем состояния здоровья того или ино­го общества. Как наука сестринское дело опирается на знания, проверенные на практике.

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

*Реформа сестринского дела* в нашей стране началась в 1993 году. На международной конференции "Новые сест­ры для новой России" была принята философия сестринс­кого дела, положившая начало этому процессу. Постанов­лением Правительства РФ от 05.11.97 г. N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и меди­цинской науки в РФ" предусмотрено осуществление ре­формы, направленной на повышение качества, доступнос­ти и экономической эффективности медицинской помощи населения в условиях формирования рыночных отноше­ний.

*Сущность реформы* заключается в осуществлении не­обходимых изменений в кадровой политике на основе на­учно-обоснованных подходов к планированию, подготовке и использованию сестринских кадров, обеспечения рацио­нального соотношения и партнерства между врачами и сестринским персоналом, возрождению категории младшего медицинского персонала, организации новых видов помо­щи, связанных не только с болезнями или патологически­ми состояниями, но и с проблемами сохранения и поддер­жания индивидуального и общественного здоровья. В на­стоящее время в нашей стране изучается международный опыт, проводится его анализ, коррекция и адап­тация к социально-экономическим условиям с учетом тра­диций народов Российской Федерации.

   Приказом Министерства здравоохранения РФ N 4 от 9 января 2001 года утверждена отраслевая программа раз­вития сестринского дела в РФ, отражающая сущность ре­формы сестринского дела. Сестринское дело располагает значительными кадровыми ресурсами и реальными потен­циальными возможностями. Сегодня в России около 1,5 млн. средних медицинских работников. Это самая массо­вая медицинская профессия.

*Основными целями и задачами реформы сестринского дела являются:*

   1. Формирование оптимальных условий для повыше­ния эффективности и усиления роли средних меди­цинских работников, совершенствование системы управления.

   2. Создание новой концептуальной российской модели сестринского дела. В каждой модели отражаются ос­новные принципы первичной медико-социальной по­мощи (ПМСП). Еще сегодня действует медицинская (традиционная) модель, автором которой является Ф. Найтингейл. В данной модели одним из составля­ющих элементов является роль медсестры как по­мощника врача с крайне ограниченной профессио­нальной самостоятельностью.

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

   4. Усиление профилактической направленности здра­воохранения.

   5. Проведение системных преобразований в сестринском деле -- в области образования, научных исследовани­ях, практическом здравоохранении, содействие в создании и раз­витие профессиональных сестринских ассоциаций.

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

   Подготовку специалистов сестринского дела и внедрение сестринского процесса в лечебно-профилактические учреждения относят к первоочередным задачам органов здравоохранения. Для рационального и эффективного использования имеющегося кадрового потенциала важное значение в сложившейся ситуации приобретает формирование государственной политики в области сестринского дела и повышение ответственности органов власти всех уровней за ее реализацию.

   В этой связи в контексте Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации разработана Государственная программа развития сестринского дела. Программа была разработана в соответствии с приказом Минздрава РФ от 31 декабря 1997 года N 390 "О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации".

**Определены следующие направления развития и совершенствования деятельности сестринского персонала:**

   первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактическую работу;

   лечебно-диагностическая помощь, в том числе обеспечение интенсивного стационарного лечения и ухода;

   реабилитационная помощи и медико-социальная помощь хроническим больным, старикам и инвалидам;

   медико-социальная помощь инкурабельным больным и умирающим.

**Задачи реформирования** сестринского дела определяются установленными направлениями развития профессии, а именно:

   повышение роли сестер в санитарном просвещении населения по таким его важнейшим направлениям, как формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний, отравлений, несчастных случаев и т.д.,

   обучение населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными, расширение участия сестринского персонала в новых формах внебольничной помощи: дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи и др.

   В связи с реструктуризацией коечного фонда стационаров по интенсивности лечебно-диагностического процесса важное значение приобретает профилизация деятельности и рациональное использование сестринского персонала. Возрастает потребность в кадрах, умеющих работать на современной медицинской аппаратуре, обеспечивающей мониторинг состояния пациентов, владеющих сестринским процессом, основами психологии, обеспечивающих всесторонний комплексный уход и реабилитацию пациента.

   Сокращение длительности госпитального этапа предусматривает интенсификацию сестринского процесса в стационаре и распространение практики ведения планов сестринского ухода и документирование деятельности сестер. Особое внимание планируется уделить формированию административно-управленческого направления сестринского дела, так как определяющая роль в организации всех направлений деятельности сестринского персонала принадлежит руководителям сестринских служб различных уровней.

   Сделаны первые шаги в совершенствовании управления сестринскими службами. Введена новая номенклатурная единица - главный специалист по сестринскому делу органа управления здравоохранения субъектов Федерации. Вводится должность заместителя главного врача по работе с сестринскими кадрами, в крупных ЛПУ - несколько должностей главных сестер, а также такая новая единица, как сестра-преподаватель.

   Неравномерность в обеспечении населения сестринскими кадрами, сложившийся дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом ставят на повестку дня задачу реорганизации системы планирования и распределения кадрового потенциала. Эта реорганизация позволит изменить соотношение врач/сестринский персонал в сторону увеличения последнего, с передачей сестринскому персоналу части функций, выполняемых в настоящее время врачами. С целью обеспечить соответствующий уровень профессиональной готовности и квалификации специалистов, гарантирующий качество предоставляемых населению медицинских услуг, выдвигается задача создания эффективной системы сертификации и аттестации.

   Реформирование здравоохранения не могло не затронуть систему медицинского и фармацевтического образования. От того, по какому руслу пойдут реформы образования, каково будет их наполнение, зависит, какими будут выпуски специалистов с медицинским образованием в 21 веке. Главной целью реформы образования является подготовка совершенно нового поколения специалистов, хорошо знающих свое дело, ориентированных на достижение высоких результатов в охране здоровья населения, воспитанных в духе лучших традиций и достижений отечественной и мировой культуры, способных работать в условиях рыночной экономики и демократического общества.

   Принятые в последние годы законы и постановления Правительства Российской Федерации, указы Президента России по вопросам здравоохранения и образования выдвигают требования повышения качества базовой и последипломной подготовки кадров.

   Профессиональное образование. Профессиональный рост специалистов со средним медицинским образованием может способствовать подъему престижа в обществе. Отсюда особое место в условиях реформы здравоохранения занимает система дополнительного профессионального образования.

   Минздраву России, одному из немногих ведомств, удалось не только сохранить систему повышения квалификации, но и дать определенный импульс для ее развития. В связи с выходом приказа Минздрава России от 19.08.97 N 249 "О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала" был пересмотрен перечень направлений дополнительного профессионального образования, новый перечень был утвержден приказом Минздрава России от 05.06.98 N 186 "О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием".

   Перед системой профессионального образования стоит задача обеспечить дифференцированную подготовку сестринских кадров в зависимости от потребностей населения и рынка услуг. Важным шагом совершенствования профессионального образования и необходимым условием обеспечения качества сестринской помощи населению является развитие государственной системы многоуровневой подготовки сестринских кадров. Система включает четыре профессионально-образовательных уровня, каждому из которых соответствует обязательный минимум содержания и продолжительности подготовки по специальности:

* базовый уровень в колледжах и училищах;
* повышенный уровень в колледжах;
* высшее сестринское образование в вузах;
* послевузовское образование (интернатура, ординатура и аспирантура).

   Высшее образование. Особое место в условиях реформы здравоохранения и повышения престижа сестринской специальности как в отрасли, так и в обществе в целом занимает высшее сестринское образование. Решение всех вопросов по реформированию системы подготовки сестринских кадров осуществлялось на основе предложений практического здравоохранения. В 1995 г. впервые в России двухмиллионное звено медицинских работников пополнилось новыми молодыми специалистами - медицинскими сестрами с высшим образованием. В том же году в России защищена первая докторская диссертация по проблемам подготовки сестринских кадров, эту работу выполнила декан факультета высшего сестринского образования Медицинской академии им. И.М. Сеченова Г.М. Перфильева.

   Однако потребность практического здравоохранения в использовании сестринского потенциала реализуется не полностью, так как остается несовершенной правовая основа деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты. В качестве приоритетного направления развития медицинской науки Министерство здравоохранения Российской Федерации рассматривает развитие научных исследований в области сестринского дела и смежных с ним дисциплинах.

   Научные исследования призваны обеспечить практику новейшими разработками и идеями. Отсутствие системных научных исследований в области сестринского дела не позволяет, в частности, дать обоснованных рекомендаций по рациональному использованию кадровых ресурсов.

   Таким образом, можно заключить, что среди направлений реформирования сестринского дела в России четко наметились те моменты, которые были предложены ВОЗ еще в 70-е годы и по неизвестным причинам не приняты в нашей стране, а именно:

   - сестринский процесс,

   - многоуровневая подготовка специалистов,

   - менеджмент,

- сестринские исследования.

Программа развития сестринского дела в Российской федерации на 2010-2020 годы.

Цели Программы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Создание правовых, организационных,  экономических и методических условий развития сестринского дела в Российской Федерации как одного из звеньев системы здравоохранения, рациональное использование которого ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов здравоохранения, сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. **Задачи Программы**   |  |  | | --- | --- | |  | * определение общей среднесрочной стратегии развития сестринского дела в РФ; * определение и обоснование ресурсного обеспечения развития сестринского дела в РФ; * совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей роль и функции (характеристику правового статуса) специалистов сестринского дела в системе Российского здравоохранения; * развитие государственной и общественной системы управления сестринской деятельностью в соответствии с едиными целями и задачами развития здравоохранения; * стандартизация и технологизация профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием; * повышение уровня профессиональной компетентности специалистов со средним медицинским образованием через развитие и совершенствование системы непрерывного и многоуровневого профессионального образования; * формирование единой информационной среды отрасли, включая систему профессионального образования, путем применения информационных и телекоммуникационных систем и технологий; * обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела, координация и увеличение объемов мероприятий по созданию нового поколения информационных продуктов для специалистов сестринского дела. |  * совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей роль и функции (характеристику правового статуса) специалистов сестринского дела в системе Российского здравоохранения; * развитие государственной и общественной системы управления сестринской деятельностью в соответствии с едиными целями и задачами развития здравоохранения; * стандартизация и технологизация профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием; * повышение уровня профессиональной компетентности специалистов со средним медицинским образованием через развитие и совершенствование системы непрерывного и многоуровневого профессионального образования; * формирование единой информационной среды отрасли, включая систему профессионального образования, путем применения информационных и телекоммуникационных систем и технологий; * обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела, координация и увеличение объемов мероприятий по созданию нового поколения информационных продуктов для специалистов сестринского дела.   **Направления реализации программы**   * определение общей стратегии развития сестринского дела в Российской Федерации; * повышение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой специалистами со средним медицинским образованием; * реформирование существующей нормативно-правовой базы, определяющей компетенции и ответственность специалистов сестринского дела; * развитие кадрового потенциала специалистов сестринского дела и решение кадровых проблем здравоохранения; * формирование порядка оказания доврачебной медицинской помощи и стандартов деятельности персонала со средним медицинским образованием в соответствии с едиными целями, задачами и принципами развития здравоохранения по переходу на современную систему организации медицинской помощи; * совершенствование действующей номенклатуры специальностей работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием, подготовка предложений по ее совершенствованию; * обоснование и подготовка стандартов профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием; * создание достойных условий труда и социальной защищенности специалистов сестринского дела; * повышение престижа профессии специалистов сестринского дела; * обеспечение создания единой информационной среды путем применения информационных и телекоммуникационных систем и технологий; * формирование мотивации населения к ведению здорового образа жизни; * совершенствование этических аспектов деятельности специалистов сестринского дела; * развитие фундаментальных и прикладных научных исследований в сестринском деле, с последующим их использованием в практическом здравоохранении, системе профессиональной подготовки и переподготовки сестринского персонала; * развитие международных связей и сотрудничества с российскими общественными организациями.   **Сроки и этапы реализации программы**  **2010-2020 гг.**  **Первый этап: 2010-2015 гг.**  Подготовка нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность специалистов с различным уровнем сестринского образования в сфере здравоохранения и определяющих дифференцированную нагрузку на сестринский персонал с учетом контингента пациентов, разработка и внедрение новых сестринских технологий ухода и вида сестринской помощи.  Завершение разработки профессиональных стандартов и порядков оказания доврачебной медицинской помощи специалистами со средним медицинским образованием, подготовка к началу информатизации деятельности сестринского персонала и внедрению информационной системы персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной гражданам.  Осуществление подготовительных мероприятий по переходу на новую систему организации медицинской помощи, формирование интегративной системы непрерывной подготовки кадров, основанной на единой кадровой политике.  Подготовка и внедрение программы технологий профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний и патологических состояний специалистами со средним медицинским образованием.  **Продолжение реализации национального проекта**  **«Здоровье» по направлениям:**   * развитие первичной медико-социальной помощи и совершенствование профилактических мероприятий; * повышение доступности и качества специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи; * совершенствование медицинской помощи матерям и детям; * совершенствование онкологической помощи, снижение заболеваемости и смертности; * обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечение больных с туберкулезом, проведение профилактических мероприятий, снижение заболеваемости и смертности; * совершенствование медицинской помощи детям-инвалидам; * диспансеризация детей-подростков, детей-сирот, детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; * перинатальная диагностика наследственных заболеваний; * формирование мотивации здорового образа жизни у населения Российской Федерации; * развитие службы крови и донорства; * снижение смертности от социально-значимых заболеваний.   **Второй этап: 2016-2020 гг.** Предполагается создание в ЛПУ системы социальной защиты медицинского работника, осуществление путем стандартизации поэтапного перехода к саморегулируемойэ системе организации оказания медицинской помощи.  Планируется проведение повсеместной компьютеризации рабочих мест, создание федеральной базы данных по используемым сестринским технологиям в ЛПУ, стандартизация и информатизация деятельности персонала со средним медицинским образованием с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения. |

* совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей роль и функции (характеристику правового статуса) специалистов сестринского дела в системе Российского здравоохранения;
* развитие государственной и общественной системы управления сестринской деятельностью в соответствии с едиными целями и задачами развития здравоохранения;
* стандартизация и технологизация профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием;
* повышение уровня профессиональной компетентности специалистов со средним медицинским образованием через развитие и совершенствование системы непрерывного и многоуровневого профессионального образования;
* формирование единой информационной среды отрасли, включая систему профессионального образования, путем применения информационных и телекоммуникационных систем и технологий;
* обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела, координация и увеличение объемов мероприятий по созданию нового поколения информационных продуктов для специалистов сестринского дела.

**2010-2020 гг.**

**Вопросы для самоподготовки**

1. Дайте определение термину «Здоровье».
2. Дайте определение термину «Демография».
3. Дайте определение термину «Смертность».
4. Дайте определение термину «Средняя продолжительность жизни». Охарактеризуйте процесс рождаемости в РФ и Красноярском крае.
5. Охарактеризуйте процесс естественного движения населения в РФ и Красноярском крае.
6. Дайте определение термину «Общая заболеваемость».
7. Охарактеризуйте структуру системы здравоохранения.
8. Перечислите основные типы лечебно-профилактических учреждений.
9. Охарактеризуйте структуру и основные функции больниц.
10. Назовите роль, цели и задачи Ассоциации российских медицинских сестер.
11. Назовите перспективы развития сестринского дела в России.
12. Расскажите о реформе сестринского дела в России.
13. Расскажите о программе развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы.
14. Охарактеризуйте направления реализации программы.
15. Расскажите о реализации национального проекта «Здоровье».

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Дополнительная:**

# Приказ Минздрава РФ от 09.01.2001 №4 «Об отраслевой программе развития сестринского дела в РФ»

1. Решение Коллегии министерства здравоохранения Российской Федерации «О доктрине среднего медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации»

**Лекция 2**

**Тема 1.1: Предмет, место и роль общественного здравоохранения и здоровья. История сестринского дела. Перспективы развития сестринского дела.**

**План лекции:**

1. Истоки милосердия и ухода за больными и ранеными.
2. Организация системы ухода за больными.
3. Общины сестер милосердия.
4. Российское общество Красного Креста в войнах и стихийных бедствиях конца XIX - первой половины XX века.
5. Медицинские сестры периода Великой Отечественной войны.
6. Состояние милосердного сестринского движения в России.
7. на современном этапе (конец XX -начало XXI века).

**История сестринского дела**

***Перед великим умом я склоняю голову,***

***перед сердцем великим - колени.***

***Гете***

История сестринского дела охватывает тысячелетия. Сестринское дело называют самым древним искус­ством и самой юной профессией.

   На развитии гуманитарной мысли отразилось влияние религий.

Индуизм проповедовал индивидуальный поиск своей судьбы, то буддизм явился с миссией сострадания, защиты слабых, с призы­вом к взаимопомощи. Особенно много для ухода за больным сдела­ло христианство. Христиане верили, что спасение в загробной жизни будет зависеть от доброго отношения друг к другу в этой жизни, отсюда вни­мание и забота о болящих.

В одном древнем патерике (сборнике изречений святых и повествований об их подвигах) рассказывается, как некий послушник спросил старца: - Авва, один брат шесть дней ничего не ест и только на седьмой принимает немного пищи, а другой ухаживает за больными. Чей подвиг выше?

Старец ответил:

- Если тот брат, который строго постится, за ноздри себя пове­сит, все равно не сравнится с тем, который ухаживает за больными.

**Милосердие - высшая, бескорыстная форма любви, свободная от эгоистических устремлений и не нуждающаяся во внешних мотивациях.**

Истоки милосердия и ухода за больными и ранеными

   Чувство любви к ближнему во все века было прису­ще человеку. Согласно христианской религии, ближний - это тот, кто создан по образу и подобию Божьему, то есть все люди. Одним из многочисленных проявлений любви к ближним стал уход за больными. Причем, женщине в большей степени, чем мужчине, приходи­лось ухаживать за больными.

   У народов Древнего мира уход за больным осуществ­ляли родственники. Специальных людей, которые посвя­щали бы себя делу ухода за больными, не было, исключе­ние составляли лишь женщины, занимающиеся оказани­ем помощи роженицам и новорожденным. Вначале это были пожилые родственницы, но со временем появились особые специалисты. Наибольшего развития организация подобной помощи достигла у греков и римлян.

   В Древней Греции были акушерки, которыми, по оп­ределению Гиппократа, могли быть только рожавшие женщины, а также женщины с большим жизненным опытом. Они определяли сроки беременности, наступ­ления родов, им предоставлялось право ускорять роды лекарственными средствами и священными песнями. Акушерки занимались также лечением женских болез­ней и даже были свахами. Отдельную группу составля­ли женщины-врачи, занимавшиеся также женскими бо­лезнями. Многие из женщин-врачей и акушерок состо­яли на государственной службе. Но особенно развито акушерское дело было в Древнем Риме. Здесь акушерки не только оказывали помощь во время родов, но и уха­живали за роженицами и младенцами.

   Соран Эфесский в своем трактате по гинекологии обращал внимание на то, чтобы женщины, желающие заниматься родовспомогательным искусством, были грамотны, "подвижны, приличны и имели нормальные органы чувств, были здоровы и сильны, имели длин­ные тонкие пальцы с коротко обрезанными ногтями". Если акушерки были не особенно молоды, то он реко­мендовал им "быть постоянно трезвыми, спокойными и молчаливыми, не быть суеверными, из-за корыстных целей не употреблять абортивных средств".

   В Афинах и Риме заболевших бедняков и раненных в сражениях воинов лечили в домах богатых граждан, где уход за ними осуществляли женщины. В пол­ном объеме развитие дела ухода за больными получило только с распространением христианства. Ученики Иисуса Христа - апостолы - не только проповедова­ли христианское учение, но и исцеляли больных.

При церквах и монастырях стали возникать богадель­ни, или "диаконии", предназначенные вначале для боль­ных монахов и монахинь, а позже и для всех больных. Уход за больными в этих заведениях считался еще у пер­вых христиан богоугодным делом, ему посвящали себя почти все члены общины, но, в основном, женщины и диаконисы. Уже тогда было замечено, что у постели больного женщины чаще, чем мужчины, проявляют выдержанность и легче переносят беспокойные ночи и дни, полные тревог и забот о больном.

   Христианская попечительность о больных со вре­мен римского императора Константина Великого (IV век н. э.), поддерживавшего христианскую религию, при­нимает новый вид - учреждаются общественные боль­ницы и госпитали для больных и бесприютных.

   К XI веку относится создание во многих городах За­падной Европы (Нидерланды, Германия и др.) общин женщин и девиц для служения делу милосердия и ухо­да за больными. В летописях этих стран упоминается о многих женщинах, принадлежащих даже к княжескому роду, которые посвящали свою жизнь уходу за прока­женными в первых общественных больницах. В XIII веке графиня Елизавета Тюрингенская, которая отлича­лась глубокой религиозностью и любовью к людям, всю свою жизнь посвятила служению делу милосердия. В возрасте 20 лет она на свои средства построила госпи­таль, организовала приют для подкидышей и сирот, в которых сама много работала.

   В 1235 г. Елизавета была причислена к лику святых и в ее честь была основана католическая община "елизаветинок" - из пожелавших последовать ее примеру. В мирное время сестры общины ухаживали только за больными женщинами, а в военное время - и за муж­чинами, нуждающимися в медицинской помощи. Мно­го сделала община и для больных проказой.

   Христианская благотворительность в средние века в католических странах выражалась и в создании раз­личных светских и духовных рыцарских орденов, чле­ны которых считали основной своей целью уход за боль­ными. Например, основной функцией ордена Святого Лазаря (отсюда - лазарет) в Иерусалиме был уход за прокаженными. Ордена тамплиеров во Франции и не­мецких рыцарей покровительствовали паломникам и заботились о больных и неимущих. Членами ордена могли стать и женщины.

   Главным делом ордена, основанного в Иерусалиме и названного в честь Святого Иоанна, было попечение о больных и уход за больными. Первой его настоятель­ницей в 1099 г. стала римлянка Агнесса. Сестры давали обет проводить все свое время в уходе за больными, посте и молитве и трудиться на благо ордена. Деятель­ность женщин этого ордена распространилась и в Ита­лию, Испанию, Францию, Англию, где ими были со­зданы монастыри.

   Особенно известной стала деятельность общины "иоанниток" в Париже. В 1348 г., во время большой эпи­демии чумы, члены общины показали пример самопо­жертвования. Современники этих событий описывали такую картину: "Всеми оставленный больной лежал один со своими муками. Родные боялись приблизиться к нему, врач страшился вступать в его жилище и даже священник лишь со страхом причащал его. Со стонами, разрывавшими сердце, призывали дети родителей, отцы и матери - сыновей и дочерей. Но тщетно! Даже и до трупов родные прикасались лишь потому, что никто не соглашался исполнять последние желания за деньги... ничто не могло собрать родных и знакомых на обряд погребения. Трупы самых знатных и заслуженных лиц относились в могилы самыми бедными людьми, пото­му что невыразимый страх отталкивал от гроба их дру­зей и товарищей". Тем весомее выглядят многочисленные примеры самопожертвования сестер орденов при оказании помощи больным. Только в Париже за время эпидемии умерли более 500 сестер этих орденов, но эту опасную работу продолжали делать другие сестры.

   Много сделали по уходу за больными и сестры ор­дена, так называемые "госпитальерки". В ведении этих сестер находились крупные госпитали - Святого Лю­довика в Париже, а также в других городах Франции. Только один Отель-Дье (дом Божий) в столице вмещал 6000 больных; сюда принимались больные с любыми заболеваниями, даже заразными.

   В 1617 г. во Франции священник Викентий Поль организовал первую общину сестер милосердия. В этом году в г. Шатиньоне в одной из своих проповедей он обратил внимание прихожан на крайне тяжелое мате­риальное положение одной бедной семьи, члены кото­рой были больны. Пораженные красноречием пропо­ведника слушатели (и особенно женщины) стали помо­гать не только этой семье, но и всем больным прихода. Для правильного распределения помощи Викентий Поль решил организовать общество и принялся за составле­ние устава. "Милосердие к ближнему, - говорится в этом уставе,- есть вернейший признак христианина, и одним из главных дел милосердия является посещение бедных, больных и всякого рода помощь им". Вначале общество называлось "общество милосердия", а члены его - "служительницы бедных". Они должны были по очереди брать ежедневно из общего склада необходи­мую провизию, приготовлять из нее пищу и разносить больным. Но задача этого общества состояла не только в оказании материальной и физической помощи, но и духовной. "Служительницы бедных" старались научить больных лучше жить и достойно умирать, поэтому они совмещали свои посещения с религиозными беседами, чтением и наставлениями.

   В Германии общины сестер милосердия были созда­ны еще в 1808 г. В Италии сестры милосердия появи­лись лишь в 1821 г. Их главной задачей был уход за за­разными больными, которых не принимали больницы. Два раза в неделю они посещали на дому больных, име­ющих хронические заболевания, и снабжали их пищей и лекарствами, которые были назначены врачами.

   Первые общины сестер милосердия в Австрии были организованы в 1834 г., в Чехии - в 1837 г. К середине столетия в Западной Европе уже насчитывалось около 16 тыс. сестер милосердия.

   В 1841 г. общины диаконис были организованы в США, а в 1851 г. - на Востоке, где в ведении общин находились многие больницы и воспитательные учреж­дения (в Бейруте, Иерусалиме, Александрии). В 1884 г. в мире насчитывалось всего 56 общин, преимуществен­но протестантских, из которых 35 находились в Герма­нии, 6 - в России, 3 - в Швейцарии, 3 - во Фран­ции, 2 - в Голландии, 2 - в Англии и по одной общи­не в Венгрии, Дании, Швеции, Норвегии и США. К кон­цу XIX века существовало 60 общин диаконис, объеди­нявших более 8000 сестер. Их благотворительная дея­тельность осуществлялась в 1780 учреждениях. Подоб­ного рода общины существовали и при протестантских церквах в России - в Санкт-Петербурге, Саратове, Выборге, Риге, Таллинне, Хельсинки.

   Начиная с середины XIX века католические монахи­ни и протестантские диаконисы оказывали медицинс­кую помощь и осуществляли уход за ранеными во время военных действий. На принципиально новой органи­зационной основе и на более высоком качественном уровне женский труд стал применяться при оказании медицинской помощи раненым в период Крымской вой­ны (1853-1856 гг.).

**Организация системы ухода за больными**

   В 1763 г. известный русский просветитель И. И. Бец­кой предложил создать в России систему учреждений для воспитания и профессиональной подготовки детей-подкидышей. Идею одобрила императрица Екатерина II. Она издала манифест о создании в Москве воспитатель­ного дома на благотворительной основе и первой внесла 100 тыс. рублей.

   Правильная организация работы воспитательных домов по обучению и профессиональной подготовке своих воспитанников давала положительные мораль­ные и материальные результаты. В 1803 г. в Петербурге и Москве на средства воспитательных домов были учреж­дены две больницы для бедных по 200 коек каждая, с целью "оказывать безвозмездно врачебное пособие вся­кого состояния, пола и возраста и всякой нации бедным и неимущим больным, судя по роду и степени болезни: или оставляя больных для лечения в больнице, или над­зирая над приходящими ежедневно за советом и лекар­ствами". В 1828 г., после смерти императрицы, эти боль­ницы в ее честь были названы Мариинскими.

   В этом же году - 12 мая в Москве и 30 августа в Санкт-Петербурге "для призрения престарелых и не имеющих средств к пропитанию своему вдов" были офи­циально открыты вдовьи дома. Их учреждение стало вы­дающимся актом благотворительности не только в Рос­сии. Санкт-Петербургский вдовий дом включал: 1) от­деление для малолетних детей; 2) сиротское отделение для дворянских детей; 3) дом призрения больных девиц благородного звания; 4) приют для детей, родители ко­торых пострадали от наводнений 1824 г.; 5) приют для детей, родители которых умерли от эпидемии холеры 1831 г.; 6) училище для детей-сирот военнослужащих.

   Идея организации систематического ухода за боль­ными специально обученным для этих целей персона­лом вдовьего дома принадлежит императрице Марии Федоровне. Еще в 1804 г. она выдвинула идею привле­чения вдов для ухода за больными в Московском вдо­вьем доме, но только в 1813 г. эти планы были реализо­ваны в Санкт-Петербурге. Их задачу императрица ви­дела так: "Помышляя о средствах дать во Вдовьем доме, по мере их сил, занятие полезное и благотворительное, и к человеколюбивой цели сего заведения, ...я решилась сделать опыт употребления некоторого числа вдов для присмотра за больными в больнице для бедных, дабы приучая их тем к хождению за ними и к оказыванию страждущим всякой помощи... составить таким образом особливый разряд вдов, которые не только в одной боль­нице... употреблены быть могли с великой для больных пользою, но и отпускались бы в частные дома, для хож­дения за больными... по добровольному их согласию. Когда же успехом опыта докажется возможность и польза сего заведения, тогда... я о учреждении такого разряда сердобольных вдов дам формальное предписа­ние".

   Сердобольные вдовы оставили о себе добрую славу на поприще милосердия и ухода за больными. Особой стра­ницей истории сердоболия в нашей стране является их подвиг при оказании помощи раненым во время Крым­ской войны 1853-1856 гг.

**Общины сестер милосердия**

   Организация ухода за больными в нашей стране тес­но связана с деятельностью общин сестер милосердия.

   Первые такие структуры в нашей стране создавались по линии частной благотворительности. В марте 1844 г. в Санкт-Петербурге по инициативе и на средства Вели­кой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской была основана первая в России православная община сестер милосердия (с 1873 г. - Свято-Троицкая община сестер милосердия в честь су­ществующей при общине церкви Святой Троицы). Согласно уставу общины, который был утвержден в 1848 г., ее целью было "попечение о бедных больных, утешение скорбящих, приведение на путь истинный лиц, предававшихся порокам, воспитание бесприютных де­тей и исправление детей с дурными наклонностями". Община включала: отделение сестер милосердия; жен­скую больницу; богадельню для неизлечимых больных; исправительную школу; пансион; приют для приходя­щих детей; отделение "кающихся Магдалин".

   В общину принимались вдовы и девицы всех сословий в возрасте от 20 до 40 лет. Прежде чем получить звание сестры милосердия, женщины должны были отработать в общине в течение года. Процедура зачис­ления в сестры милосердия проходила в торжествен­ной обстановке, так же как при посвящении в сердо­больные вдовы.

   После литургии, совершенной митрополитом Санкт-Петербургским, на каждую принимаемую в сестры возлагался золотой крест с изображением на одной сторо­не Пресвятой Богородицы с надписью "Всех скорбящих радость", а на другой - с надписью "Милосердие". При­нимаемая в сестры произносила присягу, в которой были следующие слова: "...буду тщательно наблюдать все, что по наставлению врачей будет полезным и нужным для вос­становления здоровья вверенных моему попечению боля­щих; все же вредное для них и запрещенное врачами все­мерно удалять от них".

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

  Звание сестер милосердия в течение года получали 3-4 человека. Богадельня общины имела 6 коек для неизлечимых больных; для сирот и детей неимущих было 70 мест; в исправительной школе обучались 20 детей; только в первые 11 лет в отделении "кающихся" находились 446 человек.

   Существовала община на благотворительные сред­ства. В 50-е годы община переживала трудный период - хозяйство пришло в расстройство, ухудшилась дис­циплина сестер, встал вопрос об ее закрытии. Однако с 1859 г., когда общину возглавила Е. А. Кублицкая, ее дея­тельность стала возрождаться.

   Профессиональная подготовка сестер милосердия включала обучение основным гигиеническим правилам ухода за больными, некоторым лечебным процедурам. Впоследствии круг их обязанностей был существенно расширен. Помимо работы в отделениях общины, сест­ры милосердия бескорыстно осуществляли уход за боль­ными в малоимущих и бедных семьях.

   Женская больница при общине была организована на 25 коек, а начиная с 1868 г. уже насчитывала 58 коек. В 1884 г. была открыта мужская больница на 50 коек.

   В разные годы в общине в качестве преподавателей-консультантов работали известные врачи: Н. Ф. Арендт, В. Л. Грубер, Н. Ф. Здекауер, Н. И. Пирогов, Е. В. Пав­лов, В. Е. Экк, первая женщина-врач Н. П. Суслова.

*Покровская община сестер милосердия* была учреж­дена в 1859 г. в Петербурге Великой княгиней Алексан­дрой Петровной. Согласно уставу (1861 г.) целью общи­ны являлось "попечение о приходящих больных, под­готовка опытных сестер милосердия и воспитание бед­ных и бесприютных детей".

   Община включала отделение для сестер милосердия, больницу, лечебницу для амбулаторных больных, апте­ку, отделение для грудных детей, отделение для детей младшего возраста, школу для мальчиков, училище для подготовки фельдшериц.

   В отделении сестер работали 35 человек. Сюда при­нимались, как правило, девушки и вдовы в возрасте от 17 до 40 лет. Испытательный срок составлял 3 года, по истечении которого в торжественной обстановке, пос­ле принесения клятвы сестры получали золотой крест на ленте синего цвета с надписью "Любовь и милосер­дие". Сестры, испытуемые и воспитанницы училища для фельдшериц дежурили в больнице, лечебнице для амбулаторных больных, аптеке и обязаны были выпол­нять распоряжения врачей. Больница общины имела 20 коек для взрослых и 30 - для детей. В лечебнице для амбулаторных больных бесплатно оказывалась по­мощь врачами-консультантами, находящимися в штате больницы.

   Отделение для детей младшего возраста было рас­считано на 98 человек обоего пола. Сюда принимались дети-сироты, калеки, слепые, дети из бедных семей.

   В школе для мальчиков обучались 40 воспитанников, которые оставались в общине до 12 лет.

   В училище осуществлялась подготовка 100 фельдше­риц; обучение включало два этапа - подготовитель­ный (гимназический) и специальный (медицинский). Учебная программа предусматривала изучение анато­мии, физиологии, физики, фармакологии, клиничес­ких дисциплин, малой хирургии, десмургии, методов ухода за больными. Курс обучения составлял 4 года. Окончившие училище сестры милосердия получали ат­тестат, дающий право работы в качестве помощника лекаря.

   В 1866 г. княгиня Н. Б. Шаховская создала общину сестер милосердия "Утоли моя печали" (название ико­ны Божией Матери). При общине, созданной при тю­ремной больнице, позднее были открыты сиротский приют для девочек, больница и амбулатория. Впослед­ствии община стала самой крупной в России, в 1877 г. она насчитывала 250 сестер милосердия.

   Особое место в деятельности первых общин сестер милосердия занимает Крестовоздвиженская община, которая была учреждена в Петербурге в самом начале Крымской войны по инициативе Великой княгини Еле­ны Павловны (день создания общины - 5 ноября 1854 г. совпал с православным праздником Воздвижения Кре­ста Господня - символа христианской веры). Это было первое в мире женское медицинское формирование по оказанию помощи раненым на поле боя. Помощь ране­ным силами сестер милосердия этой общины явилась прообразом деятельности будущего Общества Красного Креста.

   Проанализировав опыт первых общин сестер ми­лосердия, можно отметить, что принципиальных от­личий в их деятельности не было.Неизменными ка­чествами сестер были строгая нравственность, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотвер­женность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Уставы общин, хотя и были строгими, но, в отличие от монастырских, сохраняли за членами общины некоторые элементы свободы. Сест­ры имели право наследовать и владеть собственным имуществом, при желании могли вернуться к роди­телям или вступить в брак. Среди сестер милосердия было много женщин и девушек знатного проис­хождения. Однако устав не позволял делать кому-либо "скидки", да никто и не стремился к привилеги­ям, все с одинаковой самоотверженностью переносили тяготы трудовых будней мирного времени и лишения и опасности фронтовой жизни.

   С другой стороны, следует подчеркнуть **социальную направленность** сестринской, акушерской и фельдшер­ской помощи в России, которая прежде всего предназ­началась для бедных, беременных, новорожденных, де­тей, стариков, больных и раненых. Кроме того, она была направлена на оказание помощи пострадавшим от войн, стихийных бедствий, эпидемий. Предоставлялись не просто уход и физическая помощь больному, раненому, сироте-ребенку, но было организовано гуманитарное и профессиональное образование (приюты и школы при общине). Все, что может быть названо современным тер­мином **"социальная реабилитация и адаптация".**

   Прослеживается и разделение сфер деятельности по оказанию помощи: помощь в госпиталях и больницах проходила под контролем врача и была от него зависи­ма, поскольку врач рассматривал сиделку, хожатого или сердобольную вдову как "орудие, от верности и точнос­ти которого зависит успех лечения": работа сестер в при­ютах, богадельнях была менее зависима от врача, пре­доставляла больше самостоятельности в действиях, так как, кроме ухода, подразумевала обучение, привитие навыков, в том числе и профессиональных.

   Организация сестринской помощи, направленная в основном на социально незащищенные группы населе­ния, была экономически эффективной. Так, деятельность воспитательных домов, доходы которых значительно превышали расходы, позволила на заработанные сред­ства открывать больницы для бедных. Развитие сест­ринской и акушерской помощи поддерживалось обще­ством и государством.

   В 1854 г. во время Крымской войны началась осада Севастополя.

   5 ноября 1854 г. в церкви Михайловского дворца (ныне - Русский музей) состоялась торжественная це­ремония открытия Крестовоздвиженской общины. Пос­ле литургии сестры милосердия во главе с начальницей А. П. Стахович дали клятву, в которой были такие слова: "...доколе сил моих станет, употреблять буду все мои попечения и труды на служение больным братьям моим".

   Утром 6 ноября первая группа сестер общины вые­хала на фронт. 22 ноября, после краткосрочного обуче­ния, в Крым отправилась вторая группа сестер мило­сердия. К началу 1856 г. на театре военных действий уже трудились более 200 сестер милосердия из Кресто­воздвиженской общины.

   В своем письме 6 декабря 1854 г. Н. И. Пирогов пи­сал: "Дней пять тому назад приехала сюда Крестовоздвиженская община сестер Елены Павловны, числом до тридцати, и принялась ревностно за дело; если они так будут заниматься, как теперь, то принесут, нет сомне­ния, много пользы".

   Впервые на этой войне, которую Н. И. Пирогов на­звал "великой драмой", сестры милосердия стали де­лать то, что в наше время обозначено как функция защи­ты больного, а их стали рассматривать как адвокатов больного. Именно сестра представляла и защищала ин­тересы больного. Вот как писал об этой работе сестер милосердия Н. И. Пирогов: "Они день и ночь попере­менно бывают в госпиталях, помогают при перевязке, бывают и при операциях, раздают больным чай и вино и наблюдают за служителями и за смотрителями и даже за врачами. Присутствие женщины, опрятно одетой и с участием помогающей, оживляет плачевную юдоль стра­даний и бедствий. Но еще должны приехать сердоболь­ные императрицы... распоряжение этих вдов тоже по­ручается мне".

   В другом письме он отмечал: "Так поставили упу­щенный госпиталь на ноги, что теперь не узнаешь. От­дали вместе смотрителя под следствие, завели конт­рольные дежурства сестер". Не случайно Е. М. Бакунина, отмечая эту работу сестер милосердия, говорила о них как о "ходатайницах" за интересы больных и раненых.

   С конца декабря большинство сестер не могли про­должать работу в госпиталях из-за сыпного тифа; ос­тальные ухаживали за больными сестрами. Вновь всту­павшие в общину женщины проходили в течение 2-3 месяцев обучение в пехотном госпитале Петербурга на специальных медицинских курсах, а затем также отправ­лялись на театр военных действий.

   13 января 1855 г. в Севастополь прибыл отряд из 12 сестер во главе со старшей сестрой М. Меркуловой, им была поручена самая трудная работа-дежурства (днев­ные и ночные) на главном перевязочном пункте и во временном госпитале. Н. И. Пирогов разделил сестер на несколько групп и разработал для каждой группы инструкции, регламентирующие их деятельность. Группа перевязочных сестер несла суточное дежурство в отде­лениях госпиталей, помогала врачам при перевязках и операциях, наблюдала за чистотой палат. Согласно ин­струкции сестра обязана серьезно готовиться к перевяз­кам, подбирать для работы необходимые медикаментоз­ные и перевязочные средства. При перевязке она долж­на была обращать внимание на изменения раны и окру­жающей ее ткани; в случае появления сильного покрас­нения, гнойных затеков или кровотечения следовало не­медленно сообщать об этом врачу.

   Особое внимание в инструкции уделялось мерам по предупреждению инфицирования ран, в частности, было указано, что в употреблении могут быть только чистые губки, специально взятые у сестры-аптекарши.

   Н.И.Пирогов в одном из писем очень подробно описывает деятельность сестер. По его инициативе впервые в истории военно-полевой хирур­гии сестры милосердия и врачи были разделены на че­тыре группы. Первая группа обязана была сортировать поступающих по тяжести ранений, а тех, кто нуждался в срочной операции, немедленно передавали второй группе. Третья группа осуществляла уход за ранеными, которые не нуждались в срочном оперативном лечении. Четвертая группа, состоявшая из одних сестер и священ­ника, занималась безнадежно больными и умирающи­ми. Наконец, две сестры-хозяйки занимались раздачей раненым вина, чая или бульона. Сестры-хозяйки хра­нили всю провизию. Это была первая "специализация" среди сестер, учитывающая уровень их знаний и спо­собностей, а также практическую необходимость в этом роде деятельности.

   Работать сестрам приходилось в ужасных условиях. Изо дня в день, по словам Пирогова, выполнялось от 150 до 200 ампутаций и других тяжелых операций. Не­редко раненые располагались в палатках-лазаретах. Од­нажды, вспоминал Пирогов, над этим лагерем мучени­ков разразился ливень, промочивший насквозь не толь­ко людей, но и матрацы под ними. Когда кто-нибудь входил в эти палатки-лазареты, со всех сторон раздава­лись стоны о помощи. И сестры милосердия, стоя в лу­жах на коленях перед больными, оказывали им посиль­ную помощь.

   По словам очевидцев, многие сестры милосердия, помогая хирургам, так пригляделись к разнообразным операциям, что любая из них сама могла бы произвести ампутацию. Сестры не оставляли без попечения и ра­неных французов, которых не считали врагами. Принявшие на себя непосильный труд и тяжелый крест, сестры Крестовоздвиженской общины, "скрепя сердце, прислуживали операторам, хлороформировали оперируемых, наблюдали за пульсом, держали руку или ногу, которую резал или пилил оператор, прижимали паль­цами вместо турникета артерию, указанную хирургом, и даже налагали лигатуру на сосуд, из которого после отнятия ноги сочилась артериальная кровь".

   Несмотря на то, что первые сестры милосердия были набраны с большой поспешностью и многие из них не имели никакого образования, все они быстро обучились сестринскому делу и стали образцами про­фессионализма.

   Сестры общины были представителями различных сословий, имели разное образование, и это иногда было причиной сложностей, возникавших в отношениях меж­ду ними.

   Помимо лечебной работы, сестры осуществляли кон­троль за деятельностью интендантов. Это было вызва­но тем, что государственные деньги, отпущенные для госпиталей, разворовывались, по меткому выражению Н. И. Пирогова, "даже днем". Таким образом, по словам Н. И. Пирогова, у сестер милосердия появилась новая функция - "нравственный контроль" за действиями гос­питальной администрации.

   За самоотверженный уход за ранеными и больными 158 участниц Крымской войны были награждены медалями "За оборону Севастополя" и позолоченным крестом.

   Примером героизма и самоотверженности во время Крымской войны (1853-- 1856 г.) является Даша Севастопольская (Михайлова), пер­вая российская сестра милосердия, безвозмездно помогав­шая страдальцам, применявшая для перевязки ран обыч­ный уксус, как средство дезинфекции.

   Даша Севастопольская была сиротой, ее отец погиб на войне в битве при Синопе, а мать умерла. Она продала свое наследство, переоделась юнгой и отправилась на вой­ну. Никто не узнавал в ней девушки. Государь наградил ее золотой медалью "За усердие", велел великим князьям целовать ее, подарил пятьсот рублей, и обещал еще тыся­чу, когда она выйдет замуж, и обещание свое сдержал.

   Крымская война показала пользу женского ухода за ранеными и больными, который осуществлялся воюю­щими сторонами. Это на основании опыта Крымской войны Н. И. Пирогов напишет то, что войдет во все ме­дицинские энциклопедии и учебники мира: "Война - это травматическая эпидемия. Как при больших эпиде­миях всегда недостает врачей, так во время больших войн всегда в них недостаток". Он убедился на практике, что в такой ситуации в интересах раненого и больного необходимо расширить функции медицинской сест­ры, они должны быть шире, чем у сиделки, и каче­ство оказания медицинской помощи должно быть выше. А профилактические мероприятия по предупреж­дению болезней, особенно инфекционных, по созданию условий выздоровления оказались настолько разитель­ными, что, как отметил Н. А. Семашко, Н. И. Пирогов доказал, что "будущее принадлежит предупредительной медицине". Доказали это и сестры милосердия, рабо­тавшие под руководством Н. И. Пирогова в труднейших условиях Крымской войны.

   Н.И. Пирогов внес понятие о специализации в работе сестер общины: появились "хозяйки", "аптекарши", пере­вязочные и операционные сестры, появилось понятие "стар­шая медсестра" вместо должности "главной начальницы". Пирогов Н. И. отстоял идею введения женского труда в госпиталях (до этого уход осуществляли в большей сте­пени мужчины).

   5 ноября 1854 г. в расположение войск союзных ар­мий в Константинополь прибыли из Англии 38 сиде­лок во главе с мисс Флоренс Найтингейл; в то время в английских госпиталях, по разным сведениям, находи­лось до 3 000 раненых. Сестры-сиделки были размещены в барачном госпитале (в Скутари, Турция) и вы­полняли различную работу в зависимости от необходи­мости и умения: одни из них помогали хирургам, дру­гие - работали кухарками, прачками, швеями, третьи - занимались приготовлением подушек и тюфяков.

   На место военных действий, в Балаклаву, Ф. Най­тингейл отправилась только в начале лета 1855 г. с це­лью посещения госпиталей, в которые ранее она посла­ла некоторых сестер. Мисс Найтингейл не только по­жертвовала свои сбережения на устройство кофейни в Инкермане, но и помогала в устройстве читален, орга­низации чтений для матросов, писала также письма за солдат, заботилась о том, чтобы их денежные переводы отправлялись на родину, занималась устройством бань, прачечных, больничных кухонь, чем способствовала снижению смертности и санитарных потерь в английс­кой армии.В конце 1855 г. Ф. Найтингейл вернулась в Англию, организовала сбор пожертвований с целью создания школы для подготовки сестер милосердия. **26 июня 1860 г. она открыла в Лондоне в госпитале Сент-Томас первую в мире школу для подготовки сестер милосердия**.

   В своих "Записках об уходе" Ф. Найтингейл дала опре­деление сестринского дела, показала его отличие от вра­чебного дела, она создала модель сестринского дела, т. е. теорию, которую преподавали в первых сестринских шко­лах Европы и Америки.

   Имя Ф. Найтингейл стало символом милосердия.

   Каждые 2 года Международный комитет Красного Кре­ста присуждает в день ее рождения (12 мая) 50 медалей ее имени. Это высшая награда для медицинских сестер, активистов Красного Креста. В положении об этой меда­ли говорится, что дается она "не для увенчания карье­ры, а для того, чтобы отметить выдающиеся действия и признать исключительно моральные качества награжда­емых". В настоящее время эту медаль имеет около 1000 человек.

   Таким образом, в отечественной литературе, посвя­щенной Крымской войне и ее медицинскому обеспече­нию, подчеркивается, что Крестовоздвиженская общи­на заслуженно является первым в мире медицинским формированием, ее деятельность осуществлялась по чет­кой системе, предложенной гениальным хирургом Н. И. Пироговым. По сути дела, на полях сражений Крымс­кой войны зарождались основные принципы военно-полевой хирургии, хорошо продуманная система этап­ного лечения и эвакуации раненых, сформулированные затем Н. И. Пироговым в "Началах общей военно-поле­вой хирургии" (М; Л., 1944).

**Российское общество Красного Креста** **в войнах и стихийных бедствиях конца XIX - первой половины XX века**

   Помощь раненым силами сестер милосердия явилась предпосылкой к организации Общества Красного Кре­ста. Его основоположник - гражданин Швейцарии Анри Дюнан писал, что мысль о посещении полей сра­жений и об организации международной, частной и добровольной помощи пострадавшим на войне, без раз­личия их звания и национальности, появилась у него отчасти под влиянием деятельности во время Крымс­кой войны княгини Елены Павловны, Н. Н. Пирогова и сестер Крестовоздвиженской общины.

   25 - 27 июля 1859 г. А. Дюнан был свидетелем бит­вы при Сольферино в Италии войск Наполеона III с ав­стрийской армией. Таких кровавых сражений Европа не знала со времени битвы при Ватерлоо. После битвы на поле боя остались 23 тыс. раненых, которым никто не оказывал медицинскую помощь.

   Свои впечатления об увиденных последствиях сра­жения Дюнан изложил в книге "Воспоминания о битве при Сольферино", экземпляры которой он разослал ру­ководителям европейских государств. Впоследствии книга была переведена на многие языки. Он писал: "Если бы существовали международные союзы помощи, если бы были добровольные санитары... то сколько бы нео­ценимого добра они могли бы сделать; сколько бы ра­неных можно было подобрать своевременно на поле битвы и спасти; если бы были средства для транспор­тировки, можно было бы раньше оперировать... Для этого необходимы санитары, добровольные санитары, деятельные, подготовленные, вышколенные и призван­ные полководцами для этой деятельности. Военный пер­сонал недостаточен для этого и никогда не будет достаточен, если даже он будет удвоен или утроен.

   Настоятельно необходимо обратиться к населению, ибо только при его содействии можно надеяться до­стичь благотворных результатов. Надо обратиться с воз­званием во всех странах к каждому, какого бы сословия и общественного положения он ни был, как к мужчи­нам, так и к женщинам, к принцессе и бедной вдове, ко всем, кто имеет еще сердце, полное любви к ближнему. Нужно выдвинуть международный принцип, освятить его всенародным договором и для осуществления его организовать во всех государствах Европы союзы для подачи помощи раненым".

   В августе 1863 г. в Берлине, на Международном кон­грессе по статистике (на секции сравнительной статис­тики и состояния здоровья и смерти среди солдат и про­стого населения) были одобрены доклады Дюнана и голландского лейб-медика Бастинга по организации добровольных санитарных отрядов во всех странах.

   В октябре этого же года в Женеве открылась Между­народная конференция, в которой приняли участие пред­ставители 14 стран. Здесь было принято решение, в котором говорилось, что каждая страна должна иметь комитет, который в случае войны должен организовать помощь санитарным службам вооруженных сил. Был создан и Международный комитет по оказанию помо­щи раненым.

   22 августа 1864 г. в Женеве представители 16 госу­дарств заключили уже международный договор о по­мощи раненым во время войн - Женевскую конвен­цию. Позднее к этому соглашению присоединились еще 26 стран, в том числе и Россия. Отличительным знаком организации стал герб Женевы как центра ду­ховного единения стран-участниц: красный крест на белом флаге.

   1866 г. явился новым этапом в развитии дела женс­кого ухода за больными и в России. По инициативе лейб- хирурга И. А. Нерановича и доктора Ф. Я. Кареля стали предприниматься шаги для создания Общества Красного Креста. 3 мая 1867 г. в Государственном совете бы ут­вержден устав общества, получившего название "Рос­сийское общество попечения о больных и раненых во­инах". В 1879 г. оно было переименовано в Российское общество Красного Креста.

   Общество приняло на себя функции по подготовке опытного санитарного персонала для нужд военного времени, организации госпиталей на фронте, по сбо­ру пожертвований и оказанию материальной помощи раненым и больным. В его деятельности на разных эта­пах активно участвовали многие выдающиеся медики - Н. И. Пирогов, Н. В. Склифосовский, С. П. Боткин, С. И. Спасокукоцкий, Н. А. Вельяминов, Н. Н. Бурденко и др.

   Общество Красного Креста России конца XX века представляло собой замкнутую организацию. Во главе его в Петербурге стояло Главное управление, а на мес­тах создавались окружные управления, расположенные на территории военных округов; в губернских городах имелись местные управления и в уездных городах - комитеты. Всего существовало 109 общин Красного Кре­ста. Все вновь открываемые общины сестер милосер­дия находились в ведении Общества Красного Креста.

   Первая община Красного Креста была учреждена в 1868 г. в Москве. Процесс создания общин сестер мило­сердия Обществом Красного Креста шел медленно. За период с 1871 по 1881 г., главным образом в связи с вой­нами, было открыто 11 общин, из которых наиболее из­вестными были Елисаветинская в Варшаве, Мариинские в Киеве и Иркутске, Касперовская в Одессе, Алек­сандровская в Санкт-Петербурге. Замедлил рост числа общин и голод в стране в 1891-1892 гг.

     Сестрами милосердия могли стать незамужние жен­щины или вдовы в возрасте от 20 до 40 лет. Число сес­тер в общине устанавливалось в зависимости от потреб­ностей своих лечебных учреждений и колебалось от 40 до 80. Испытательный срок для учениц устанавливался до полутора лет. Ученицы и сестры находились на пол­ном обеспечении общины: получали здесь жилье, пи­тание, одежду, деньги на карманные расходы (10 руб.). Общины Красного Креста имели свои дома для преста­релых сестер, а прослужившим 25 лет назначалась пен­сия в размере 200 рублей.

   Существовавшие при "общинах школы сестер мило­сердия имели двухгодичный, а некоторые - полутора­годичный срок обучения. Программа школы включала следующие предметы: 1) анатомия и физиология – 30- 40 часов; 2) гигиена - 20 часов; 3) общая и частная па­тология - 42 часа; 4) общий уход за больными - 30 ча­сов; 5) рецептура - 10 часов; 6) детские болезни - 22 часа; 7) кожные и венерические болезни -20 часов; 8) общая хирургия - 24 часа; 9) десмургия и учение об асептике - 24 часа; 10) уход за хирургическими боль­ными -18 часов; 11) женские болезни - 12 часов; 12) глазные болезни -12 часов; 13) массаж - 24 часа и 14) богословие.

   Во время русско-турецкой войны 1877-1878 гг. сестры милосердия заслужили прекрасные отзывы о своей работе в госпиталях. "Что касается качеств сестер, работавших при эвакуационном бараке и в дру­гих врачебных учреждениях района, то в течение ми­нувшей войны русская женщина так прочно установи­ла свою репутацию в этом высоком звании, что ничего не остается прибавить к тому, что уже много раз было высказано в печати о сестрах вообще... Никогда не со­знаваясь в усталости, никогда не заявляя ни малейшего неудовольствия, эти самоотверженные труженицы ра­ботали без отдыха по целым суткам, превозмогая все - и непривлекательную сторону работы, и природное от­вращение, чуть не падая в обморок от вредного и не­стерпимого запаха, который им нередко приходилось пе­реносить во время перевязок и ухода за прибывавши­ми в ужасном виде пленными турками... Сказанное от­носится ко всем работавшим в районе сестрам почти без исключения".

   Несмотря на невероятно тяжелые условия работы в госпиталях, сестры сохраняли самообла­дание и самоотверженно лечили раненых и боль­ных. За годы войны в стране было подготовлено более 3000 сестер, 1100 из которых самоотверженно трудились в госпиталях, лазаретах, на транспортных поездах и су­дах. 55 сестер милосердия погибли на театре военных действий. Среди них находилась и баронесса Ю. П. Вревская. Пройдя необходимую подготовку по уходу за больными и ранеными и вложив собственные средства в организацию санитарного отряда, баронесса вместе с другими сестрами санитарного отряда Свято-Троицкой общины в июне 1877 г. прибыла на фронт. Здесь она работала наравне со всеми и умерла от сыпного тифа.

   Первая мировая война вызвала в России взрыв пат­риотизма. Земские и городские органы самоуправления взяли на себя обя­занность помогать при обслуживании различных нужд армии, в том числе и санитарных. Однако в це­лом военно-медицинская служба русской армии ока­залась не в состоянии обеспечить организацию ме­дицинской помощи и эвакуацию раненых и больных - не хватало кадров, имущества, лечебных учрежде­ний. К 1912 г. в 109 общинах было только 3442 сестры милосердия, а требовались десятки тысяч. Как и в русско-японскую войну, началась массовая под­готовка сестер милосердия на краткосрочных двухме­сячных курсах. В конце 1914 г. в России было уже 150 школ при общинах Общества Красного Креста, где обучались более 10 тыс. учащихся. Практические за­нятия с сестрами проводились в 80 больницах, 12 ам­булаториях и 10 аптеках Российского общества Крас­ного Креста.

   Социальный состав обучающихся на курсах сестер милосердия был самый разнообразный - слушатель­ницы высших женских учебных медицинских и неме­дицинских заведений, женщины из трудовой среды, дворянского происхождения и даже женщины из рода Романовых. В специальной и художественной литера­туре после революции 1917 г. было не принято объек­тивно отражать деятельность последних на поприще помощи раненым. А многие из светских дам не ограни­чивались попечительством и ассигнованием средств. Так, когда началась война, императрица Александра Фе­доровна вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татья­ной поступили на кратковременные курсы обучения ухо­ду за ранеными. В качестве сестер милосердия они ежед­невно трудились в Царскосельском лазарете. В сохра­нившихся дневниках Великой княжны Ольги Никола­евны, в письмах ее сестер и матери постоянно упоми­нается о работе в лазарете, которая вызывала у них ин­терес и сострадание к людям. Императрица сообщала мужу, что работа в лазарете является для нее утешени­ем. Она писала о перевязках, которые делала, о состоя­нии подопечных раненых, о смерти тех, к кому успела привязаться и кого успела полюбить.

   Младшая сестра Николая II Великая княгиня Ольга Александровна представляла собой редкое явление. Одетая как простая сестра милосердия, она занимала с другой сестрой скромную комнату, начинала работать в 7 часов утра и часто не спала несколько ночей подряд, если необходимо было перевязывать вновь прибывших раненых.   Александра Львовна - младшая дочь Л. Н. Толсто­го во время первой мировой войны такжебыла на фрон­те сестрой милосердия, возглавляла санитарный отряд.

   В 1916 г. на фронте трудились почти 25 тыс. сестер милосердия Общества Красного Креста, около 6 тыс. которых были из общин милосердия.

   После октябрьских событий 1917 г. в Российском об­ществе Красного Креста произошли коренные измене­ния. Его Главное управление было упразднено, а все имущество этой общественной организации было объявлено государственной собственностью. Для вре­менного руководства обществом был создан комитет по реорганизации Российского общества Красного Крес­та, который возглавили М. И. Барсуков, В. М. Бонч-Бруевич, Л. X. Попов, Т. А. Фортунатова.

   27 декабря 1919 г. совместным приказом Реввоенсо­вета и Народного комиссариата здравоохранения были утверждены положения "О курсах красных сестер (по­мощниц сестер милосердия)" и "О курсах красных са­нитарок". В положении "О курсах красных сестер" указывалось, что "в целях создания близких по убеж­дению и по духу Красной Армии сестер милосердия, которые могли бы заменить больному и раненому красногвардейцу прежних сестер милосердия, облег­чая его страдания, и в то же время политически про­свещать его в духе коммунистического строительства жизни, учреждаются при Окружных Военно-санитар­ных Управлениях двухмесячные курсы красных сес­тер (помощниц сестер милосердия)". На курсы при­нимались коммунистки и сочувствующие им из сре­ды рабочих, имеющие рекомендацию партийных ор­ганов. По окончании двухмесячного обучения, сдачи экзаменов и получения свидетельства сестры направ­лялись на фронт. По своим правам красные сестры приравнивались к сестрам милосердия лечебных учреж­дений Военного ведомства. Только в 1920 г. было под­готовлено 2442 сестры и 1923 санитарки.

   Красные санитарки обучались в течение 4 недель и после сдачи зачетов по анатомии, физиологии, гигиене, заразным болезням, дезинфекции и дезинсекции, хирур­гии и практическим навыкам получали свидетельство, звание красной санитарки и также направлялись на фронт.

   В период гражданской войны в Красной Армии слу­жили 66 тыс. женщин, в том числе 10 тыс. сестер мило­сердия. Они составляли 2% от всех военнослужащих и самоотверженно работали в госпиталях, санитарных поездах, врачебно-питательных пунктах, банно-прачечных отрядах.

   Чрезвычайно опасной на фронтах гражданской вой­ны была санитарно-эпидемическая обстановка. Заболе­ваемость брюшным, сыпным и возвратным тифами и холерой на 10 000 человек населения повысилась с 31,5 случая в 1918 г. до 370,3 в 1919 г. и до 411,2 случая в 1920 г. Только с октября 1918 г. по октябрь 1920 г. сыпным и возвратным тифами переболели 1 354 752 человека.

   Проблема борьбы с эпидемиями в тылу и на фронте приобрела огромное государственное значение. На борь­бу с эпидемиями была мобилизована вся обществен­ность, организовывались чрезвычайные санитарные комиссии, эпидотряды, госпитали, санитарно-просве-тительные ячейки, специальные отряды для проведе­ния прививок против оспы, брюшного тифа и холеры. На фронте и в прифронтовой полосе работали более 400 медико-санитарных учреждений Общества Красного Креста, в том числе 24 противотуберкулезных учрежде­ния, 60 венерологических отрядов, 16 глазных, большое число отрядов по борьбе с малярией. Во всех этих струк­турах работали и сестры милосердия.

   После гражданской войны многие сестры милосер­дия Общества Красного Креста приняли участие в борь­бе с голодом. На Волгу, в Киргизию, Сибирь и Туркестан были направлены в большом количестве врачебно-питательные отряды, которые на средства, собранные в стране и за границей, ежедневно кормили и оказыва­ли медицинскую помощь более чем 120 тыс. человек. При ликвидации последствий голода в 1922-1923 гг. Советский Красный Крест проводил работу в двух на­правлениях: учреждения общества продолжали оказы­вать врачебно-питательную помощь детям -- наиболее пострадавшей от голода части населения; в наиболее пострадавших от голода районах впервые были орга­низованы сельские аптеки-амбулатории.

   В 1922 г., в год образования СССР, Общество Крас­ного Креста было реорганизовано в Союз обществ Крас­ного Креста и Красного Полумесяца (СОКК и КП).

   В 1924 г., когда голод охватил ряд центральных гу­берний РСФСР, Северный Кавказ и Крым, Общество Красного Креста вновь пришло на помощь, обеспечив медицинское обслуживание более 5 млн. жителей этих территорий.

   В этот период Общество Красного Креста - как об­щественная организация -- использовало свои возмож­ности там, где органы практического здравоохранения не могли обойтись своими средствами. Деятельность 179 (в основном туберкулезные и кожно-венерологические диспансеры) из 757 медицинских учреждений Об­щества Красного Креста была направлена на борьбу с социальными болезнями. Функционировали 68 учреж­дений по охране материнства и детства, относящихся к Обществу Красного Креста.

   6 июня 1925 г. постановлением ВЦИК и СНК РСФСР было утверждено новое "Положение об обществе Крас­ного Креста", в соответствии с которым учреждения Красного Креста должны создавать школы и курсы для подготовки медицинских работников. В 1926 г. сестер милосердия стали называть медицинскими сестрами, в 1927 г. были созданы первые санитарные дружины, а начиная с 1928 г. стала проводиться систематическая подготовка медицинских сестер.

   В этот период исполком Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца организовал "курсы се­стер запаса". Обучение на этих курсах велось бесплат­но, окончившие их получали удостоверение, дававшее право выполнять обязанности медицинских сестер в военное время. В 1934 г. было издано первое "Руковод­ство для курсов сестер запаса".

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

   В период Великой Отечественной войны потреб­ность в медицинских сестрах для нужд фронта и тыла резко возросла, поэтому Народным комиссариатом здра­воохранения СССР были приняты меры по ускоренной подготовке специалистов со средним медицинским об­разованием. Только за первые 6 месяцев войны Обще­ством Красного Креста было подготовлено 106 тыс. медсестер и 100 тыс. сандружинниц. А за весь период войны организации Красного Креста подготовили бо­лее 280 тыс. медицинских сестер, около 500 тыс. санд­ружинниц и 36 тыс. санитарок.

   Необходимо отметить, что именно медицинские ра­ботники со средним специальным образованием (ме­дицинские сестры, акушерки, фельдшера, фармацевты и др.) обеспечили в тылу и на территориях страны, освобожденных от фашистских захватчиков, прове­дение основных противоэпидемических и лечебных мероприятий.

   В рядах Советской Армии дорогами войны прошли 200 тыс. врачей, 300 тыс. медсестер и более 500 тыс. сандружинниц. Под огнем врага, рискуя жизнью, они оказывали помощь раненым, выносили их с поля боя. Типичной в этом плане является судьба медицинской сестры батальона морской пехоты Екатерины Деминой. К началу войны она была воспитанницей детского дома, никакого медицинского образования не имела. В июне 1941 г. она поехала в Брест к брату, и поезд, в ко­тором она находилась, 22 июня в районе г. Орша под­вергся бомбардировке. Было много раненых. Е. И. Де­мина вместе с другими девушками оказывала им меди­цинскую помощь. Была сама ранена, попала в госпи­таль. После выздоровления окончила краткосрочные курсы медсестер и была направлена в батальон морс­кой пехоты. Девушка участвовала во всех десантных опе­рациях батальона, в освобождении Венгрии, Австрии и Югославии от фашистов. Отважная медсестра спасла жизнь 150 раненым, уничтожила 59 фашистов, трижды была ранена. Е. И. Демина была награждена двумя ор­денами Красного Знамени. После войны окончила ме­дицинский институт, в течение многих лет работала врачом в Москве и Подмосковье.

   Саша Серебровская - дочь известного советского биолога А. С. Серебровского - перед войной окончила Московский университет, работала в нем на кафедре ге­нетики. В начале войны после обучения на курсах мед­сестер добровольцем ушла в армию. Осенью 1941 г. де­вушка была направлена в осажденный Ленинград. Зи­мой 1942--1943 гг. А. А. Серебровская служила сан­инструктором (медсестрой) в батальоне автоматчиков морской бригады, которая держала оборону на льду Финского залива в районе г. Ораниенбаума. Во время боев ей приходилось оказывать медицинскую помощь бойцам под непрерывным артиллерийским обстрелом.

   Десантные корабли вышли в море и участвовали в штур­ме ряда городов на побережье Балтийского моря. При высадке десанта 26 апреля 1945 г. в районе г. Пилай (ныне -- г. Балтийск) Саша Серебровская была в рядах штурмовавших город, шла в атаку по пояс в ледяной воде. На берегу, когда она оказывала помощь раненому, осколком разорвавшейся мины была смертельно ране­на. Моряки похоронили ее на высоком холме, могилу обнесли стальной цепью, снятой с боевого корабля. В г. Балтийске улица Нижняя была переименована в честь Саши Серебровской. Посмертно Саша была награжде­на орденом Отечественной войны I степени.

   Во время исторической Сталинградской битвы сер­жант медицинской службы В. Кащеева самоотвержен­но оказывала помощь раненым, без сна и отдыха, отправляла их на другой берег. Она была награждена ор­деном Красной Звезды, а позднее за героизм и отвагу при оказании помощи раненым во время форсирования Днепра получила звание Героя Советского Союза. Ког­да начались уличные бои в городе, 3 тыс. жительниц города стали санитарками и связистками. В. Пахомова оказала помощь более чем 100 раненым, вынесла их с поля боя. Л. Нестеренко делала перевязки раненым гвар­дейцам, когда была ранена сама. Истекая кровью, она умерла с бинтом в руке возле раненого.

   Нельзя забыть и о подвиге санитарки Натальи Качу­евской. Она находилась в стрелковой роте, ведущей бой. После 12-часового боя было уже 20 раненых. Всех их вместе с оружием вынесла с поля боя хрупкая на вид девятнадцатилетняя девушка. По пути в медсанбат она заметила группу гитлеровских автоматчиков, оставшихся в нашем тылу. Наташа перенесла всех раненых из по­возки в блиндаж, а сама, вооружившись винтовкой и гранатами, укрылась рядом. Когда враги окружили блин­даж, девушка меткими выстрелами убила двух гитлеров­цев, но и сама была смертельно ранена. Однако, собрав последние силы, она вставила запалы в несколько гра­нат и подорвала их в тот момент, когда фашисты подходили к ней.

   В боях за Сталинград мужество и героизм проявили сандружинницы Т. Кузнецова, Е. Разумовская, Е. Юричева, А. Бычко, Т. Белова, К. Саленко и многие другие.

   В первые же дни войны в Ленинграде тысячи жен­щин и девушек, имеющих медицинское образование, были направлены в госпитали, медсанбаты, на фронт. Организациями Красного Креста была развернута ши­рокая сеть курсов медсестер, учебных дружин и круж­ков "Будь готов к санитарной обороне". Только за вто­рую половину 1941 г. были подготовлены более 6,2 тыс. медсестер и около 10 тыс. сандружинниц. В кружках по оказанию первой помощи обучены 370 тыс. человек.

   Подготовка медицинских сестер в Ленинграде не прекращалась и во время блокады. В городе была со­хранена и функционировала сеть медицинских училищ и курсов, в которых подготовка медицинских сестер проводилась по нескольким направлениям: первичное обучение, повышение квалификации, переквалификация санитаров, экстернатура для лиц с незаконченным сред­ним образованием.

   В тяжелую блокадную зиму 1941--1942 гг. мобили­зация молодежи на фронт и эвакуация жителей приве­ли к тому, что из 19 медицинских школ осталось 11. В 1942 г. медицинские школы выпустили 960 медицинс­ких сестер, в основном после шестимесячного обучения. В начале 1942 г. в Ленинграде было организовано еще 68 групп подготовки медсестер Общества Красного Креста, в которых без отрыва от производства обуча­лись около 2 тыс. человек. В ряде крупных больниц были открыты на правах филиалов медицинских школ курсы повышения квалификации медсестер.

   Многие медицинские сестры призывались в дей­ствующую армию. На фронте они работали в качестве санитарных инструкторов рот, в полковых и дивизион­ных медицинских пунктах и госпиталях. Здесь меди­цинские сестры проявляли исключительную сердеч­ность по отношению к раненым и больным, готовность отдать все силы и даже жизнь при выполнении своих обязанностей.

   Судьбы и подвиги многих сестер сходны. Все они на полях сражений и в мирные дни, не щадя себя, стре­мились облегчить страдания человека, главным в их жизни было человеколюбие. К 1995 г. Международный комитет Красного Креста наградил 46 женщин нашей страны медалью имени Флоренс Найтингейл. Эта ме­даль присуждается медицинским сестрам за исключи­тельную преданность своему делу и храбрость при ока­зании помощи раненым и больным как в военное, так и в мирное время.

   Впервые Советский Красный Крест выдвинул кан­дидатуры для награждения медалью Ф. Найтингейл в 1961 г. Тогда медаль была присуждена двум участницам Великой Отечественной войны: гвардии подполковни­ку танковых войск, писательнице, Герою Советского Союза, москвичке Ирине Николаевне Левченко и хирур­гической сестре, председателю первичной организации Красного Креста на ленинградской фабрике "Скороход" Лидии Филипповне Савченко. В 1965 г. этой медалью была награждена санитарка, Герой Советского Союза Зинаида Михайловна Тусналобова-Марченко. И далее каждые 2 года медали получали от 3 до 6 советских жен­щин.

   В 1975 г. работница лесотарного комбината, бывшая сандружинница, Вера Ивановна Иванова-Щекина так­же была удостоена медали Флоренс Найтингейл. В пер­вый же день войны семнадцатилетняя Вера Щекина пришла в военкомат с просьбой отправить ее на фронт и услышала: "Нужны сандружинницы, пойдешь учить­ся на курсы". А когда Вера окончила курсы, в военкома­те сказали: "Фронт теперь здесь, в Ленинграде". И мо­лодая сандружинница стала работать в госпитале. Все свои силы и умение, нежность, заботу и внимание она отдавала бойцам, чтобы облегчить их страдания. А в сентябре 1941 г. Веру Щекину назначили командиром санитарной дружины и поручили обход квартир жите­лей в своем микрорайоне. В обязанность сандружинниц входили выявление больных и ослабленных и дос­тавка их в больницу. Однажды, обходя разрушенный дом, она увидела лежащую женщину, подошла ближе, пощу­пала пульс - мертва. Вера хотела уже идти дальше, как вдруг заметила - что-то зашевелилось под женщиной. Ребенок! Мать намеренно заслонила его от осколков! Вера отнесла девочку в детский приемник. Принимая ребенка, няня спросила: "Как тебя зовут?" Девочка от­ветила: "Маринка". Фамилии своей спасенная девочка не знала. Нянечка, подумав, сказала: "Будешь Щекиной".

   Было обычное дежурство. Вера Щекина шла, вни­мательно вглядываясь по сторонам. Вот у большого се­рого дома остановился старик. Прислонился к стене - нет сил двигаться дальше. Девушка подошла к нему, взя­ла его под руку и помогла дойти до квартиры. Вышла на улицу и увидела на мостовой лежащего ребенка. Стала тормошить его - живой! От радости сил прибавилось. Скорее в детский приемник. Там спросили у нее: "Как зовут девочку?". Вера не знала. Дежурная сказала: "Зна­чит будет Вера, и опять Щекина. Всем безымянным ма­лышам даем твои имя и фамилию, а если мальчик - имя и фамилию твоего отца".

   За годы бло­кады вместе со своими подругами она оказала помощь почти 500 нуждающимся. Только в детские приемники было сдано более 50 детей, спасенных ею из пустую­щих квартир и разрушенных зданий.

   Валерия Гнаровская, жительница Ленинградской об­ласти, в 1942 г. в возрасте 18 лет добилась доброволь­ной отправки на фронт и служила санинструктором. Во время боевых действий спасла жизнь более 300 ране­ным рядовым и офицерам, оказав им вовремя медицин­скую помощь. Только в одном из боев она вынесла с поля боя 47 раненых вместе с их оружием. 23 сентября 1943 г. немецкие танки "тигр" прорвали оборону советских войск, пошли в направлении части, где служила Гнаровская, и приблизились к штабу полка и груп­пе раненых, ожидавших эвакуации. Когда танки были в 50-60 метрах от раненых и штаба полка, Валерия схва­тила связку гранат, поднялась во весь рост и бросилась под гусеницы вражеского танка. Раздался взрыв, и "тигр" был уничтожен. Второй танк был подбит из противо­танкового ружья, остальные повернули обратно. Атака врага была отбита, раненые спасены. Гнаровской было присвоено звание Героя Советско­го Союза.

   Многие санитары и санитарные инструктора были удостоены высшей солдатской награды - ордена Сла­вы, которым награждались только лица рядового и сер­жантского состава. Орденами Славы всех трех степе­ней были награждены 18 медицинских работников и среди них одна женщина--санинструктор Матрена Се­меновна Нечипорчукова - Ноздрачева. Хронология ее подвигов такова. В августе 1944 г. за 2 дня боев она ока­зала помощь 26 раненым; под огнем противника, рис­куя жизнью, вынесла в безопасное место раненого офи­цера и эвакуировала его в тыл. За эти подвиги она была удостоена ордена Славы III степени. Орденом Славы II степени Матрена Семеновна была награждена за спа­сение жизни раненым зимой 1945 г. Двое суток она ох­раняла более 30 раненых, кормила и поила их, делала перевязки и лишь на третий день эвакуировала в госпи­таль. 24 апреля 1945 г. М. С. Нечипорчукова-Ноздраче­ва была награждена орденом Славы I степени за бес­страшие, проявленное ею на поле боя при спасении под обстрелом противника 78 раненых бойцов и офицеров. Во время боев за Берлин, действуя непосредственно в рядах наступающих, она оказывала помощь раненым.

   При форсировании реки Шпрее в Берлине она вместе с бойцами переправилась по штурмовому мосту на дру­гой берег и под обстрелом оказывала помощь раненым. Даже получив ранение, она продолжала выполнять свой долг.

   Опыт Великой Отечественной войны, как и Крымской войны, еще раз показал, что медицинс­кие сестры в интересах больных и раненых выпол­няли ряд врачебных функций. Они доказали, что мо­гут работать самостоятельно, особенно при проведении профилактических, противоэпидемических и реабили­тационных мероприятий. Медицинские сестры нахо­дились ближе к больным и раненым, именно они чаще находились на поле боя. Поэтому не случайно среди медицинских работников, удостоенных высшей правительственной награды - звания Героя Советско­го Союза, было больше медицинских сестер, чем вра­чей.

**Состояние милосердного сестринского движения в России**

**на современном этапе (конец XX -начало XXI века)**

   После Октябрьской революции 1917 г. задачи под­готовки среднего медицинского персонала решались в соответствии с потребностями здравоохранения России, ее экономическим состоянием. Последствия первой ми­ровой войны, двух революций 1917 г. и гражданской войны - голод, инфекции, высокая детская и материн­ская смертность, беспризорность детей, состояние здоровья населения - требовали срочного принятия мер по организации и обеспечению каждого гражданина страны квалифицированной и доступной лечебно-про­филактической помощью. Необходимо было не только больше готовить медицинских сестер, фельдшеров и акушерок, но и внести изменения в учебные планы и программы для решения имевшихся проблем по охране здоровья и оказанию медицинской помощи населению. Поэтому не случайно в феврале 1919 г. приказом На­родного комиссариата здравоохранения и Российским обществом Красного Креста (школы сестер милосердия, как и до 1917г., находились в его ведении) было утвер­ждено положение о школах медицинских сестер, а так­же учебные планы и программы, рассчитанные на 3 года обучения. Учитывая большую потребность в этих спе­циалистах, на обучение принимались и лица, имеющие начальное (2 класса) образование.

   К началу 1925 г. в стране сформировались следую­щие типы средних медицинских учебных заведений.

   1. Фельдшерско-акушерские школы со сроком обуче­ния 4 года. В них принимали лиц, закончивших 4 клас­са. На территории России таких школ было 10.

   2. Фельдшерско-акушерские школы, в которых спе­циалистов готовили 2,5 года. Для поступления в эти учебные заведения необходимо было закончить семи­летнюю школу.

   3. Школы по подготовке медицинских сестер по ухо­ду за больными (переименованные затем в курсы меди­цинских сестер) со сроком обучения 2 года. В школу при­нимались лица с 4-классным образованием.

   4. Техникумы, школы и курсы с различными срока­ми обучения для сестер-воспитательниц, сестер по охране материнства и младенчества.

   5. Профилактические техникумы, срок обучения в ко­торых составлял 4 года.

   6. Вечерние школы медицинских сестер со сроком обучения 3 года.

   7. Двухгодичные курсы санитарных помощников.

   8. Курсы переобучения военных (ротных) фельдше­ров для работы в школах; срок обучения -- 3 года.

   9. Курсы дезинфекторов со сроком обучения 6 меся­цев.

   10. Курсы по подготовке массажистов. Срок обуче­ния -- 1 год.

   В 1926 г. в Москве на II Всероссийской конференции по среднему медицинскому образованию были обсуж­дены успехи и недостатки в системе среднего медицин­ского образования, определены пути его развития. Уча­стники конференции отметили, что существующая сис­тема среднего медицинского образования не обеспечи­вает должного уровня подготовки медицинских работ­ников.

   Необходимо отметить, что в новых учебных планах, как ив измененных в 1919 г., предусматривалась подго­товка медицинских сестер, владеющих четко отработан­ными техническими навыками и являющихся помощ­никами врача. Предлагалось заменить термин "медицин­ская сестра" на термины "помврача" или "замврача", которые казались более соответствующими ее назначе­нию. Сторонники этой идеи считали определения "се­стра" и "сестра милосердия" монашескими и ограни­ченными, не соответствующими новому типу медицин­ского работника советского здравоохранения.

   Единая система среднего медицинского образования была создана в 1936 г. и подчинялась Наркомздраву СССР. Задачи ее были определены постановлением Правительства "О подготовке средних медицинских, зубоврачебных и фармацевтических кадров" (1936 г.). Постановление предусматривало увеличение числа средних медицинских учебных заведений. Медицинс­кие техникумы были вновь реорганизованы в медицин­ские школы по подготовке фельдшеров, медицинских сестер, фармацевтов, зубных врачей, а также в акушерс­кие школы и курсы медицинских лаборантов и зубных техников.

   Причиной реорганизации системы среднего меди­цинского образования было интенсивное строительство новых больниц и поликлиник, развитие сети лечебно-профилактических и санитарно-профилактических уч­реждений в городе и на селе, дальнейшая специализа­ция медицинской помощи. Так, к 1940 г. число больнич­ных коек в стране превысило 790 тыс. против 208 тыс. в предреволюционные годы. В то же время повыси­лась обеспеченность населения специалистами со сред­ним медицинским образованием и достигла показате­ля 24 на 10 тыс. жителей, что в 8 раз превышало дореволюционный уровень и почти в три раза анало­гичные показатели 1928 г.

   После Великой Отечественной войны в стране были проведены важные мероприятия по улучшению меди­цинского обслуживания населения. В первую очередь были восстановлены учреждения по охране материн­ства и детства; развернуто строительство родильных домов, женских консультаций и детских поликлиник; восстановлена сеть домов отдыха и санаториев; орга­низована медико-социальная помощь инвалидам и детям-сиротам. В связи с этим увеличилась потребность практического здравоохранения страны в квалифици­рованных средних медицинских работниках.

   В 1946 г. Министерство здравоохранения СССР утвердило новые учебные планы, которые предусмат­ривали более глубокое преподавание теоретических дис­циплин и улучшение практической подготовки выпуск­ников медицинских школ.

   В 1953 г. в соответствии с решением Министерства здравоохранения СССР была проведена реорганизация медицинских школ в медицинские училища и ликвиди­рована их многопрофильность. Были определены сро­ки обучения в зависимости от общеобразовательной под­готовки поступающих (8 или 10 классов образования).

   В 1963 г. был окончательно решен вопрос о целесо­образности открытия медицинских училищ при круп­ных многопрофильных больницах, являющихся одно­временно клиническими базами высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских инсти­тутов страны. Это позволило приблизить обучение ме­дицинских сестер к месту их будущей работы. В этом же году стали создаваться курсы повышения квалификации для средних медицинских работников при крупных ле­чебно-профилактических учреждениях.

   Социально-экономические реформы, начавшиеся в стране в конце 80-х годов, потребовали реорганизации системы оказания медицинской помощи населению.

   Система обучения, определение функциональных обязанностей медицинской сестры, разработка стандар­тов качества ее работы должны определяться поло­жением ВОЗ о том, что сестринское дело является самостоятельной дисциплиной. Сестринский уход за больными рассматривается как организованный мно­гоплановый процесс, направленный на личность, с ее физическими и психосоциальными проблемами. Такой подход к сестринскому делу, принятый в разви­тых странах мира, требует и подготовки специалистов особого уровня -- медицинских сестер с высшим обра­зованием.

   Несмотря на разное экономическое положение, раз­ные политические системы, культуру и язык, имеются универсальные факторы, оказывающие влияние на раз­витие сестринского дела в каждой стране. Среди них выделяют три основных: преобладание женщин среди специалистов сестринского дела; превалирование роли лечебной медицины над профилактической; отсутствие представительства медицинских сестер в органах зако­нодательной и исполнительной власти.

   5 ноября 1997 г. постановлением Правительства была одобрена "Концепция развития здравоохранения и ме­дицинской науки в Российской Федерации", в соответ­ствии с которой развитие первичной медико-санитар­ной помощи (ПМСП) является одним из основных на­правлений в совершенствовании организации оказания медицинской помощи.

   Сегодня здравоохранению нужна медицинская сес­тра, которая является не только хорошим исполнителем профессиональных обязанностей, но и творческой лич­ностью, которая бы учитывала психологические особен­ности больного и даже домашнюю обстановку и отно­шения в семье.

   И сегодня население очень нуждается в медицинских знаниях и не хочет ограничи­ваться только вызовом скорой помощи.

   К сожалению, на протяжении нескольких десятилетий в России воп­росам сестринского дела не уделялось должного внима­ния. Развитие сестринских технологий с учетом современ­ной науки в развитых странах привело к резкому отстава­нию сестринского дела в России.

*Предпосылками реформы* сестринского дела, его разви­тия, являются: негативные медико-демографические про­цессы, в особенности снижение рождаемости и старение населения, ухудшение состояния здоровья населения, хронизация патологических процессов в организме, распрост­ранение новых заболеваний, таких как ВИЧ, увеличение стоимости медицинских услуг. Постепенно снижается обес­печенность лечебно-профилактических учреждений сест­ринским персоналом. Двухступенчатый метод обслужива­ния больных (врач, медицинская сестра) привел к сниже­нию профессиональной компетенции медицинских сестер, выполнению не свойственных им функций. Снижается обес­печенность Л1ГУ лекарственными средствами, предметами ухода, инструментарием. Увеличивается дисбаланс в соот­ношении между врачами и медицинскими сестрами, как следствие, ухудшилось качество оказываемой помощи и ухода.

*Реформа сестринского дела в* нашей стране началась в 1993 году. На международной конференции "Новые сест­ры для новой России" была принята философия сестринс­кого дела, положившая начало этому процессу.

   К 1994 году в России сформировалась многоуровневая система сестринского образования (училище, колледж, ВСО). Первый выпуск специалистов с высшим сестринским образованием состоялся в 1995 году. К 2002 году число российских вузов, в которых открыты факультеты высше­го сестринского образования составило 34, а общее количе­ство выпускников - свыше 2,5 тысяч менеджеров в облас­ти сестринского дела.

   Лидером сестринского дела, инициатором создания фа­культета высшего сестринского образования в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова является Г.М. Перфильева, профессор, декан факультета высшего сестринского образования.

   В настоящее время в Российской Федерации выходят совершенно новые периодические издания для преподава­телей учебных медицинских заведений, практических вра­чей, медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, органи­заторов и других работников здравоохранения. Основны­ми из них являются:

   научно-практический журнал "Медицинская по­мощь", который выходит с 1993 г.;

   в 1995 г. вышел журнал "Сестринское дело";

   журнал "Медицинская сестра" издается с 1999 г., глав­ный редактор журнала - профессор Перфильева Г.М.;

   "Сестра милосердия", издается с 2001г.

**Вопросы для самоподготовки.**

1. Истоки милосердия и ухода за больными и ранеными:
2. У народов Древнего мира
3. В Древней Греции
4. В Афинах и Риме
5. В городах За­падной Европы (Нидерланды, Германия и др.)
6. Организация системы ухода за больными.
7. Общины сестер милосердия:
8. Свято-Троицкая община сестер милосердия.
9. Покровская община сестер милосердия.
10. Община сестер милосердия "Утоли моя печали.
11. Крестовоздвиженская община сестер милосердия.
12. Героический вклад Даши Севастопольской (Михайловой).
13. Н.И. Пирогов и его роль в развитии сестринского дела.
14. Расскажите об основоположнице сестринского дела за рубежом Ф. Найтингейл.
15. Российское общество Красного Креста в войнах и стихийных бедствиях конца XIX - первой половины XX века.
16. Медицинские сестры периода Великой Отечественной войны.
17. Состояние милосердного сестринского движения в России на современном этапе (конец XX - начало XXI века).

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Дополнительная:**

1. Заветы Флоренс Найтингейл. История сестринског дела: Учебное пособие∕ Составитель Ф.А. Шакирова. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармакологическому образованию, 2000.
2. Пастернак А.В. Очерки по истории общин сестёр милосердия. – М.: Свято-Дмитриевское училище сестёр милосердия, 2001.

**Лекция № 3**

**Тема 1.2: Философия сестринского дела**

***"Станем же твердо на основе***

***сердца и поймем,***

***что без сердца мы шелуха погибшая"***

***Н. Рерих***

**План лекции:**

1. Философия – определение термина.
2. Причин пе­ремен в сестринском деле.

* Неблагоприятная демографическая ситуация.
* Увеличение числа хронически больных и инвалидов, абсо­лютный рост онкологической заболеваемости.
* Экономическая ориентация медицины.

1. Этический Кодекс медсестры.
2. Функции, задачи медицинской сестры.
3. Профессиональный уход.
4. Всероссийская научно-практическая конференция по реформе сестринского дела.
5. Что такое философия вообще и философия сестринского дела в частности?
6. Сестринское дело сточки зрения профессиональной философии.
7. Философия сестринского дела в России.
8. Реформаторство в сестринском деле.
9. Концепция «новой» медицинской сестры.
10. Профессиональная этика и ее основные элементы.
11. Cестринская деонтология.
12. Пять фундаментальных принципов американской медицинской этики.

Философия (от греч. люблю и мудрость, любовь к муд­рости) - это форма духовной деятельности человека, в ко­торой находят свое отражение вопросы целостной карти­ны мира, положения человека в мире, отношений между человеком и миром в результате этого взаимодействия.   Необходимость философского осмысления сестринского дела возникла потому, что в профессиональном сестринс­ком общении все чаще появлялись новые термины, кото­рые уточнялись, развивались, обсуждались. Они обсужда­ются и сейчас. Возникла необходимость нового качества знаний медсестры.

В нашей стране существует ряд причин для осуществления пе­ремен в сестринском деле.

1. Неблагоприятная демографическая ситуация.

Смертность почти в два раза превышает рождаемость, при этом население России сокращается в первую очередь за счёт представителей трудоспособных возрастов, сверх смертности мужчин (алкоголизм, наркомания, травматизм, суициды, неблагоприятная кри­минальная обстановка). Одновременно происходит увеличение численности населения пожилого и старческого возраста. В стране 37 миллионов пенсионеров - пятая часть всего населения, а в некоторых областях центральной России доля лиц пенсионного возраста приближается к 50 %. По данным статистики, на долю стариков приходится 40% потребления услуг здравоохранения. Трудно переоценить роль сестринского персонала в медицинском обслуживании пожелых пациентов. Когда человек становится немощным, он нуждается в постоянном умелом уходе и поддержке.

2. Увеличение числа хронически больных и инвалидов, абсо­лютный рост онкологической заболеваемости. Здоровым рождается каждый пятый младенец, а среди выпускников школ здоров только каждый двадцатый!

Другая сторона этой проблемы - объективное увеличение числа пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. ВОЗ опреде­ляет паллиативный уход как активный целостный уход за пациентами, чья болезнь не поддаётся излечению. В России первый хоспис был открыт в 1991 году, сегодня по стране их насчитывается более 100. Паллиативная помощь - прерогатива, главным образом, медицинских сестёр, осуществляется под девизом "Качественная жизнь до конца".

3. Экономическая ориентация медицины.

Лечение в современном мире рассматривается как специализированная услуга, товар.

В последние десятилетия для России характерно удорожание врачебной помощи и лекарств, "обвал платности" на рынке услуг здравоохранения. По данным статистических исследований три четверти населения не имеют средств для приобретения необходимых лекарств, посещения оздоровительных центров. Следует помнить, что ***сестринское дело - одна из форм социальной помощи бедным.*** Сестринская служба, дополняя услуги врача и являясь более дос­тупной и дешёвой, позволяет повысить качество медицинской по­мощи и одновременно уменьшить расходы населения на лечение.

Таким образом, если мы говорим о качестве и стоимости меди­цинских услуг, мы не можем игнорировать сестринский компонент. Достаточно привести одну цифру: при проведении операций на сердце 83% осложнений в послеоперационном периоде связано с дефектами ухода.

Вывод: потребность населения в сестринской помощи растёт, сестринское дело - одна из тех редких профессий, которые не зна­ют, что такое безработица. Ощущается постоянная нехватка данного контингента медработников.

Сущность философии сестринскогоделав том, что она является фундаментом профессиональной жизни медсест­ры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее работы с пациентом.

   Сестра, разделяющая принятую философию, принима­ет на себя следующие этические обязанности(правильно или неправильно мы поступаем):

   говорить правду; делать добро; не причинять вреда; уважать обязательства дру­гих; держать слово; быть преданной; уважать право паци­ента на самостоятельность.

   Согласно теории сестринской философии цели, к кото­рым стремится сестра, т.е. результаты ее деятельности, называются этическими ценностями (идеалами):

   профес­сионализм; здоровье; здоровая окружающая среда; неза­висимость; человеческое достоинство; забота (уход).

   Философия сестринского дела определяет и личные ка­чества медсестры, которыми должна обладать хорошая медсестра - добродетели,определяющие, что является доб­ром, а что злом в людях: знание; умение; сострадание.

   Этические принципы определяют Этический Кодекс медсестры в каждой из стран, в том числе и в России, и являются стандартами поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медсестры. Этичес­кий Кодекс медсестер России принят на III Всероссийской конференции по медсестринскому делу в июне 1996 г., рассмотрен Этическим комитетом России и одобрен Минз­дравом в апреле 1997 года, вступил в действие. Прези­дентом Ассоциации медсестер России является Валентина Саркисова, г. Санкт-Петербург.

   Цель сестринского дела - укрепление, сохранение здоровья и предотвращение заболеваний, планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации с учетом всех составляющих здоровья для обеспечения максимальной физической, психической и социальной независимости человека от болезни и окружающих. Цель современного сестринского дела - так организовать сестринскую помощь, включить в план своей работы такие мероприятия и так выполнить их, чтобы, несмотря на болезнь, человек и его семья смогли реализовать себя, повысить качество жизни.

   На медицинскую сестру возложены четыре служебные функции или задачи.

   Первая: состоит в обеспечении и руководстве сестринской помощью, будь то содействие, профилактика, лечение, реабилитация или поддержка отдельных лиц, семей или группы. Эти функции наиболее эффективны, если они осуществляются, как серия логических шагов, известных в качестве процедуры сестринского дела.

   Из этого следует: "пациентом" медицинской сестры являются не только конкретный человек, но семья и группы людей, а сестринская помощь эффективна и безопасна.

   Второй функцией является обучение больных, клиентов и персонала медико-санитарной помощи.

   Для успешного выполнения плана сестринской помощи медицинская сестра должна привлечь человека, семью и близких ему людей к активному участию в сестринском процессе. Она должна оценить уровень их знаний, желание к сотрудничеству, возможности и условия для обучения.

   Таким образом, медицинская сестра, выполняя вторую - обучающую функцию, выступает как учитель человека, семьи, групп людей принципам и соблюдению здорового образа жизни, профилактики заболеваний, приемам само и взаимопомощи. Как главная или старшая медицинская сестра она обучает других медицинских сестер новым методам сестринской помощи. Соблюдение медицинской сестрой принципов этики, не унижения достоинства тех, кого она обучает, является важным условием достижения положительного результата задач обучения.

   Третья функция медицинской сестры - работа в качестве эффективного члена бригады медико-санитарной помощи.

   Сотрудничество с больным, семьей, родственниками, персоналом своего подразделения при передаче смены, дежурства, при обсуждении состояния и проблем больного - важный компонент эффективной и безопасной сестринской помощи. Необходимо сотрудничество и с другими учреждениями и службами, например, социально-психологической помощи. Так, медицинские сестры больницы и поликлиники могут обсуждать план сестринской помощи при выписке больного домой, целесообразность подключения к выполнению плана социального работника, психолога и работника коммунальных служб, что способствует преемственности в работе, её качеству и безопасности.

   Четвертой функцией является развитие практики сестринского дела, что предполагает:

 научные исследования, использование новых методов работы, расширение знаний, развитие практики сестринского дела и образования, определение наиболее актуальных направлений научных исследований, использование при проведении научных исследований принятых культурных, этических и профессиональных стандартов.

   Направлениями исследований могут быть:

* проблемы физические, психические и социальные, связанные со здоровьем человека, его семьи и группы лиц;
* вопросы организации, планирования и работы служб сестринской помощи, рационального использования ресурсов здравоохранения, положения медицинских сестер в обществе;
* научное обоснование необходимости внедрения в практику новых методов и технологий сестринской помощи, программ и учебных планов многоуровневой системы подготовки специалистов сестринского дела;
* разработка стандартов и нормативов сестринской практики и образования, что поможет научно обосновать критерии точности диагностики проблем пациента, сестринских диагнозов, качества и эффективности работы медицинской сестры и сестринской службы.

Однако сестринское дело в том виде, в каком оно существует сегодня в нашей стране, к сожалению, не отвечает современным требованиям, оставаясь вспомогательной дисциплиной. Сестра по своим обязанностям стоит скорее ближе к профессиональной груп­пе санитарок, чем к врачам.

В этой ситуации становится очевидной необходимость реше­ния проблемы с традиционно низким уровнем российского сест­ринского дела.

Каковы же причины, тормозящие развитие сестринского дела в нашей стране? Почему на протяжении десятилетий сестринское де­ло развивалось не как самостоятельная профессия, а следовало за развитием медицины, постоянно оставаясь в тени?

Одна из основных причин - отсутствие чёткого разграничения между лечебным и сестринским делом, ясного понимания различия этих двух специальностей. Определение роли и конкретного вклада медицинских сестёр в здравоохранение абсолютно размыто, сест­ринское дело всё время сливается с лечебным делом.

Исторически сложилось представление, что врачебное и сест­ринское дело - по сути одна и та же специальность, которая решает одними и теми же методами одни и те же задачи в области сохра­нения и укрепления здоровья. Однако врач в силу полученного им более фундаментального образования играет в этом тандеме веду­щую роль,

а сестра - вспомогательную, второстепенную роль его помощника. Именно в таком понимании в Большой медицинской энциклопедии 1972 года издания дано определение понятию «медицинская сестра» - лицо, имеющее специальное среднее медицин­ское образование, работающее под руководством врача и для помощи в его работе.

Но по своей сути врачебное дело - это деятельность, направленная на диагностику и лечение заболеваний.

Врач занимается диагностикой и лечением заболеваний, сестра помогает врачу в его работе, то есть помогает в диагностике и лечении заболеваний.

Следует разделять понятия домашнего и профессионального ухода.

**Профессиональный уход** - тщательно планируемая и научно­обоснованная система мероприятий, обеспечивающих максималь­ную адаптацию каждого конкретного пациента к жизни в условиях болезни.

Уход тогда является профессиональным, когда он отвечает трём необходимым требованиям:

1) научность, использование в сестринской практике научно обоснованных стандартов

сестринского дела;

2) системность, то есть продуманность, спланированность, обя­зательная документация

сестринской помощи;

3) индивидуальность предоставляемого ухода.

Таким образом, сложившаяся в стране ситуация требует пере­осмысления сестринской специальности с учётом требований сего­дняшнего дня.

***В августе 1993 года в подмосковном посёлке Голицыно со­стоялась первая Всероссийская научно-практическая конференция по реформе сестринского дела под девизом: "Новые медсёстры для новой России!".***

Сущность реформы заключается в стремлении сестёр обрести профессиональную самостоятельность, независимость и самодоста­точность в ряду других медицинских профессий. Сёстры готовы принять на себя ответственность за результаты своей практики в области организации и исполнения профессионального ухода за пациентами.

Врачи и медсёстры должны быть равноправными членами еди­ной бригады медицинской помощи. У них общая цель - оптимальное здоровье и благополучие пациента, но каждый идёт к достижению кардинальной цели своим собственным путём:

-врач через ди­агностику и лечение заболевания,

-сестра - обеспечивая уход за пациентом.

Изменившаяся ситуация требует воспитания медицин­ской сестры нового типа, равноправного и ответственного члена единой бригады медицинской помощи. Это медленный и болезненный процесс, осуществление которого невозможно без философ­ского обоснования деятельности медицинской сестры. Тенденция философского осмысления основных понятий сестринского дела впервые появилась в США уже в 50-е годы ХХ столетия.

**Что такое философия вообще и философия сестринского дела в частности?**

Философия сестринского дела - выраженный в понятиях дух сестринского дела, определение его миссии в обществе, а также лежащей в его основе системы ценностей (А.Я.Иванюшкин).

Программный документ "Философия сестринского дела в России ", принятый на I-й совместной российско-американской научно-­практической конференции по теории сестринского дела (Голицы­но, 1993 г.), отражает систему взглядов российских медицинских сестер на основные ценности и перспективы их профессии, раскры­вает перед обществом профессиональное мировоззрение, идеал в медсестринском деле. Философия описывает сестринское дело таким, каким оно должно быть. Это описание не обязательно совпадает с тем, что мы встречаем в реальной жизни, но дает ощущение профессиональной перспективы.

Нет движения, если нет четко осознанного идеала. Только определив для себя идеал и подвергнув критическому анализу нынешнее состояние отечественного сестринского дела, станет возможным поступательное движение. Дру­гими словами, философия выполняет функции ориентира в сестринском деле, позволяющего наметить приоритетные направления в осуществлении реформы.

***Философия сестринского дела, включает ответы на следующие вопросы:***

- определение сестринского дела, его миссия, цели и задачи;

- соотношение сестринского дела и медицины;

- взаимодействие медицинской сестры и пациента;

- профессиональная этика (ценности, личные качества и обязательства медицинской сестры);

- характер взаимоотношений сестринского дела и общества.

***Сестринское дело сточки зрения профессиональной философии***

Существует более ста определений сестринского дела, что сви­детельствует об отсутствии определения, исчерпывающего это по­нятие.

Из материалов I-й Голицынской конференции по теории сест­ринского дела:

- ***Сестринское дело*** - ***это наука и искусство диагностики и кор­рекции ответных реакций человека на существующее или потенци­альное болезненное состояние.***

Почему сестринское дело одновременно является наукой и ис­кусством?

Сестринское дело как искусство есть искусство заботы, тре­бующее врожденной доброты, творческого воображения и интуи­ции.

Сестринское дело как наука есть организованная, систематизи­рованная структура знаний, полученных и проверенных путем ис­следовательской деятельности. Научной основой профессиональ­ной деятельности медицинской сестры является сестринский про­цесс.

**Философия сестринского дела в России**

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

Сестринское дело основано на древней традиции, целью кото­рой является удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основными принципами философии сестринского дела явля­ются уважение к жизни, достоинствам и правам человека. Мы ве­рим в священность дара жизни и в связи с этим рассматриваем каж­дую отдельную личность как единую целостность с внутренней возможностью к росту и развитию в физическом, философском, социальном, культурном, интеллектуальном и духовном планах.

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

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса.

Сестра стремится выполнять свою работу профессионально, уважая и охраняя достоинство пациента, его автономию и гармо­нию с обществом и социальными потребностями.

Современное сестринское дело является наукой и искусством. Успешное применение философии сестринского дела в России, раз­витие творческого потенциала сестер возможно только в том слу­чае, если общество выполнит свои обязательства по отношению к ним.

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и умениями, несет ответственность за процесс ухода и проявляет ми­лосердие.

Сестра - уникальная, общественно активная личность, которая совершенствует свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту опти­мальный уход. Сестра действует как независимо, так и в сотрудни­честве с другими профессиональными работниками сферы здраво­охранения с тем, чтобы удовлетворить потребности общества и от­дельных пациентов в защите здоровья.

Обязательства сестер включают в себя уважение к пациентам и право их на самоопределение. В соответствии с этим она действует, исходя из принципа: не причинить вреда, делать добро, уметь со­трудничать и быть преданной как профессии, так и пациенту. Сест­ринское дело не имеет ограничений по национальным, расовым признакам, возрасту, полу, политическим или религиозным убеж­дениям, социальному положению.

Потребность в сестринском уходе универсальна, она необхо­дима человеку от рождения до смерти. Оказывая помощь пациен­ту, сестра старается создать атмосферу уважительного отношения к его ценностям, обычаям и духовным убеждениям. Сестра сохра­няет конфиденциальность, оберегая информацию в интересах па­циента, если она не противоречит его здоровью и здоровью обще­ства.

Сестра принимает участие в разрешении экологических про­блем.

Современные сестры обращаются за вдохновением к опыту прошлого, опыту основоположников сестринского движения, под­вижничеству легендарных личностей: Флоренс Найтингел, Екате­рины Бакуниной, Дарьи Севастопольской и других.

***Этические ценности этой философии:*** ***обязанности, ценности и личные качества***

***Обязанности*** (Правила, действия, команды) "Как я действую?"

Обязательства включают в себя обязанности. Основная обязанность это быть умелым, компетентным профессионалом. Это учит сестру:

* уважать пациента
* уважать право на самоопределение не причинять вреда
* делать добро
* уважать обязательства других держать слово
* сотрудничать
* быть преданной

Эти действия находятся в рамках профессиональной компетен­ции сестер.

***Ценности*** (Идеалы) "К чему я стремлюсь?"

* Профессионализм
* Здоровье
* Здоровая окружающая среда Независимость
* Достоинство
* Уход

Это должно быть положительно отмечено, это то, что я лелею и хочу видеть.

***Личные качества*** "Кто я как личность?"

* Знание
* Умение
* Ответственность
* Милосердие
* Сотрудничество
* Забота

Эти личные качества должна иметь каждая сестра.

***Новые сестры для новой России***

Концептуальные определения терминов.

***Здоровье***: динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

***Сестринское дело***: часть медицинского ухода, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциаль­ных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей сре­ды.

***Человек***: целостная, динамическая саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосо­циальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

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

***Окружающая среда***: совокупность природных, социаль­ных, психологических и духовных факторов и показателей, которые затрагиваются активностью человека.

***Личность***: общественная сущность человека.

**Реформаторство в сестринском деле**

Исторически сложилось несколько базисных моделей сестрин­ского дела.

До XIX века сестры отличались пассивностью. Не имея воз­можности учиться, они выполняли указания врача и горячо моли­лись за исцеление больного. Сама форма сестры милосердия - тем­ное, длинное платье и покрывало (вуаль) обозначали скромность и смирение, послушание и готовность помочь. Со стороны сестер не было попыток активно повлиять на ход болезни, теоретически осмыслить свою деятельность, принять на себя ответственность за результат организации ухода за боль­ным. С течением времени вспомогательный, "технический" харак­тер сестринского труда, привел к отсутствию четкой дифференциа­ции, то есть четкого разделения, между медициной и сестринским делом, слиянию этих понятий и формированию так называемой врачебной модели сестринского дела. В этой модели в центре сест­ринской работы находится главным образом врач, а не пациент. Цели и способы ухода определяются также докторами и чаще сво­дятся к выполнению врачебных назначений. Такой подход - абсолютная замкнутость на врача и его указания, сужает поле творче­ской деятельности сестры и обедняет ее помощь пациенту.

Переворот во взглядах на сестринское дело произошел в конце ХIХ - начале ХХ веков во многом благодаря идеям английской сестры милосердия Флоренс Найтингейл). Флоренс Найтингейл явля­ется автором новой живой модели сестринского дела, создателем стройной системы ухода, позволившей сестринскому делу офор­миться в качестве самостоятельной профессии. Сестринское и ле­чебное дело разделились, и Флоренс наглядно показала, что сест­ринское дело обладает достаточным потенциалом и является не ме­нее значимым для больного, чем усилия врача.

Флоренс Найтингейл выделяла уже две сферы ухода:

-уход за больными;

-уход за здоровыми.

Уход за здоровым определялся ею как "поддержание у здоро­вого человека состояния, при котором нет болезней", то есть впервые был сделан акцент на необходимость участия медсестры в про­филактике заболеваний и сохранении общественного здоровья. Согласно модели Флоренс Найтингейл, ухаживая за больным, медицинская сестра должна:

1) пытаться активно влиять на течение болезни, "искусно ма­нипулируя для этой цели двумя рычагами - внешней средой и цен­ностями пациента". В своих знаменитых записках об уходе Фло­ренс дала первое известное нам определение сестринского дела:

***"Сестринское дело есть действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению".***

Осмыслить, насколько это важно, помогает такой факт - смерт­ность в ходе Крымской кампании среди раненых и больных приф­ронтовых госпиталей после появления на передовой Флоренс Най­тингейл и ее сестер милосердия, обеспечивавших тишину, чистоту, свежий воздух, правильное питание, частые перевязки, снизилась с 50% до 2%.

2. Помочь человеку не просто выжить, но жить как можно бо­лее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение.

Медицинская сестра должна сделать все от нее зависящее, чтобы помочь пациенту как можно быстрее обрести независи­мость. При этом ей приходится решать целый комплекс проблем, стоящих перед пациентом - не только физических, но и социаль­ных, духовных, психологических. Немецкий философ Мартин Хай­деггер говорил: "Тело человека - не столько материя, сколько фор­ма души". ***По определению Европейского регионального Бюро ВОЗ, "миссия, то есть главная задача сестринского дела, заключает­ся в помощи отдельным лицам, семьям и группам населения опре­делить и реализовать их физический, психический и социальный потенциал с учетом часто неблагоприятных для человека условий жизни и работы".*** Медицинская сестра может виртуозно владеть манипуляционной техникой, но если она не умеет помочь пациенту адаптироваться к тому жестокому стрессу, которым всегда является болезнь, если она не умеет помочь пациенту психологически, не видит в нем живого страдающего человека - она не достигает целей ухода. Нет двух миров - мира духа и мира тела, есть один единст­венный мир, в котором происходят бесконечно сложные явления ... Отчаяние и органические нарушения взаимно порождают и питают друг друга***. Наверное, Вы помните больную девушку в рассказе О. Генри "Последний лист"? Несмотря на уход любящих ее людей, она угасала на глазах, неотрывно глядя в окно на опадающий плющ, уверовав, что умрет вместе с последним облетевшим листочком. Но лист, вопреки всем законам природы, хотя и слегка пожелтел, но крепко держался на ветке, даруя девушке надежду, а вместе с ней и силу для выздоровления. Лишь когда кризис миновал, выяснилось, что это "чудо природы" было создано художником, сумевшим по­мочь врачу осуществить "немедицинский фактор". Сестринское де­ло должно стать для наших пациентов таким "немедицинским фак­тором".***

По удачному определению Вирджинии Хендерсон, ***"уникаль­ной задачей медицинской сестры является оказание помощи чело­веку в осуществлении тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он пред­принял бы сам, обладая для этого необходимыми силами, знаниями и волей".***

Следующая цитата иллюстрирует это положение: "Медсестра - ­это ноги безногого, глаза слепого, опора ребенку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить ... ".

Медсестра концентрирует свои усилия на том, что пациент должен был бы делать сам для себя, если бы был в состоянии или знал, как это делать; помогает пациенту справляться с ограничениями, вызванными болезнью или травмой.

Таким образом, если медицина ориентирована на заболевание, диагностику и коррекцию конкретного патологического процесса, то сестринское дело концентрируется скорее на человеке, чем на его недуге, на выхаживании, на обеспечении комфорта, облегчении страданий. Врач отнимает ногу, а как человеку жить без ноги, как физически, психологически, социально приспособиться к этому но­вому мучительному состоянию - задача, решаемая медицинской сестрой.

Конечная цель работы врача и медсестры одна и та же - опти­мальное здоровье и благополучие их пациента. Однако на пути к той единой цели роли врача и медсестры должны быть строго дифференцированы.

Задача врача - диагностика и лечение заболевания.

Еще Авиценна писал: "Здоровье сохранить - задача медицины,

болезней суть понять и устранить причины".

Задача медсестры - организация и исполнение ухода за паци­ентами, если под уходом понимать не хаотическое нагромождение отдельных элементов ухода, а тщательно продуманную и научно ­обоснованную систему мероприятий, обеспечивающих максималь­ную адаптацию пациента и членов его семьи к жизни в условиях болезни, в условиях стесненной, ограниченной свободы. Другими словами, медицинская сестра должна обеспечить максимально воз­можный для пациента в его состоянии физический и психоэмоцио­нальный комфорт, качество жизни в болезни.

Значит сестринское дело представляет собой собственную, уникальную структуру отличных от врача знаний и умений.

**Концепция «новой» медицинской сестры**

Если в БМЭ 1979 г. определение "медицинская сестра" звучало как "специалист со средним медицинским образованием, работаю­щий под руководством врача" и для помощи в его работе, то в совре­менной модели сестринского дела медицинская сестра - личность, разделяющая философию сестринского дела, профессионально и творчески осуществляющая сестринскую практику.

***Окончательно определились четыре уровня деятельности медицинской сестры***:

* укрепление здоровья;
* профилактика болезней и травм;
* восстановление утраченных функций;
* облегчение страданий.

***Медицинская сестра выступает в следующих ролях:***

- организатор ухода за пациентом;

- исполнитель ухода за пациентом;

- защитник интересов пациента;

- консультант пациента и его семьи по вопросам ухода;

- исследователь;

- лидер;

- активный член медицинской бригады.

Не случайно Томас Льюис сравнивал медсестру с цементом, скрепляющим воедино сложную больничную систему.

**Профессиональная этика и ее основные элементы**

Проводником философии сестринского дела в повседневной сест­ринской практике служит этика. "Этика - это область философии, ко­торая определяет, что правильно и что неправильно в профессиональ­ном поведении, где добро и где зло" (М. Фаулер). В 1997 году Ассо­циацией медицинских сестер России был утвержден Этический кодекс медицинской сестры России как система нравственных ориентиров, принятых всеми представителями данной профессии. В основе Кодек­са лежат принципы общечеловеческой морали. Кодекс декларирует основные этические элементы философии сестринского дела, такие как профессиональные обязанности, ценности, личные качества.

Почему так важно определиться с элементами профессиональ­ной этики?

Сестра, только что приступившая к трудовой деятельности, не может сразу оказаться на уровне профессиональных требований. ***Доктор философии Патриция Беннер вспоминает, как одна молодая медсестра сравнивала себя с полем битвы, где сражаются друг с другом, постоянно маневрируя, перегруппировываясь, нанося флан­говые удары и обмениваясь мощными артиллерийскими залпами два войска - ценности, усвоенные во время обучения и ценности, познаваемые на практике.***

***Приобщаясь к этой профессии, сестра вскоре замечает, как ее личностные, приобретенные в медицинском колледже и профес­сиональные ценности взаимодействуют между собой, постепенно объединяясь.***

В прошлом для характеристики медицинской сестры использовались такие эпитеты, как здоровая, набожная, чистоплотная, тру­долюбивая, усердная, приветливая. ***Настоятельница Крестовоздви­жинской общины сестер милосердия Екатерина Бакунина писала:***

***"Сестры, о которых мы мечтаем - утешительницы больных, проси­тельницы за них, сестры, вносящие в чужие госпитали горячие чув­ства любви, участия и добросовестности".***

Добродетели современной медицинской сестры существенно дополнены - ей потребуется умение мыслить, сотрудничать, руко­водить, преподавать, брать на себя ответственность в критических ситуациях и многое другое.

***Медсестра и общество***

Профессия медицинской сестры, как и любая профессия, несет этические обязательства перед обществом, и общество несет этиче­ские обязательства по отношению к представителям профессии. Врач лечит пациента, а выхаживает его медсестра.

Можно сказать, что отношение общества к медсестре - это его отношение к человеку. Достижение гармонии здесь чрезвычайно важно. В основу своей профессиональной деятельности медицин­ские сестры закладывают обещание непрерывного прогресса в се­стринском деле и защиту интересов пациента в любой возможной ситуации. Со своей стороны, долг общества перед медицинской се­строй - с помощью четко регламентированных законодательных актов обеспечить медицинской сестре социальную защищенность, возможность профессиональной карьеры и профессиональный пре­стиж.

***Что потом?***

За короткое время медицинская сестра прошла путь от челове­ка, который "питает, лелеет и защищает слабого" до всесторонне образованной профессиональной медицинской сестры, работающей и с людьми в критических для них ситуациях, и со сложным тех­ническим оборудованием. Только сейчас мы постепенно осознали, каких глубин может достигнуть сестринское дело, воистину пре­вратившись в еще одно "сердце нашего бессердечного мира".

Но здесь в полный рост встает вопрос - возможность интеграции "но­вой" медицинской сестры в существующую систему российского здравоохранения с ее прочно укоренившимся институтом "техниче­ских сестер".

Есть такая восточная мудрость:

***"Если вы в сокровищницу положите золото - золото и возьмете, если положите медь - медь и возьмете".*** Сестринское дело без фун­дамента профессиональной философии - это только медь.

Философия сестринского дела - шанс российских медицинских сестер во благо профессии и всех россиян усовершенствовать оте­чественное сестринское дело.

Приложение

Голицыно, 1993

***Cестринская деонтология***

*Сестринская деонтология -* наука о долге сестры перед паци­ентом и обществом, ее профессиональном поведении, является частью сестринской этики.

   Наш соотечественник А.П. Чехов писал: "Профессия медика - подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это".

   Сестре и врачу доверяется самое дорогое - жизнь, здоровье, благополучие людей. Он несет ответствен­ность не только перед пациентом, его родственниками, но и перед государством. К сожалению, и сейчас встре­чаются случаи безответственного отношения к пациенту, стремление снять с себя ответственность за него, найти предлог, чтобы переложить ответственность на другого. Эти явления недопустимы. Надо помнить: интере­сы пациента превыше всего.

   Медицинская сестра должна обладать профессиональ­ной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и оценить изменения в физи­ческом и психическом состоянии пациента.

   Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную стабильность.

   Культуру поведения сестры можно разделить на два вида:

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

   2. Внешняя культура. Приличие, хороший тон, куль­тура речи, соответствующий внешний вид.

   Основными качествами сестры, при­чем качествами именно его внутренней культуры, явля­ются:

*Скромность -* простота, безыскусственность, которые свидетельствуют о красоте человека, его силе.

*Справедливость -* самая высокая добродетель медицин­ского работника. Справедливость является основой его внутренних побуждений. Цицерон говорил, что два нача­ла справедливости это: "Никому не вредить и приносить пользу обществу".

*Честность -* должна соответствовать всем делам меди­цинского работника, стать основой его по­вседневных помыслов и стремлений.

*Доброта -* неотъемлемое качество внутренней культу­ры хорошего человека.

   Хороший человек - это прежде всего такой человек, который относится доброжелательно к окружающим его людям, понимает их горести и радости, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, помогает и сло­вом, и делом.

   Что такое внешняя культура сестры?

*1. Внешний вид.* Основное требование к одежде - чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, шапочка и наличие смен­ной обуви. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают личность сестры, степень ее заботы, внимания к пациенту. "Ме­дикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одеж­ду, ибо все это приятно для больных" (Гиппократ).

***Помните!*** *Медицинская форма не нуждается в украшениях. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов, строгое исполнение профессиональных обязаннос­тей. Не будет доверия у пациента к сестре, у которой взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит так, словно делает одолжение. Медсестра должна держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно.*

   2. *Культура речи* является второй составной частью внешней культуры. Речь сестры должна быть четкой, негромкой, умеренно эмоциональной, веж­ливой. Нельзя использовать уменьшительные эпитеты при обращении к пациенту: "бабулька", "голубушка". Нередко приходится слышать, как о пациенте гово­рят: "диабетик", "язвенник", "астматик", так говорить неэтично.

   Бывает, что речь медицинских работников пересыпана мод­ными, жаргонными словами, примитивна, пациент не про­никается доверием к ним. Такие издержки речевой куль­туры как бы отгораживают сестру от пациента, отодвигают на задний план личность паци­ента, его индивидуальность, у пациента вызывают нега­тивную реакцию.

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

   1. *Гуманность и милосердие, любовь и забота.*

*2. Сострадание.*

   3. *Доброжелательность.*

   4. *Бескорыстие.*

   5. *Трудолюбие.*

   6. *Учтивость*

**Пять фундаментальных принципов** **американской медицинской этики**

   1. Принцип философии, информированного согласия. Независимость пациента основана на праве и свободе па­циента на информацию о своем состоянии, плане лечения, признает­ся право пациента на сохранение тайны его заболевания. Под информированным согласием понимается доброволь­ное принятие пациентом курса лечения и процедур после предоставления медицинским работником компетентной и адекватной информации и получения согласия. Врачу вме­няется в обязанность информировать пациента:

   1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;

   2) о связанном с ним риске;

   3) о возможности альтернативы данному виду лечения.

   2. Принцип милосердия - означает "делать добро". Он включает в себя доброе отношение к другим людям и отзыв­чивость к тем, кто в беде.

   3. Принцип исключения должностных преступлений. Это принцип "не навреди", который обязывает медицинского работника защищать пациентов от опас­ности, снимать боль и страдания в меру своих знаний и сил.

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

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

**Вопросы для самоподготовки**

1. дайте определение термину «Философия».
2. Расскажите о причинах пе­ремен в сестринском деле.
3. Неблагоприятная демографическая ситуация.
4. Увеличение числа хронически больных и инвалидов, абсо­лютный рост онкологической заболеваемости.
5. Экономическая ориентация медицины.
6. Охарактеризуйте этический Кодекс медсестры.
7. Расскажите о функциях и задачах медицинской сестры.
8. Расскажите, что включает в себя понятие «Профессиональный уход».
9. Расскажите о Всероссийской научно-практической конференции по реформе сестринского дела.
10. Что такое философия вообще и философия сестринского дела в частности?
11. Расскажите о сестринском деле с точки зрения профессиональной философии.
12. Расскажите о развитии философии сестринского дела в России.
13. Расскажите о направлении реформаторства в сестринском деле.
14. Охарактеризуйте концепцию «новой» медицинской сестры.
15. Расскажите о профессиональной этике и ее основных элементах.
16. Расскажите о необходимости соблюдения сестринской деонтологии.
17. Назовите пять фундаментальных принципов американской медицинской этики.

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Лекция № 4**

**Тема 1.3. Общение в сестринском деле**

***Зная взаимные друг на друга действия души и***

***тела, долгом своим почитаю сказать, что есть***

***и душевные лекарства, которые врачуют тело.***

***Они почерпаются из науки мудрости.***

***Сим искус­ством печального утешишь,***

***сердитого умягчишь, нетерпеливого***

***успокоишь, робкого сделаешь смелым,***

***скрытного откровенным, отчаянного***

***благонадежным. Сим искусством сообщается***

***твердость духа, которая побеждает телесные***

***боли, тоску, метания.***

***М.Я. Мудров***

**План лекции:**

1. Общение в сестринском деле.
2. Уровни общения.
3. Функции общения.
4. Типы общения.

* словесный (вербальный)
* бессловесный (невербальный)

1. Факторы, способствующие и препятствующие общению.
2. Стили общения.
3. Эффективность общения.
4. Виды общения:

* терапевтическое, эффективное,
* не терапевтическое, неэффективное.

1. Поддержание связи с пациентами, неспособными к вербальному общению.
2. Правила эффективного знакомства с пациентом.
3. 10 "ДА" терапевтического общения.
4. 10 "НЕТ" терапевтического общения.

**Общение** - все способы поведения, которые один человек ис­пользует сознательно или бессознательно для воздействия на дру­гого.

**Общение в сестринском деле** - обмен информацией и (или) эмоциями между медсестрой и пациентом.

**Уровни общения:**

- внутриличностный

- межличностный (между двумя и более людьми)

- общественный (между большими группами)

**Функции общения:**

1**. Информационная.**

Получение и сообщение необходимой информации. Медсест­ре необходима информация о самочувствии пациента, его реакции на медперсонал, лечение и пребывание в стационаре. В свою оче­редь, медсестра сообщает пациенту информацию о схеме приема лекарственных препаратов, характере подготовки к предстоящему инструментальному исследованию и др.

2. **экспрессивная**(эмоциональная).

Пациенты ждут от медсестры эмоционального отклика, со­чувствия, душевного тепла. Не следует излишне ахать и причитать над пациентом, но холодность и отчужденность, привычка посто­янно контролировать свои эмоции создают впечатление черствости

и бездушности. С другой стороны, любые эмоции, и в первую оче­редь отрицательные, заразительны и быстро распространяются на окружающих.

3. **регулятивная.**

В процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интере­сы, эмоциональный фон и другие "рычаги управления" людьми. В свою очередь медсестра также испытывает влияние своих пациен­тов. Например, медсестры в отделениях реанимации зачастую рабо­тают в условиях хронического стресса.

**Типы общения:**

1. **словесный (вербальный)** - наиболее распространен­ное средство общения между людьми с помощью речи.

Беседа с пациентом - целая наука и настоящее искусство. Ов­ладеть им в совершенстве невозможно без высокой культуры про­фессиональной речи. Необходимо не только иметь глубокие знания по специальности, но и хорошо владеть литературным языком, уметь грамотно излагать свои мысли. Диалог с пациентом следует вести так, чтобы все сказанное воспринималось легко и однозначно, чтобы разъяснения и ответы на вопросы были правильно сформу­лированы и убедительны. Избегайте языковых стандартов, всевоз­можного словесного мусора, профессионального жаргона, развяз­ности.

Вот рецепт, выписанный для больного одним из героев стихотворения Юны Мориц:

***"Таблетки, микстура и теплое слово,***

***Горчичники, банки и нежное слово,***

***Ни капли холодного, острого, злого!***

***Без доброго слова, без теплого слова,***

***Без нежного слова - не лечат больного!"***

2. **бессловесный (невербальный*)***

Данный тип общения представляет более достоверное выра­жение чувств, так как межличностный контакт происходит на подсознательном уровне. Вспомните общение матери и младенца - они прекрасно понимают друг друга, хотя речь матери не осмысливает­ся ребенком.

К невербальному типу общения относятся:

а) **внешний вид, манера держать себя и одежда.**

Внешний вид и поведение отражают некоторые аспекты лич­ности медицинского работника, в частности степень его заботы, внимания к больному, способность к сопереживанию. Еще Гиппо­крат указывал, что "следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкно­венно приятно для больных". Яркая губная помада, ультрамодная прическа, унизанные кольцами руки, высокие каблуки - все это на­поминает тяжелому больному радости, которых он временно или навсегда лишился. У него возникает жалость к себе, невольная за­висть, ощущение своей ущербности, недовольство медсестрой. Страдание усугубляется.

б) **выражение лица, мимика и жесты** ("язык тела").

в) **положение тела в пространстве по отношении к пациенту**

Соблюдайте дистанцию "психологического комфорта". Обычно выделяют четыре психологических расстояния:

- интимное - менее 40 см,

- личное - 40см - 2 м,

- социальное - 2 - 4 м,

- открытое - более 4 м.

Для того, чтобы общение между медсестрой и пациентом было комфортным, они должны впустить друг друга в свою личную зону. Если больной подвигается к вам или отодвигается, то это важный признак того, насколько успешна ваша попытка осуществить процесс понимаю­щего общения. Беседуя с пациентом, "не нависайте" над ним, лучше присядьте возле кровати. Полезно расположиться так, чтобы ваши глаза с пациентом были на одном уровне.

г) **время общения*.***

Пациент никогда не будет доверителен и откровенен с медсе­строй, которая торопится, всем своим видом выражая нетерпение и озабоченность. Общаясь с пациентом, медсестра должна тщательно контролировать невербальную информацию, передаваемую паци­енту. Например, если у пациента началась рвота, ему будет крайне неприятно и тягостно наблюдать выражение брезгливости и от­вращения на лице медсестры, даже если она профессионально ока­жет ему необходимую помощь.

- **паралингвистические эффекты*:***

\* пауза

\* интонация

\* возгласы и восклицании

\* тон, звучность, тембр голоса

\* дикция

\* скорость речи.

**Факторы, способствующие и препятствующие общению**

\* тишина

\* конфиденциальнсть

\* адекватное освещение, отопление и вентиляция

\* удобная поза

**Психологические закономерности восприятия** **людьми друг друга** **определяет:**

\* степень знакомства

\* предшествующая информация о человеке

\* личный жизненный опыт общения, например, с категорией медицинских работников

\* эмоциональный фон

Важную роль играет ***"эффект ореола"*** - первый образ воспри­ятия, доминирующий впоследствии достаточно долгое время.

**Стили общения**

1. давления (авторитарный);
2. уступки;
3. компромисса;
4. сотрудничества;
5. избегания.

**Эффективность общения** определяется двумя крите­риями:

а) деловой (достижение целей и задач каждого в общении).

б) межличностный, то есть эмоционально окрашенный. В этом случае имеет место не только реализация целей общения, но и чувство удовлетворения от общения друг с другом.

**Виды общения*:***

* **терапевтическое, эффективное**
* **нетерапевтическое, неэффективное**

**терапевтическое, эффективное**

- благоприятное воздейст­вие, оказываемое на психику пациента.

**Пример терапевтического общения:**

***"Ребенок расшалился, упал, на колене ссадина, он горько пла­чет. Как снять боль у малыша?***

***Можно применить местную анестезию раствором новокаина, можно дать обезболивающие средства - анальгин или морфий, можно, наконец, предложить наркоз. Однако мать ребенка просто берет его на руки, нежно обнимает, целует и дует на больное место. Рыдания прекращаются тотчас, а еще через минуту малыш снова резвится, как ни в чем не бывало. Что же произошло? Ведь не поце­луй, не обдувание ушиба не могут прекратить раздражения чувст­вительных нервов!" (Шамов). Уместно снова вспомнить слова М.Я. Мудрова, еще в 1820 году писавшего: "Есть и душевные лекарства, которые врачуют тело".***

Медицинский работник в борьбе с болезнью должен искать и готовить союзника в лице самого пациента.

***Сирийский врач ХII века Абуль-Фарадж сказал: "Смотри, нас трое - я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам двоим легче будет одолеть ее. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один буду не в состоянии одолеть вас обоих".***

***Страх*** - это отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни. Обыч­ная среда, заботы семьи, привычное место работы и отдыха, друзья и знакомые создают чувство внутренней уверенности, защищенно­сти. При любом заболевании стабильность нарушается временно или навсегда. Пациент страдает не только от неприятных ощуще­ний (боль, одышка, тошнота, озноб), он страдает так же от страха, тревоги, уныния, тоски, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь врачи, он тревожится за свое будущее. Внешние проявления страха различны: от взволнованности и возбуждения - до внутреннего оце­пенения и кажущегося безразличия ("ушел в себя"). Отсюда и "странные" поступки и разговоры пациента, нытье, плаксивость, вечные жалобы, агрессивность, придирчивость. Чувство страха утяжеляет исход заболевания, и гуманность медицинского работни­ка заключается в том, чтобы помочь их преодолеть.

***Таким образом главная цель общения в сестринском деле - помощь пациен­ту в преодолении дезадаптации, связанной с болезнью.***

**Средства общения** делятся на две группы:

-терапевтиче­ские,

-нетерапевтические.

**Терапевтические средства общения**:

1) пристальное внимание*.*

2) терапевтическое прикосновение*.*

3) контакт глаз*.*

**Не терапевтические средства общения*:***

1)Избирательное или не внимательное выслушивание*.*

2)Констатированное заключение.

Например: на прием пришел пациент, у которого диагноз "че­сотка" был, что называется, "написан" на руках и на лице. Врач по­вернулся к медсестре и произнес одно-единственное слово: "Виль­кинсон". Это означало, что больному следует прописать специаль­ное лекарственное средство для лечения чесотки - мазь Вилькинсо­на. Медсестра выписала рецепт и молча протянула его больному. Тот взял бумажку, молча вышел из кабинета, а придя домой, напи­сал жалобу.

Как Вы думаете, о чем шла речь?

**3) безличное отношение.**

Нередко можно слышать, как о пациенте говорят: "диабетик", "язвенник", "ревматик". Эти неологизмы затеняют, отодвигают на задний план индивидуальность пациента, вызывая у него негатив­ную реакцию. Во избежание упрека в невежливости, а то и в грубо­сти, иногда используют, обращаясь к больному, уменьшительные эпитеты: "голубушка", "бабуля" и т.д. Медицинские работники словно отгораживаются ими от больного, возводят между собой и пациентом незримую, но непреодолимую преграду.

**4)неоправданное доверие.**

Медсестра поручает престарелому пациенту самому в опреде­ленные часы принимать лекарство. Конечно, пациент часто забыва­ет об этом и лечение становится неэффективным.

**5)стойкое или испуганное молчание.**

**6)фальшивое успокаивание.**

В приемном покое врач моет руки и машинально, не задумыва­ясь над своими словами, говорит пациенту, доставленному после автокатастрофы: "Не волнуйтесь, нога у Вас еще вырастет".

7)**морализование.**

Медсестра внушает пациенту: "Болезнь есть наказание за Ваши грехи. Подумайте, за что Вас Бог наказывает, и покайтесь".

**8)критика, насмешка, угроза.**

Акушерка говорит на приеме молодой беременной женщине:

"И кого же ты родишь, такая худющая и бледная, с таким-то гемо­глобином, интересно мне знать!"

**Поддержание связи с пациентами, неспособными к вербальному общению*.***

В Вашей практике могут встретиться пациенты, глухонемые от рождения или потерявшие речь в результате заболевания (инсульт, следствие травмы черепа и др.). Вы можете общаться с ними:

* письменно; посредством карточек с рисунками, на которых изображе­ны: стакан с водой или мочеприемник и т.д.,
* через физический контакт (предложите Вашему пациенту закрыть глаза или пожать Вашу руку каждый раз, когда он хочет ответить на ваш вопрос "Да").

**Правила эффективного знакомства с пациентом**

**1. создать приятную атмосферу при разговоре.**

Во-первых, оцените освещение. Слишком много или слишком мало света будет утомлять и напрягать Ваши глаза и глаза пациен­та. Будет ли мешать шум Вам или больному сконцентрировать внимание на вопросах? Если Вы не можете его устранить, предло­жите перейти в другое помещение для продолжения разговора. Ваш пациент может вести себя скованно, если почувствует, что разговор кому-нибудь мешает. Если возможно, попробуйте спланировать знакомство так, чтобы соседа по палате в этот момент не было. Попросите посетителей выйти временно в холл, но дайте возможность присутствовать друзьям или членам семьи, если больной этого по­желает.

Готов ли пациент к разговору? Если он устал, боится чего-либо, у него что-то болит, он будет слишком удручен и будет нераз­говорчив. Перенесите знакомство. При наличии у пациента боли, выполните манипуляции, назначенные врачом. Отведите на разго­вор не меньше 15 минут. Не спешите; для хороших результатов бе­седа может продлиться и час. Предположим, что у Вас нет времени для непрерывного разговора. Разделите его на несколько частей и объясните больному, почему Вы это делаете.

**2. получите всю имеющуюся информацию о Вашем пациенте до разговора с ним.**

Найдите как можно больше информации из доступных источ­ников и предыдущих мест лечения (если они были). Таким образом, Вы сэкономите свое время и не утомите больного. Тем не менее, постарайтесь быстро сделать выводы из полученных сведений, так как больной мог не дать полной информации до этого. Убедитесь, что у Вас есть правильный адрес больного, телефон, возраст, место работы и так далее.

**3. попробуйте добиться доверительных отношений с Вашим пациентом.**

Прежде чем перейти к сути разговора, поговорите с ним минут 5 на отвлеченные темы. Если Вы стоите, пациент может почувство­вать себя подавленным и будет обрывать ответы или упускать важ­ную информацию. Проявите неподдельный интерес к тому, что он Вам говорит. Заинтересованный взгляд и периодическое повторе­ние его слов помогут добиться желаемых результатов. Если Вы вы­глядите резким, недоступным, безразличным - он не доверится Вам. Разъясните цель разговора больному, чтобы он понял, какую пользу он извлечет из этого. Подчеркните необходимость в его честности и открытости. Приведите примеры того, как полученная информация помогла определить правильное лечение и уход.

**4. задайте тон разговора.**

Начните разговор с вопроса: "Как Вы себя чувствуете?" или "Что Вас беспокоит больше всего?" Дав ему выговориться о своей болезни, Вы можете выявить симптомы, подлежащие обследова­нию. Это так же поможет оценить эмоциональное состояние боль­ного и его уровень понимания. Не разглашайте информацию, полу­ченную от больного. Дайте возможность больному отвечать на Ва­ши вопросы свободно, но если он слишком уклонится от темы - воз­вратите его к предмету разговора. Чтобы сделать это тактично, задайте ему вопрос, касающийся его болезни: "Расскажите еще о боли в ногах". В ходе разговора контролируйте себя, говорите про­сто и понятно. Избегайте использования медицинских терминов. Ваш пациент не захочет оставаться в неведении относительно них. Не уверены, что больной понял вопросы? Попросите его повторить своими словами то, что Вы сказали. Обратите особое внимание на то, что он ответит. Осознает ли пациент, что он болен? Таким обра­зом, поняв чувства пациента, Вы поможете себе больше узнать о нем.

**5. формулировка точных вопросов.**

Попробуйте задавать вопросы, требующие больших ответов, чем "ДА" или "Нет". "Незаконченные" вопросы концентрируют внимание пациента и заставляют его давать более полные ответы. Если больной просит обратить внимание на одну из его жалоб, попросите подробней: рассказать о ней. Детальные описания важны при употреблении больным незнакомой Вам терминологии. При­слушивайтесь к ответам Вашего пациента. Они могут повлечь за собой другие вопросы. Например: "Как 'Ваше зрение?" Если он от­ветит: "Иногда в глазах меркнет свет", продолжайте задавать во­просы. Спросите: "Как часто это случается и как долго длится?"

**6. делайте заметки.**

Не пытайтесь записать всю информацию, которую Вы получи­ли от больного. Вместо этого кратко запишите даты, время, ключе­вые слова или фразы и используйте их позже, чтобы дополнить за­писи.

**10 "ДА" терапевтического общения**

1. Беседу с пациентом начинайте с указания Вашего имени и должности, а также сообщения

цели беседы. Обращайтесь к Ваше­му пациенту только по имени-отчеству и на "Вы".

2. Смотрите пациенту в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобрительно кивайте.

Открытое лицо, скрытые мысли.

3. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией Вашего голоса. Это очень важно!

4. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, с каждым на его языке.

5. Поощряйте вопросы Вашего пациента.

6. Обеспечьте тишину и конфиденциальность Вашей беседы.

7. Внимательно слушайте.

8. Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.

9. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психоло­гической атмосферы.

10. Поддерживайте пациента поощрительными замечаниями после каждого удачного действия. Реагируйте на каждое движение. Очень важно при этом прикасаться к пациенту: поглаживать по спине, нежно взять за локоть или за руку, чтобы похвалить.

***10 "НЕТ"* терапевтического общения**

1. Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.

2. Не раздражайтесь, если приходится снова и снова задавать один и тот же вопрос.

3. Не всегда можно ожидать блестяще выполненного задания после Ваших инструкций.

4. Не нагружайте больного слишком большой ответственно­стью.

5. Не требуйте точной идентификации имен медперсонала, на­званий предметов или лекарств.

6. Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к Вам.

7. Не ругайтесь и не спорьте с пациентами.

8. Говорите с пациентами конкретно - не давайте им возмож­ность большого выбора - это можно!

9. Не показывайте своих чувств, особенно если расстроены.

10. Не повышайте голоса!

***Вопросы для самоподготовки***

* 1. Дайте определение понятия "общение".
  2. Понятие - сестринское обучение.
  3. Назовите уровни общения.
  4. Перечислите функции общения.
  5. Охарактеризуйте вербальный и невербальный типы общения, паралингвистические эффекты общения.
  6. Опишите эффект "ореола".
  7. Выделите пять стилей общения.
  8. Определите критерии эффективности общения.
  9. Назовите виды и средства общения.
  10. Охарактеризуйте цели общения в сестринском деле.
  11. Опишите способы поддержания связи с пациентами, неспо­собными к вербальному общению Определение обучения в сестринском деле.
  12. Задачи обучения в сестринском деле.
  13. Сферы обучения.
  14. Методы обучения.
  15. Приемы обучения.
  16. Понятия формальных и неформальных методов обучения.
  17. Мотивация к обучению.
  18. Способность, определение, виды.
  19. Готовность пациента к усвоению информации.
  20. Этапы процесса обучения. Требования к каждому этапу.

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Дополнительная:**

1. Хетагурова А.К. «Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры» Приложение к журналу «Сестринское дело» № 1 2008 г.

**Лекция №5**

**Тема 1.4. Обучение в сестринском деле**

**План лекции:**

1. Роль обучения в сестринском деле.
2. Основные задачи школ сестринского обучения.
3. Терапевтическое обучение больных.
4. Функции медицинской сестры как преподавателя.
5. Задачи и сферы обучения в сестринском деле.
6. Методы обучения.
7. Виды учебных занятий.
8. Средства обучения.
9. Способ обучения пациента.
10. Условия эффективного обучения.
11. Принципы обучения пациентов и членов их семей.

**Роль обучения в сестринском деле.**

Медицинские сестры должны владеть навыками сбора информации, уметь анализировать полученные данные, планировать свои действия и осуществлять их, учитывать индивидуальные особенности пациента, оценивать полученные данные и владеть педагогическими приемами. Так как в современном обществе существует потребность в качественной сестринской помощи, необходимо обучать медицинских сестер основам педагогики.

В настоящее время роль среднего медицинского персонала заключается в использовании современных технологий, профилактике и формировании медицинской активности населения по таким важным направлениям, как здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, отравлений, несчастных случаев, половое воспитание, планирование семьи и др. Медицинские сестры должны иметь представление о методах проведения профилактической работы с населением, способах и приемах популяризации здорового образа жизни, а также профессионально проводить сестринскую работу в лечебных учреждениях, школах, в семьях, и т.д.

Обучение в сестринском деле, или сестринская педагогика, включает в себя преподавательскую деятельность медицинских сестер и организацию обучения больных и их родственников, что в настоящее время реализуется через работу школ сестринского обучения. Школы обычно возглавляют медицинские сестры с повышенным уровнем образования. В качестве примера можно привести организацию так называемых ≪диабет-школ≫, целью которых является не только пополнение медицинских знаний больного сахарным диабетом, но и прогрессивное изменение представлений больного о своем заболевании и его лечении, изменение образа жизни и умение управлять течением сахарного диабета. С больными проводят занятия по обучению технике выполнения инъекции, расчета дозировки инсулина, дают информацию о заболевании, профилактике осложнений, принципах диеты.

**Основные задачи школ сестринского обучения.**

1) развитие сестринского дела в ЛПУ;

2) внедрение современных сестринских технологии в практическое здравоохранение;

3) медицинское просвещение населения;

4) представление медицинской, психологической и социальной помощи больным и их семьям;

5) изменение стиля общения медицинской сестры и пациента С авторитарного на стиль сотрудничества;

6) повышение престижа профессии медицинской сестры;

7) увеличение роли пациента в решении проблем со здоровьем;

8) повышение активности населения по формированию здорового образа жизни.

Новые технологии, современные подходы к лечению дали возможность людям, страдающим различными, иногда тяжелыми заболеваниями, жить долго и вести активный образ жизни. Изменилась роль пациента в преодолении своего недуга, больной стал непосредственным участником лечебного процесса. Медицинская сестра должна обучать его новым навыкам. Особое значение приобретает терапевтическое обучение, которое становится важной частью ежедневной работы медицинской сестры.

**Терапевтическое обучение больных**

По определению ВОЗ (2001) *терапевтическое обучение больных—* это комплекс важных действий, призванных помочь больному управлять своим лечением, предотвратить или отсрочить развитие возможных осложнений. Такие действия дают дополнительный терапевтический эффект наряду с фармакологическим, физиотерапевтическими и другими лечебными мероприятиями. Терапевтическое обучение приводит к улучшению качества и продолжительности жизни пациентов с хроническими заболеваниями, повышает качество ухода, снижает расходы на лечение в лечебном учреждении. Терапевтическое обучение больных — это системный, ориентированный на пациента учебный процесс, который должен учитывать ряд факторов:

* способность пациента справляться с заболеванием, контролировать ситуацию;
* представления пациента о здоровье, его социально-культурный уровень;
* потребности пациента независимо от того, нарушены они или нет.

Терапевтическое обучение является частью ежедневной жизни пациента, затрагивает его семью, родственников и друзей. Качественное терапевтическое обучение должно включать в себя предоставление пациенту необходимой **информации** и обязательную психологическую поддержку самого пациента, его семьи и родственников.

Это длительный **непрерывный** процесс, учитывающий образ жизни пациента и особенности его личности.

**Функции медицинской сестры как преподавателя**

Функции медицинской сестры как преподавателя состоят:

1) в выявлении потребности в обучении у пациента или его близких;

2) мотивации обучения;

3)передаче знаний пациенту;

4) выработке умений у пациента;

5) формировании у пациента устойчивых навыков.

Кроме того, медицинская сестра в процессе обучения должна:

* соотносить свое профессиональное поведение и заболевание пациента;
* учитывать индивидуальные особенности пациента и его семьи;
* проявлять сочувствие к пациенту;
* осознавать потребности пациента;
* учитывать эмоциональное состояние пациента, его представления о заболевании и лечении;
* обучать пациента навыкам управления лечебным процессом;
* помогать пациентам управлять своим образом жизни;
* оценивать процесс обучения и предоставлять необходимую информацию.

Медицинская сестра обучает пациентов и членов их семей конкретным навыкам само - и взаимоухода, уходу за ребенком, приему лекарств, правилам подготовки к исследованиям, рациональному питанию, умению выбирать адекватную физическую нагрузку.

Она должна стать полноправным членом команды специалистов, объединенной общей целью и ориентированной на нужды пациентов, каждый член которой в зависимости от индивидуальной компетенции вносит свой вклад в лечебный процесс. Обучение пациентов должно проводиться специально подготовленным медицинским персоналом с использованием эффективных учебных программ по долговременному ведению хронических больных. Таким образом, обучение является важной **функцией** сестринского дела, помогающей пациентам адаптироваться к своему состоянию, сохранить максимально возможный комфортный уровень жизни.

Медицинская сестра, занимающаяся обучением пациента и его родственников, должна соответствовать довольно высоким требованиям.

1. Ей должны быть присущи лучшие общечеловеческие качества: отзывчивость, сердечность, способность понять проблемы пациента и сопереживать ему, доброта, терпимость.

2. Она должна иметь соответствующий уровень интеллектуального и культурного развития, т.е. обладать грамотной речью, внутренней и внешней культурой, чувством юмора, профессиональными знаниями и умениями, широким кругозором.

3.От медицинской сестры требуется высокая внутренняя дисциплина, умение работать над собой, что проявляется в умении контролировать свои эмоции, настроить себя на задушевность, конфиденциальность, самостоятельностью в действиях, настойчивостью, самообладанием, активностью, трудолюбием и ответственностью.

4. Медицинская сестра должна обладать педагогическими способностями: умением выбрать оптимальный метод воздействия на пациента, мотивировать обучение, используя жизненные ценности, организовать учебный процесс; иметь педагогический такт.

Педагогический такт - это мера педагогически целесообразного воздействия преподавателя на обучаемого; умение устанавливать продуктивное общение (требовательность в сочетании с уважением, душевной теплотой). Он проявляется в уравновешенности поведения преподавателя (выдержка, самообладание в сочетании с непосредственностью в общении).

Другими словами, медицинская сестра должна:

* иметь организаторские способности — способность организовать обучающий процесс, быть лидером;
* быть коммуникабельной — уметь налаживать взаимоотношения с пациентом и его близкими, учитывая их индивидуальные и возрастные особенности;
* быть конструктивной —уметь проектировать развитие обучающего процесса (как преподнести тот или иной материал, в каком объеме и т.д.);
* обладать экспрессивностью — уметь выражать свои мысли, чувства, взгляды или скрывать их. Таким образом, поведение и внешний вид медицинской сестры должны внушать пациенту уверенность в том, что она все знает и умеет, готова передать ему свои знания и умения.

**Задачи и сферы обучения в сестринском деле**

*Задачами* обучения являются пропаганда здорового образа жизни, позволяющего сохранить и укрепить здоровье и подготовка пациента к максимальной адаптации в болезни.

Обучение, как правило, происходит в трех *сферах:* познавательной, эмоциональной и психомоторной.

Познавательная сфера подразумевает, что человек получает информацию, узнает новые факты. Эту информацию он анализирует, отделяет важную, значимую для него, от второстепенной. Например, человек узнает о сущности заболевания, его причинах, факторах риска, течении и возможных исходах, принципах организации здорового образа жизни, рациональном питании, диете, способах закаливании, профилактических мероприятиях.

Эмоциональная (чувственная сфера) заключается в том, что человек, получив информацию, реагирует на это чувствами (эмоциями), переживаниями, мыслями, мнениями. Он оценивает полученные знания и изменяет свое поведение. Например, человек активно слушает и реагирует на новую информацию (удивляется, тревожится, задумывается) и меняет свое поведение: начинает соблюдать диету, рационально питаться, заниматься физической культурой, одеваться по сезону, соблюдать правила безопасности жизнедеятельности.

Психомоторная сфера означает, что человек, используя умственную и мышечную деятельность, обучается новым видам движений, уверенно выполнит необходимые действия, приобретает стойкие навыки, например чистит зубы, завязывает шнурки, передвигается с помощью костылей, вводит себе инсулин, определяет пульс и т.д.

Сестринское обучение требует от медицинской сестры специальных знаний и профессионализма. Она должна владеть методами и приемами обучения.

**Методы обучения**

1) словесный — информация излагается в устной форме: рассказ, беседы, лекции;

2) наглядный (иллюстративный) — используются медицинские атласы, картинки, видеофильмы, показываются предметы ухода, инструментарий и т.д.;

3) практический — проводится отработка практических манипуляций: измерения артериального давления (АД), смены повязки, введения инсулина, применения карманного ингалятора.

**Виды учебных занятий**

* лекция — пациентам даются готовые знания, например о симптомах заболевания, способах предохранения от беременности;
* проблемная лекция — сообщение пациенту информации, которая заставляет его задуматься и сделать выводы;
* беседа — обучение проводится в форме ≪вопрос —ответ≫;
* ролевые игры — пациент получает практические навыки, учится вести себя в конкретной ситуации (например, оказанию само и взаимопомощи).

**Средства обучения**

Важным компонентом обучения являются *средства обучения.*

Учебно-наглядные пособия дополняют и иллюстрируют объяснение. Пособиями могут служить:

* натуральные препараты (объекты живой и неживой природы);
* средства обучения, являющиеся предметами профессиональной деятельности (медицинские инструменты, перевязочный материал, приборы и т.д.);
* изобразительные средства (рисунки, плакаты, фотографии, слайды, таблицы, диаграммы, схемы, графики, планы, карты).

Вербальные средства включают в себя справочную, учебную и методическую литературу.

Технические средства обучения являются техническими устройствами. К ним относятся видеофильмы, аудиозаписи, компьютеры, мультимедийные системы.

Таким образом, знание разнообразных методов, форм и способом обучения позволяет медицинской сестре выбрать оптимальный *способ обучения* пациента.

**Способ обучения пациента.**

*Формальное обучение* пациента проводится в ЛПУ или домашней обстановке. Медицинская сестра обучает пациента, прививает навыки повседневных действий (введение инсулина, измерение АД) или закрепляет навыки, полученные у других специалистов: инструктора по лечебной физкультуре (ЛФК), массажиста, диетолога.

*Неформальное обучение* проводится, когда медицинская сестра, выполняя свои обязанности, беседует с пациентом о волнующих его проблемах: как правильно питаться, к чему приведет частое употребление алкоголя, какие побочные действия может оказать лекарство и т.д. Используя формальное и неформальное обучение, медицинская сестра может значительно увеличить объем знаний и умений пациента и ею родственников.

Кроме того, обучение может быть индивидуальным и коллективным (групповым). Групповое обучение больных имеет ряд преимуществ. Оно создает определенную атмосферу, помогает воспринять информацию в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Пациенты получают возможность обменяться опытом, получить поддержку, что способствует положительному восприятию процесса лечения. Для более активного вовлечения пациентов в учебный процесс целесообразно применять активные методы обучения: анализ конкретных ситуаций, решение задач, дискуссии, деловые игры, которые активизируют мышление, повышают мотивацию к обучению.

Деловая игра ставит участников в реальные жизненные ситуации, формирует умения и навыки решения конкретных проблем. Однако групповое обучение не всегда эффективно и напрямую зависит or количества обучаемых: чем больше группа, тем ниже эффективность. Лучше всего проводить обучение индивидуально или небольшой группой (2 — 3 чел.).

**Условия эффективного обучения**

Для того чтобы обучение пациента или его близких было максимально эффективным, медицинской сестре необходимо учитывать множество факторов. В первую очередь ей требуется правильно оценить потребность пациента и/или его семьи в обучении, мотивировать их, оценить исходный уровень знаний и умений пациента, учесть факторы, влияющие на способность к обучению. Затем медицинской сестре необходимо разумно организовать обучение: продумать его содержание, выбрать место и время обучения, создать благоприятную обстановку, использовать разнообразные педагогические приемы и, наконец, оценить качество обучения.

Каждый человек испытывает потребность иметь жизненные ценности (карьера, семья, материальное благополучие). Но потребности в жизни и здоровье присущи всем людям. Сестринское обучение позволяет во многом удовлетворить их. При обследовании медицинская сестра выявляет, что именно пациент знает о своем заболевании, какие повседневные манипуляции он не умеет выполнять. Однако чтобы простимулировать пациента или его близких к обучению, его необходимо мотивировать.

Для каждого обучаемого мотивация индивидуальна. Но в каждом случае должен присутствовать познавательный интерес, без которого эффективное обучение невозможно. Например, обучение человека, не страдающего сахарным диабетом и не имеющего больных родственников, технике введения инсулина не будет успешным, так как он не испытывает интереса к обучению, ему это просто не нужно. Мотивами к обучению могут быть сохранение и укрепление здоровья, восстановление утраченного здоровья, облегчение состояния (своего или близких), необходимость осуществлять самоуход. Для медицинской сестры важно суметь заинтересовать пациента в необходимости получения тех или иных знаний, умений и навыков и правильно выбрать момент, когда пациент готов усвоить нужную информацию.

Готовность пациента к обучению зависит:

* от состояния здоровья — при тяжелом состояния пациента обучение лучше отложить;
* состояния сознания — обучение должно проводиться только при ясном сознании пациента и совершенно невозможно, если пациент находится без сознания;
* умственных способностей (интеллекта), образования обучаемого — при низких умственных способностях процесс обучения возможен, но потребует от медицинской сестры значительных физических и эмоциональных затрат;
* возраста - чем младше пациент, тем меньший объем информации он может усвоить и овладеть только самыми несложными действиями; преклонный возраст также не способствует эффективному обучению.

Особое значение имеет оценка исходного уровня знаний и умений пациента. Если человек уже имеет представление о своем заболевании, режиме активности, диете, профилактике, рецидивах, то его обучение будет более успешным. Но в то же время если имеющаяся информация не будет совпадать с той, которую ему сообщает медицинская сестра, то эффективность обучения снижается. Важно учитывать мнение пациента о новой информации и его отношение к тому, что нужно изменить в своем поведении.

Например, если пациент всегда был уверен в том, что питание является признаком здоровья, то ему трудно будет принять информацию о разгрузочных диетах.

На усвоение информации влияет и прошлый опыт пациента. Если у человека на фоне приема гипотензивных препаратов часто возникают гипертонические кризы, то ему трудно будет изменить свое отношение к ним, чтобы добиться успеха, и наоборот, если противорецидивное лечение ранее было успешным, то больного будет легче научить правильно питаться и выполнять адекватную физическую и эмоциональную нагрузку.

Обучение должно удовлетворять нескольким условиям: быть доступным, последовательным, интересным, научным (т.е. отражать современные официальные взгляды на изучаемый вопрос).

Необходимую информацию медицинская сестра должна давать небольшими блоками от простого к более сложному. Желательно проводить занятия в отдельной проветренной комнате в тишине при достаточном освещении и оптимальной температуре. Задания должны быть понятными и однозначными, например наложить манжетку на плечо, набрать в шприц 12 ЕД инсулина, опереться правой рукой на плечо медицинской сестры.

Темп обучения подбирают индивидуально. Для человека с высокими способностями к обучению и знакомого с изучаемой манипуляцией он будет гораздо выше, чем для человека, совершенно несведущего в изучаемых вопросах. В любом случае переходить к следующему блоку информации медицинская сестра может только после того, как пациент полностью усвоил предыдущий. Обучение всегда начинается с более простых повседневных навыков (перемещение в постели, по палате, прием пиши, умывание, пользование мочеприемником), затем переходят к более сложным (измерение АД, введение инсулина, пользование индивидуальной коляской). Необходимо избегать сложных медицинских терминов. Если их необходимо использовать, термины разъясняют и рекомендуют пациенту записывать в виде словарика. Объяснения желательно подкреплять большим количеством примеров.

Можно и желательно использовать в обучении специальную медицинскую литературу, инструменты. Кроме того, медицинская сестра может обучить пациентов вести дневник наблюдения, в котором они будут отражать показатели своего здоровья: пульс, АД, массу тела, количество выпитой и выделенной жидкости. Если пациенту трудно запоминать даты и сроки, его обучают отмечать их в календаре. Чтобы пациент усвоил необходимую информацию, медицинская сестра должна правильно определить продолжительность занятия. Процесс обучения не должен наслаиваться на время обхо*да,* выполнения процедур, приема пищи, посещения родственников. Пациент должен быть отдохнувшим, сытым, его не должны беспокоить чрезмерные неприятные ощущения (боли, рвота, лихорадка). Нецелесообразно увеличивать длительность занятий более *М) — 25* мин, так как после этого периода внимание обучаемого значительно ослабевает.

В течение всего процесса обучения медицинская сестра должна поощрять активное участие и заинтересованность пациента в обучении, что может выражаться похвалой, одобрением, перспективой (например, возможным снижением дозы лекарства при скрупулезном соблюдении диеты или питьевого режима).

**Принципы обучения пациентов и членов их семей**

Обучение пациента и/или ею близких только тогда может быть эффективным, когда медицинская сестра знает и понимает значимость каждого его этапа. Процесс обучения, как и сестринский процесс, состоит из пяти этапов.

1. *Сбор информации о пациенте (обследование) и оценка исходного уровня знаний и умений пациента или его родственников.* При каждом контакте с пациентом, начиная с первичного, медицинская сестра получает о нем какую-либо информацию. Таким образом, сбор информации о пациенте является непрерывным. Всю эту информацию медицинская сестра анализирует и оценивает. Она определяет, имеются ли у пациента знания и умения, касающиеся его состояния, желает ли он или его близкие получить соответствующие знания и умения, способен ли пациент к обучению, в состоянии ли он обучаться и т.д. Приведем пример сбора информации о пациенте. Больная, Нина Петровна Иванова, 66 лет, пенсионерка, страдает ишемической болезнью сердца. При беседе медицинская сестра выяснила, что последние 2 недели пациентка отмечала появление отеков на ногах, которые увеличивались к вечеру и уменьшались по утрам.

Вызванный на дом участковый врач назначил лечение и рекомендовал в течение нескольких дней определять водный баланс. Пациентка принимала назначенные медикаменты, в том числе и мочегонные препараты, но особого улучшения не было. Она стала чаще и обильнее мочиться. Кроме того, ей часто хотелось пить, и она в больших количествах употребляла чай, молоко, компоты и воду. Что такое водный баланс и как его определить, больная не знает.

*2. Определение проблем пациента.* Собрав и оценив информацию, медицинская сестра выделяет сестринскую проблему: дефицит знаний о водном балансе и технике его определения. После этого она должна определить способы решения данной проблемы, что и будет являться содержанием следующих этапов обучения.

3. *Определение целей обучения, планирование его содержания.* Перед составлением плана обучения медицинская сестра должна поставить перед собой определенные цели. Формулировка целей обучения должна быть ориентирована на три сферы: познавательную, эмоциональную и психологическую. Цели отражают то, что необходимо сделать пациенту, чтобы достичь результата. Грамотно поставленная цель должна содержать три компонента (аспекта):

1) то, что необходимо сделать пациенту (то, что он должен суметь сделать, понять и т.д.), т.е. результат обучения;

2) временные рамки — интервал времени (или конкретная дата), в течение которого будет достигнута цель обучения (к 3-м суткам, через неделю, к концу месяца);

3) с помощью кого или чего цель будет достигнута (самостоятельно, с помощью родственников, при помощи костылей).

Формулировка целей в приведенной ситуации может быть следующей:

* в познавательной сфере — Нина Петровна будет знать и понимать суть определения водного баланса через 2 сут;
* в психологической сфере — Нина Петровна будет психологически готова самостоятельно определять водный баланс через 6 сут;
* в эмоциональной сфере — Нина Петровна будет правильно понимать важность контроля за водным балансом ко 2-м суткам.

В любом случае цели должны быть конкретными, реальными и достижимыми.

После определения нелеп обучения медицинская сестра планирует содержание и методы обучения. В план включаются время (утром, перед обедом, после ужина) и продолжительность обучения (по 10 мин в течение 3 сут, по 20 мин через сутки и т.д.).

Содержание обучении может быть различным: сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни.

Медицинская сестра должна привлекать пациента и/или его близких к составлению индивидуального плана обучения, учитывая его личностные особенности, социальные условия, интерес к изучаемым вопросам и физическое состояние. В рассматриваемой ситуации план обучения может быть следующим:

1) в течение 20 мин пациентке объясняют значение и суть определения водного баланса, чтобы убедить больную в необходимости его самостоятельного определения;

2) в течение 15 мин пациентке рассказывают о диурезе, правилах сбора мочи и подсчета ее суточного количества;

3) в течение 15 мин пациентке объясняют правила измерения и подсчета количества выпитой жидкости; подсчитывать водный баланс в процентах;

5) в течение 3 сут медицинская сестра контролирует правильность заполнения дневника самонаблюдения и проводит коррекцию знаний и умений пациентки;

6) на 6-е сутки медицинская сестра оценивает результаты обучения.

4. *Реализация плана обучения.* Для реализации намеченного плана медицинская сестра совместно с пациентом и/или его родственниками создают благоприятную для обучения обстановку, выбирают время его проведения. Если микроклимат помещения неблагоприятен (плохое освещение, низкая температура, наличие посторонних) или состояние пациента оставляет желать лучшего (больной расстроен, у него усилились боли, одышка), то обучение лучше отложить.

Для успешного обучения можно использовать следующие методы:

* демонстрация — медицинская сестра показывает навыки самоухода или взаимоухода (чистка зубов, использование костылей, инъекции, измерение АД и т.д.); четкая повторяющаяся демонстрация каждого этапа навыка является важным средством достижения целей обучения;
* консультирование — медицинская сестра наблюдает со стороны, как пациент выполняет конкретный навык и при затруднении или на сложных этапах оказывает ему консультативную помощь;
* разыгрывание ролей — очень эффективный метод обучения, особенно социальным навыкам; при этом методе лучше осознаются возможности пациента и трудности самоухода в бытовой обстановке, вырабатываются новые навыки (умение завести разговор, уверенно вести себя в конкретной обстановке), повышается уровень самосознания, находятся новые решения проблемы.

Схема обучения состоит из пяти этапов:

1) изложение необходимой информации;

2) повторение пациентом всего, что он запомнил;

3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить;

4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка;

5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца.

Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку.

В процессе обучения необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по принципу ≪вопрос — ответ≫, подчеркивать информацию важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию.

Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.

5. *Оценка результатов обучения.* После реализации плана обучения медицинская сестра оценивает результат, т.е. соотносит его с поставленными целями. Оценка может быть следующей:

1) папист хорошо усвоил информацию и приобрел устойчивые (осознает важность и значение информации и может самостоятельно выполнить навык);

2) пациент недостаточно усвоил информацию и навыки (путает показатели,неуверен в ответах и действиях, последовательности манипуляций); в этом случае медицинской сестре необходимо проанализировать правильность постановки целей и планирования, внести соответствующие коррективы;

3) папист не усвоил информацию и/или не выработал навыки.

В последнем случае медицинская сестра неправильно построила

весь процесс обучения, не учла состояние пациента, его интерес, не определилась с целями или составила нереальный и невыполнимый план обучения. Необходимо заново пересмотреть весь процесс обучения.

В любом случае медицинская сестра сообщает пациенту о результатах обучения, потому что он должен знать, насколько успешно справился с поставленной задачей. В свою очередь важно и то. как паппент сам оценивает результат обучения. Самооценка может быть:

* адекватной, совпадающей с оценкой медицинской сестры;
* завышенной;
* сниженной;
* нестабильной (вчера был недоволен, сегодня доволен, или наоборот).

При любой опенке следует поощрить, пациента и тем самым поддержать его интерес к обучению. Таким образом, для достижения высоких результатов обучения необходимы:

1) четко сформулированная цель обучения;

2) убедительная мотивация к получению знаний пациентом;

3) доброжелательное отношение к пациентам и их близким;

4) создание ассоциативной связи между новой информацией и прошлым опытом и знаниями пациента и его семьи;

5) обязательная практическая отработка полезных знаний;

6)эффективное (терапевтическое) общение;

7) умение слушать;

8) терпеливость и настойчивость;

9) поощрение за успехи в обучении;

10) учет состояния пациента во время обучения.

Из этого следует, что понимание медицинской сестрой целей, задач и принципов обучения, умение использовать разнообразные методы, способы и средства обучения будут способствовать эффективному обучению больных и их близких и, следовательно, повышению качества их жизни.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Расскажите о роли обучения в сестринском деле.
2. Перечислите основные задачи школ сестринского обучения.
3. Расскажите о терапевтическом обучении больных.
4. Определите функции медицинской сестры как преподавателя.
5. Назовите задачи и сферы обучения в сестринском деле.

* Познавательная сфера,
* Эмоциональная (чувственная сфера),
* Психомоторная сфера.

1. Перечислите методы обучения.
2. Перечислите виды учебных занятий.
3. Назовите средства обучения.
4. Охарактеризуйте формальное обучение.
5. Охарактеризуйте неформальное обучение.
6. Перечислите условия эффективного обучения.
7. Перечислите принципы обучения пациентов и членов их семей.

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Дополнительная:**

1. Ситуационное обучение в сестринском деле: Учеб. пос. ∕ Под общ. ред. С.И. Двойникова, С.В. Лапик. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004.

**Лекция 6**

**Тема 1.5. Модели сестринского дела**

**План лекции:**

1. Определение термина «Модель».
2. Модель предложенная Н. Роупер, дополнен­ная В. Логан и А. Тайэрни.
3. Модель Д. Джонсон.
4. Адаптационная модель К. Рой.
5. Модель Д.Орем
6. Модель В. Хендерсон
7. Модель М. Аллен

**Модель** - это образец, по которому что-то должно быть сделано. Модель сестринского дела - это направление на достижение цели.

   Значение моделей сестринского дела для развития сест­ринской специальности очень велико, если рань­ше сестра только ухаживала за тяжелобольными пациента­ми, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу в поддержании здо­ровья, предупреждении заболеваний, обеспечении макси­мальной независимости человека в соответствии с его ин­дивидуальными возможностями.

   Действуя подобным образом, новая концепция заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела профессиональной моделью. Высококвалифицированная практикующая сест­ра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оцени­вать результаты ухода, отвечающего потребностям конк­ретного пациента. При этом делается особый акцент на уни­кальность вклада сестринского ухода в выздоровлении, восстановлении здоровья.

   Разработано несколько различных моделей. Содержа­ние каждой модели зависит как от уровня экономического развития той или иной страны, ее политики, общепризна-ных ценностей, системы здравоохранения, религии, так и от философии и убеждений конкретного человека или груп­пы людей, разрабатывающих ту или иную модель.

**Модель предложенная Н. Роупер в 1976 г., дополнен­ная в 80 годы В.Логан и А.Тайэрни**

   Авторы считают, что медсестра должна сосредото­чить свое внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека, оценка сестринской деятельности основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке резуль­татах.

   Авторы модели установили 12 видов повседневной жиз­недеятельности. Часть из них имеет биологическую основу, другие -- культурную и социальную.

**Применение модели Роупер, Логан, Тайэрни**

**Оценка состояния пациента.**

   Первичная сестринская оценка проводится для сбора данных о каждой потребности, затем медсестра устанавливает:

   1) что пациент может делать в настоящее время; и что пациент в обычной ситуации выполняет без зат­руднения;

   2) какие проблемы существуют в на­стоящее время;

   3) какие проблемы могут развиться. При планировании ухода медицинская сестра записы­вает действительные и потенциальные проблемы, цели ухо­да и сестринские вмешательства.

Сестринские вмешательства должны:

   - предупредить развитие потенциальных проблем;

   - уменьшить тревогу пациента;

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

**Оценка** **качества и результатов ухода.**

   Медсестра устанавливает, достигнуты ли поставленные цели, и на­сколько полезной и эффективной оказалась данная модель сестринского дела в решении действительных проблем.

**Модель Д. Джонсон**

   Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе пршлого опыта достичь определенных целей.

   Этот результат зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения.

   Д.Джонсон различает два основных типа поведения че­ловека.

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

**Применение модели Джонсон**

   Проводится оценка состояния пациента. Медицинская сестра оп­ределяет, существуют ли проблемы, связанные с поведением пациента. Затем изучаются подсистемы, вышедшие из равновесия. Джонсон предлага­ет выделить отдельно структурные (органические) и функциональные изменения, вызывающие проблему. Медицинская сестра решает, на что должно быть направлено сестринское вмешательство, для этого необходимо получить дополнитель­ную информацию от родственников и лечащего врача.

   Автор данной модели утверждает, что нарушение равнове­сия в одной подсистеме оказывает влияние на взаимосвя­занные подсистемы.

   Установив нарушение равновесия в конкретных подси­стемах, медсестра вместе с пациентом определя­ет цель ухода. Если проблема пациента связана с функциональными нарушениями, медсестра определяет вмешатель­ства, направленные на изменение окружающей среды, из­менение мотивации пациента.

   Для осуществления плана ухода устанавливаются крат­косрочные, промежуточные и долгосрочные цели восста­новления равновесия в подсистемах.

   Сестринские вмешательства:

  - ограничение поведения;

  - защита пациента от неблагоприятных факторов ок­ружающей среды;

  - подавление неадекватных реакций пациента;

  - сотрудничество медицинской сестры с пациентом. Па­циент должен представлять свою роль, свои действия в восстановлении здоровья.

**Оценка качества и результатов ухода.**

   Медицинская сестра описывает результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, предви­дя возможное поведение пациента, так как оно опреде­ляет, что вмешательство было успешным и цель достиг­нута.

**Оценка качества и результатов ухода.**

   Медицинская сестра описывает результаты сестринских вмешательств, указывая один из двух типов поведения, предви­дя возможное поведение пациента, так как оно опреде­ляет, что вмешательство было успешным и цель достиг­нута.

   Если ожидаемые результаты не достигнуты, медицинс­кая сестра проводит переоценку поведения пациента в пре­делах каждой из подсистем. Для этого ей необходимо получить дополни­тельную информацию от родственников.

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

**Адаптационная модель К. Рой**

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

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

   Рой называет факторы, влияющие на уровень адап­тации, раздражителями, они бывают трех типов:

 - очаговые - находятся в окружении человека

 - ситуационные - возникают при оказании сестринс­кой помощи рядом с очаговыми и оказывают на них влияние.

  - остаточные - результат прошлых переживаний, ве­рований, взаимоотношений. При сочетании с очаго­выми и ситуационными они влияют на уровень адап­тации.

   Предлагается четыре способа адаптации, из­меняющих поведение:

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

   Физиологический способ адаптации - это реакция чело­века на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород.

   Я-концепция - это желание человека понять самого себя: как собственное поведение, так и телесный образ. Этот способ адаптации помогает человеку справиться с изменениями его психологических и телесных "Я". Этот способ адаптации эффективен при подготовке пациента к операции, особенно при операциях, изменяющих его тело; ампутация конечностей, мастэктомия, наложение стомы.

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

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

   Взаимозависимость - это стремление человека достичь состояния относительного баланса в различных взаимоот­ношениях. Медсестре следует учитывать ог­раниченность возможностей адаптации в ситуациях, ког­да пациент, оказавшись полностью зависимым от персона­ла, испытывает отрицательные эмоции.

**Применение модели Рой**

Оценка состояния пациента

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

   Медицинская сестра, использующая эту модель, опреде­ляет пределы адаптации для каждого человека. То, что является раздражителем и создает проблемы для одного, для другого благодаря его уровню адаптации не создает никаких проблем.

**Планирование сестринского ухода**

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

- краткосрочная цель ухода, позволяет расширить уро­вень адаптации или устранить раздражитель;

- долгосрочная цель ухода поможет пациенту адапти­роваться к постоянно изменяющейся окружающей среде.

**Сестринское вмешательство**

   Предпо­лагает, что каждый человек стремиться к состоянию психологического и физиологического равновесия. Сест­ринское вмешательство должно изменить раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации и был направлен на очаговые раздражители.

**Оценка эффективности сестринского ухода**

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

**Модель Д.Орем**

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

**Первичная оценка потребностей и возможностей па­циента в самоуходе.**

   Медсестра определяет необ­ходимое поведение пациента при самоуходе - равновесие между потребностями и возможностями осуществлять са­моуход. Проводя первичное обследование паци­ента, медсестра определяет, нужна ли ее помощь. Для этого она должна собрать дополнительную информа­цию и выяснить, почему возник дефицит самоухода. Ос­мотр и наблюдение, беседа помогут ей понять проблему пациента:

- недостаток знаний и умений;

- мотивация;

- ограничение поведения, продиктованное об­щественными и культурными нормами.

 Сестринский уход планируется в зависимости от воз­можностей самоухода самого пациента и его родствеников.

**Оценка эффективности сестринского ухода**

   Прежде всего учитывается, что достигнуто самим пациентом к на­значенному ими совместно времени. Сестринский уход счи­тается эффективным, если удается сохранить или восстановить равновесие между возможностями и потребностями в самоуходе.

**Модель В. Хендерсон**

   Предложена Вирджинией Хендерсон в 1960 году в США, а затем дополненная в 1968 году. Данная модель акцентирует внимание сестринского персонала на физио­логические, а затем на психологические и со­циальные потребности, которые могут быть удовлетворе­ны благодаря сестринскому уходу. Главное в этой модели -- участие самого пациента в планировании и осуществле­нии ухода.

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

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

**Применение модели В. Хендерсон**

   Предусматривает непременное уча­стие пациента во всех этапах сестринского процесса.

   Медсе­стра совместно с пациентом устанавливает, какие из потребностей следует удовлетворить в пер­вую очередь. Принимать решения за пациента медицинс­кая сестра может только в том случае, если пациент не в состоянии этого сделать.

**Планирование ухода**

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

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

**Сестринское вмешательство**

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

**Оценка результатов ухода**

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

**Модель М. Аллен**

   Эта модель встречается в литературе под несколькими названиями -- модель Макгила, которую впер­вые внедрили в университете Макгила в Монреале, также эту модель называют моделью М. Аллен - по имени автора.

**Оценка состояния пациента**

   Медсестра наблюдает за поведением пациен­та, а также использует полученную информацию от чле­нов семьи, выявляет сильные стороны семьи и существую­щие проблемы, связанные со здоровьем пациента. Опреде­ляет приоритеты и отношение членов семьи пациента к определенным сферам деятельности, ее духовные ценнос­ти и убеждения.

**Планирование сестринского ухода**

   Медсестра выясняет, что думает, чувствует, в чем нуждается пациент и его семья в связи с предстоя­щим лечением. Она долж­на определить время проведения тех или иных мероприя­тий плана, руководствуясь при этом результатами непре­рывной оценки пациента и его семьи. Пациент должен осознать и использовать по­тенциальные возможности свои и своей семьи для того, чтобы разработать план действий. Планы должны быть нацелены на решение всех задач, выявленных медсестрой в процессе работы с семьей. Данная проблема дол­говременная, и предстоит длительный период, в течении которого придется направить все усилия на преодоление причин, вызвавших проблему.

   Пациент и его семья должны это понять и осознать.

**Сестринское вмешательство**

   Медсестра должна определять, какие подхо­ды к преодолению проблем предпочтительны для пациен­та и его семьи, и оценить их эффективность. Она должна постоянно работать над планами действий, исходя из си­туации в семье.

   Сестринское вмешательство предусматривает следующее:

- образ жизни пациента (как заболевание может отра­зиться на профессиональной деятельности);

- стресс (если сменить место работы не представляется возможным);

- диета и контроль за массой тела;

- физические упражнения;

- вредные привычки - курение.

**Оценка эффективности сестринского ухода**

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

   Ознакомившись с несколькими моделями из множества существующих мы видим, что единой модели на сегодняшний день не существует.

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

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

   Модель сестринского ухода помогает акцентировать вни­мание медицинской сестры при обследовании пациента, постановки диагноза и планировании сестринского вме­шательства.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Дайте определение термсину «Модель».
2. Охарактеризуйте модель, предложенную Н. Роупер, дополнен­ную В.Логан и А.Тайэрни.
3. Оцените плюсы и минусы модели Роупер, Логан, Тайэрни.
4. Охарактеризуйте модель Д. Джонсон.
5. Оцените плюсы и минусы модели Джонсон.
6. Охарактеризуйте Адаптационную модель К. Рой.
7. Оцените плюсы и минусы модели К. Рой.
8. Охарактеризуйте модель Д.Орем.
9. Оцените плюсы и минусы модели Д.Орем.
10. Охарактеризуйте модель В. Хендерсон.
11. Оцените плюсы и минусы модели В. Хендерсон.
12. Охарактеризуйте модель М. Аллен.
13. Оцените плюсы и минусы модели М. Аллен.

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Дополнительная:**

1. Хетагурова А.К. «Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры» Приложение к журналу «Сестринское дело» № 1 2008 г.

**Лекция № 7**

**Тема 1.6. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модель сестринского дела В. Хендерсон.**

**План лекции:**

1. Сущность пирамиды потребностей Маслоу.
2. Характеристика основных потребностей человека.
3. Основные положения модели сестринского ухода В. Хендерсон, основанной на фундаментальных потребностях повседневной жизни пациента.

Существует множество самых разнообразных классификация потребностей, но наиболее популярной, доступной и полной является классификация американского психолога А.Маслоу.

Американский психолог русского происхождения Абрахам Маслоу родился 1 апреля 1908 года в Нью-Йорке. Окончил Висконсинский Университет. Основные идеи Маслоу изложены в работе Мотивация и личность, опубликованной в 1954 году.

Согласно Маслоу, человеческая личность включает определенную иерархию потребностей, которая выглядит в виде пирамиды.

Потребности рассматриваются как осознанное отсутствие чего-либо, вызывающее побуждение к действию. Потребности подразделяются на первичные, характеризующие человека как биологический организм, и культурные или высшие, характеризующие человека как социальное существо и личность.

Согласно теории А. Маслоу, потребности первого уровня – физиологические (потребность в пище, отдыхе, тепле и т.д.) – являются врожденными и присущи всем людям. А потребности более высоких уровней “пирамиды” могут появиться только в том случае, если достигнут определенный уровень удовлетворения потребностей предыдущего уровня.

**Пирамида потребностей Маслоу.**



Физиологические потребности являются основой жизни человека, без них невозможна жизнь в биологическом смысле слова. Если человек не будет удовлетворять эти потребности, то он просто умрет, как любое живое существо на Земле. К потребностям в выживании относятся: дышать; есть; пить; выделять.

Вторую ступень пирамиды составляют потребности: спать, отдыхать; быть чистым; одеваться, раздеваться; поддерживать температуру тела; поддерживать состояние или быть здоровым; избегать опасности; двигаться.

На третьей ступени пирамиды Маслоу находятся потребности в принадлежности. Человеку на протяжении всей жизни необходимо иметь опору, принадлежать обществу, быть принятым и понятым этим обществом. Ему необходимо иметь информацию об окружающей среде. Этого человек достигает, удовлетворяя потребность в общении.

Жизнь в обществе привела к возникновению потребностей в достижении успеха: в работе, жизни, семье, стремлении к гармонии, красоте, порядку. На четвертой ступени пирамиды Маслоу представлена потребность иметь жизненные ценности.

И, наконец, вершину пирамиды, пятую ступень, составляют потребности в самосовершенствовании, обеспечивающие самореализацию человека и развитие его как личности. Это потребность учиться, работать и играть.

**Характеристика основных потребностей человека**.

**Потребность в кислороде** нормальном дыхании, одна из основных физиологических потребностей человека. При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным, появляется одышка, кашель. Продол­жительная гипоксия приводит к цианозу, кожа и видимые слизистые приобре­тают синюшный цвет. Поддержание этой потребности должно стать для сестры приоритетной задачей. Человек, удовлетворяя эту потребность, поддер­живает необходимый для жизни газовый состав крови.

**Потребность в пище** также имеет важное значение для сохранения здоровья и хорошего самочувствия. Рациональ­ное и адекватное питание помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Например, ишемическая бо­лезнь сердца обусловлена регулярным употреблением пищи, богатой животными жирами и холестери­ном. Рацион, содержащий много круп и ра­стительной клетчатки, снижает риск рака толсто­го кишечника. Высокое содержание белка в пище способ­ствует заживлению ран.

  Сестра должна обучить пациента и дать рекомендации по рациональному и адекватному питанию для удовлетворения данной потребности. Рекомендуется: ежедневно употреблять фрукты и ово­щи, каши, молочные продукты, обезжиренные мясо, рыбу, птицу, меньше сливочного масла, сливок. Ограничить: употребление яичных желтков, сахара, сладких продуктов, соли, алкогольных напитков.

   Пищу лучше варить, печь, но не жарить.

  Неудовлетворенная потреб­ность в пище приводит к нарушению здоровья человека.

**Потребность в жидкости** - это выпивание жидкости 1,5-2 литра ежедневно - вода, напитки, первые блюда, фрукты, овощи. Такое количество восполняет потери в виде мочи, кала, пота, испарений при дыха­нии. Чтобы сохранить водный баланс, человек должен употреблять жидкости больше, чем он выделяет, в про­тивном случае появляются признаки обезвоживания, но не более 2 литров, чтобы не вызвать нарушения функций органов и систем. От умения медсестры предвидеть опасность обезвоживания или образования оте­ков зависит здоровье пациента.

**Потребность в выделении продуктов жизнедеятельно­сти.** Удовлетворение ряда других потребностей мо­жет быть отложено, но нельзя отложить выделение про­дуктов жизнедеятельности на долгое время. Многие паци­енты считают данный процесс интимным и не обсуждают эти вопро­сы с персоналом. При удовлетворении нарушенной потребности медсестра должна обеспечить ему возможность уеди­нения, уважать право пациента на конфиденциальность.

**Потребность в сне и отдыхе** - при недосыпании умень­шается уровень глюкозы в крови, ухудшается питание мозга и замедляются мыслительные процессы; рассеивается вни­мание, ухудшается память. У человека, который не спал полночи, вдвое уменьшается количество клеток крови, отвечающих за фагоцитоз, иммунную защиту.

   Больному человеку сон более необходим, поскольку способствует улучшению его самочувствия. Не­смотря на то, что восприимчивость человека к внешним раздражителям во время сна снижена, это достаточно ак­тивное состояние.

   На сон человека могут оказывать влияние такие факторы, как физическое недомогание, лекарства, наркотики, образ жизни, эмоциональный стресс, окружающая среда и физическая нагрузка. Любое заболе­вание, сопровождающееся болью, физическим недомога­нием, тревогой и депрессией, приводит к нарушению сна.

   Медицинская сестра должна ознакомить пациента с дей­ствием назначенных лекарственных средств и их влиянии на сон.

   Отдых - состояние пониженной физической и психи­ческой активности. Отдыхать можно во время длительной прогулки, чтения книг или при выполнении специальных релаксирующих упражнений. В лечебном учреждении отдыху может помешать громкий шум, яркий свет, присутствие других людей.

   Необходимость отдыха и сна для жизнедеятельности человека дадут возможность сестре оказать пациенту помощь и удовлетворить доступными ей средствами его потребность в сне.

**Потребность в движении.** Ограничение подвижности или неподвижность создают много проблем для человека. Та­кое состояние может быть продолжительным и постоянным. Оно может быть обус­ловлено травмой с последующим наложением шины, вытя­жением конечностей с применением специальных аппара­тов, болью при наличии хронических заболеваний, оста­точных явлений нарушения мозгового кровообращения (инсульта).

   Неподвижность -- один из факторов риска развития пролежней, нарушения функции опорно-двигательного аппарата, работы сердца и легких. При длительной не­подвижности наблюдаются изменения в системе пищева­рения: диспепсия, метеоризм (вздутие живота), анорексия (потеря аппетита), понос или запо­ры. Интенсивное натуживание во время дефекации, к которому пациет должен прибегать, может привести к геморрою, инфаркту миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, остановке сердца. Непод­вижность, особенно в лежачем положении, нарушает мочевыделение и может привести к инфекции мочевого пу­зыря, лоханок, к образованию камней в мочевом пузыре и почках.

   Главная проблема неподвижности, что пациент не может общаться с окружающей средой, которая оказывает значительное вли­яние на формирование личности. От степени и продолжительности неподвижности у пациента могут появиться проблемы в психосоциальной сфере; падает способность к обучению, снижается мотивация, скудеют чувства и эмоции.

   Сестринская помощь, направленная на максимально воз­можное восстановление подвижности, самостоятельности при движении с использованием костылей, палок, проте­зов, имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

**Сексуальная потребность.** Она не прекращается даже при заболевании или достижении преклонного возраста. На сексуальное здоровье человека могут влиять его болезнь, дефекты развития. Многие люди говорят на эту тему неохотно даже при нали­чии серьезных сексуальных проблем. Решение имеющихся или потенциальных сексуаль­ных проблем может помочь пациенту добиться гармонии во всех аспектах здоровья. Необходимо при беседе с пациентом иметь твердую основу знаний для понимания здоровой сексуальности и наиболее распространен­ных ее нарушений; понимать, как влияет на сексуальность ориентация, культура, религиозные убеждения че­ловека; научиться определять проблемы, выходящие за рамки сестринской компетенции, и рекомендовать пациен­ту помощь специалиста (врача-сексолога, сексопатолога, андролога).

**Потребность в безопасности.** Для большинства лю­дей безопасность означает надежность и удобство. Каж­дый из нас нуждается в крове, одежде и в том, кто мо­жет оказать помощь. Пациент чувствует себя в безопас­ности, если кровать, кресло или каталка зафикси­рованы, покрытие пола в палате и в коридоре сухое и на нем нет посторонних предметов, помещение в темное время суток достаточно освещено; при плохом зрении есть очки. Пациент должен быть одет соответственно погоде, а в жилище достаточно тепло, и при необходимости ему бу­дет оказана помощь. Пациент должен быть уверен, что он в состоянии не только обеспечить свою безопасность, но и не причинить вреда окружающим. Не должны провоцироваться стрессовые ситуации.

**Социальные потребности** - это потребности в семье, друзьях, их общение, одобрение, привязанность, любовь. Люди хотят, чтобы их любили, понимали. Никто не желает быть покинутым, нелюбимым и одиноким. Если это случилось, значит, социальные потребности человека не удовлетворены.

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

**Потребность в самоуважении и уважении.** Общаясь с людьми, мы не можем быть равнодушными к оценке свое­го успеха со стороны окружающих. У человека появляется потребность в уважении и само­уважении. Труд должен при­носить удовлетворение, а отдых - быть насыщенным и инте­ресным. Чем выше уровень социально-экономического раз­вития общества, тем более полно удовлетворяются потреб­ности в самоуважении. Нетрудоспособные и пожилые па­циенты теряют это чувство, так как больше мало для кого представляют интерес, некому радоваться их успе­ху, а поэтому у них нет возможности удовлетворить свою потребность в уважении.

**Потребность в самовыражении** это наивысший уро­вень потребностей человека. Удовлетворяя свою потребность в самовыражении, каждый верит, что он делает лучше, чем другие. Для одного самовыражение -- это написание книги, для другого -- вырастить сад, для третьего - вос­питание детей.

   Итак, на каждом уровне иерархии у пациента могут быть одна или несколько неудовлетворенных потребностей. Ме­дицинская сестра, составляя план ухода за пациентом, дол­жна помочь ему реализовать хотя бы некоторые из них.

**Основные положения модели сестринского ухода В. Хендерсон, основанной на фундаментальных потребностях повседневной жизни пациента.**

Модель, предложенная В.Хендерсон (1966), акцентирует внимание сестринского персонала на физиологических, психологических, социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринского уходу. Одним из непременных условий этой модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

**Пациент.** Модель Хендерсон в настоящее время наиболее известна среди медицинских сестер. Согласно этой модели пациент имеет 14 жизненно важных потребностей, одинаковых для всех людей, которые выделены на основе теории А.Маслоу. Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей в удовлетворении этих потребностей. В то же время в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти он может быть не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно.

Именно в это время медицинская сестра помогает ему. В.Хендерсон утверждает, что сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости

человека.

**Источник проблем пациента.** Согласно модели источником проблем пациента являются обстоятельства, условия, перемены в жизни, когда человек не может осуществлять уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания. Физиологические и интеллектуальные возможности человека также могут влиять на способности человека удовлетворять свои фундаментальные потребности.

**Цели и задачи ухода.** В. Хендсрсон считает, что при восстановлении независимости пациента медицинской сестре следует ставить только долгосрочные цели. Краткосрочные и промежуточные цели гоже можно формулировать, но только при острых состояниях. В. Хендсрсон также рекомендует составлять план сестринской помощи письменно, изменяя его по мере оценки результатов. Приоритетной задачей медицинской сестры является восстановление независимости пациента при удовлетворении им 14 жизненно важных потребностей:

1. Дыхание
2. Питание и употребление жидкости
3. Физиологические отправления
4. Двигательная активность
5. Сон и отдых
6. Способность самостоятельно одеваться и раздеваться
7. Поддержание температуры тела и возможность ее регулирования
8. Соблюдение личной гигиены
9. Обеспечение собственной безопасности
10. Общение с другими людьми, возможность выражать свои эмоции и мнение
11. Возможность соблюдать обычаи и обряды согласно вероисповеданиям
12. Возможность заниматься любимой работой
13. Отдых и развлечения
14. Потребность в получении информации

**Роль медицинской сестры.** В модели В.Хендерсон роль медицинской сестры представлена двояко. С одной стороны, это самостоятельный и независимый специалист, решающий вопросы по удовлетворению нарушенных жизненно важных потребностей человека; с другой — помощник врача, так как медицинская сестра выполняет его назначения.

**Направленность сестринской помощи.** Модель В.Хендерсон предполагает удовлетворение биологических, психологических, социальных потребностей пациента и его привлечение к планированию и осуществлению ухода.

**Способы оказания сестринской помощи.** Сестринская помощь включает контроль за приемом лекарственных средств и выполнение процедур, назначенных врачом, а также привлечение больного и его семьи к процессу ухода.

**Оценка качества и результатов ухода.** Поданной модели можно окончательно оценить результат и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все жизненно важные потребности, в отношении которых были предприняты действия медицинской сестры.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Опишите сущность пирамиды А.Маслоу.
2. Опишите возможность реализации потребностей низшего уровня у здорового и больного человека в:

* кислороде,
* пище,
* жидкости,
* выделении продуктов жизнедеятельно­сти,
* сне и отдыхе,
* движении,
* сексуальной потребности.
* безопасности.

1. Опишите возможность реализации потребностей высшего уровня у здорового и больного человека:

* социальные потребности,
* потребность в самоуважении и уважении,
* потребность в самовыражении.

1. Назовите основные положения модели сестринского ухода В. Хендерсон, основанной на фундаментальных потребностях повседневной жизни пациента.
2. Опишите роль медицинской сестры в модели В.Хендерсон.

**Литература для самоподготовки:**

**Обязательная:**

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.

**Дополнительная:**

1. Хетагурова А.К. «Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры» Приложение к журналу «Сестринское дело» № 1 2008 г.
2. Шпирина А.И., Коноплёва Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни ∕Уч. Пособие для преподавателей и студентов. М.; ВУНМЦ 2002.

**Лекция № 8**

**Тема 1.7. «Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу»**

**План лекции:**

1. Первый этап сестринского процесса.
2. Второй этап сестринского процесса.

Сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам.

Сестринский процесс – это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Сестринский процесс – это автоматизированная структура мышления и действия сестры, ориентированная на потребности пациента при любом состоянии здоровья, в том числе и при отсутствии заболевания.

Цель этого метода - обеспечение приемлемого качества жизни в болезни путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей.

В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов:

1 этап - Сестринское обследование

2 этап - Сестринская диагностика

3 этап - Планирование

4 этап - Реализация плана ухода

5 этап – Оценка

Круг обязанностей медсестры, куда входит и выполнение назначенных врачом вмешательств и ее самостоятельные действия, четко определен законом. Все выполненные манипуляции отражаются в сестринской документации.

Суть сестринского процесса заключается в:

* конкретизации проблем пациента,
* определении и дальнейшем осуществлении плана действий медсестры в связи с выявленными проблемами и оценке результатов сестринского вмешательства.

Сестринский процесс является одним из основных понятий со­временной теории сестринского дела. Эта реформаторская концеп­ция родилась в США в середине 50-х годов и за пять десятилетий убедительно доказала свою эффективность.

Сестра должна ясно представлять своеобразие каждого своего пациента для того, чтобы реализовать такое требование к профес­сиональному уходу, как индивидуальность предоставляемой сест­ринской помощи.

Фундамент сестринского обследования составляет учение об основных жизненно важных потребностях человека.

Потребность есть физиологический и (или) психологиче­ский дефицит того, что существенно для здоровья и благополу­чия человека.

В сестринской практике используется классификация потреб­ностей Вирджинии Хендерсон, которая всё их многообразие свела к 14-ти наиболее важным:

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

Учитывая реалии российского практического здравоохранения, отечественные исследователи С.А. Мухина и И.И. Тарновская предлагают осуществлять сестринскую помощь в рамках 10 фундаментальных потребностей человека:

1. Нормальное дыхание.
2. Адекватное питание и питьё.
3. Физиологические отправления.
4. Движение.
5. Сон.
6. Личная гигиена и смена одежды.
7. Поддержание нормальной температуры тела.
8. Поддержание безопасности окружающей среды.
9. Общение.
10. Труд и отдых.

Почему именно учение о потребностях легло в основу сестрин­ского обследования? Поскольку конечная цель работы сестры ­комфорт её пациента, она обязана выяснить, пользуясь специаль­ной методикой сестринского обследования, нарушение удовле­творения каких потребностей в связи с заболеванием или травмой имеет место и служит причиной дискомфорта.

Кроме того, использование 10 последовательных ступеней ие­рархии потребностей позволяет добиться системности сестрин­ского обследования, делает его всесторонним и полным, составляя как бы организационную рамку сестринского обследования.

Собирая информацию о пациенте необходимо сопоставить обычный, ежедневный стереотип удовлетворения каждой из 10-ти потребностей с тем, как эта потребность удовлетворяется пациен­том в настоящий момент. За сбором информации следует ее тщательный анализ, в результате которого формулируются сестринские диагнозы.

**Первый этап сестринского процесса - сестринское обследование.**

Цель обследования пациента - собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для создания информационной базы данных о нем и о его состоянии в момент обращения за помощью.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер.

Источниками субъективной информации являются:

* сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья;
* близкие и родственники пациента.

Источники объективной информации:

* физическое исследование пациента по органам и системам;
* знакомство с медицинской историей болезни.

Для общей оценки состояния больного медицинская сестра должна определить следующие показатели:

* общее состояние больного;
* положение больного в постели;
* состояние сознания больного;
* антропометрические данные.

**Общее состояние больного.**

Удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое.

**Положение пациента в постели.**

* активное – больной произвольно, самостоятельно меняет положение в постели исходя из своих потребностей;
* пассивное – больной неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить своё положение в кровати, также при бессознательном состоянии больного;
* вынужденное – больной принимает позу, облегчающую его состояние

**Состояние сознания больного.**

* Ясное. Больной при этом полностью ориентируется в обстановке, четко отвечает на вопросы.
* Помраченное (неясное) сознание проявляется в равнодушном, безразличном отношении больного к своему состоянию; на вопросы он отвечает правильно, но с опозданием.
* При ступоре (оглушение) больной плохо ориентируется в окружающем, вяло, медленно отвечает на вопросы, иногда не по существу, и тут же начинает дремать, засыпать: впадает в состояние оцепенения.
* Сопор — глубокое помрачение сознания (отупление). При этом больной находится в состоянии «спячки». Только громкий окрик, болевые воздействия (уколы, щипки и т. д.) могут вывести его из такого состояния, но на очень короткое время; вскоре он вновь «засыпает».
* Кома (глубокая спячка) — полная утрата сознания. Больной не реагирует на окрик, болевые раздражения и тормошения. При коме отсутствуют рефлексы. Кома свидетельствует о значительной тяжести заболевания.
* Галлюцинации бывают слуховые, зрительные, тактильные (ощущение ползания по телу червей, насекомых микробов и т. д.).

Во время слуховых галлюцинаций больной разговаривает сам с собой или с мнимым собеседником.

При зрительных галлюцинациях больные видят то, чего на самом деле нет, например, мышей, которые бросаются на них, чертей и т. д. Это часто бывает при алкоголизме.

Тихий бред характеризуется также нереальными представлениями, галлюцинациями, только больные ведут себя внешне спокойно, часто находятся в состоянии ступора или сопора, что-то бормочут, произносят непонятные и несвязные фразы.

**Антропометрические данные.**

Антропометрия — измерение основных физических показателей человека. Включает в себя взвешивание, измерение длины тела, окружности груди и живота. В ряде случаев измеряют основные показатели дыхания (спирометрия) и силу мышц (динамометрия).

В процессе общения медсестры с пациентом очень важно попытаться установить теплые, доверительные отношения, необходимые для сотрудничества в борьбе с заболеванием. Соблюдение некоторых правил общения с пациентом позволит медсестре достичь конструктивного стиля беседы и добиться расположения к себе со стороны пациента.

**Второй этап сестринского процесса - сестринская диагностика.**

Понятие сестринского диагноза (сестринской проблемы) впервые было официально признано и законодательно закреплено в 1973 г в США. Перечень сестринских проблем, утвержденных Американской Ассоциацией медсестер, насчитывает в настоящее время 114 основных наименований, в числе которых гипертермия, боль, стресс, социальная самоизоляция, недостаточная самогигиена, беспокойство, пониженная физическая активность и др.

Сестринский диагноз - это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательств со стороны сестры. Это симптомный или синдромный диагноз, во многих случаях основанный на жалобах пациента.

Основными методами сестринской диагностики являются наблюдение и беседа. Сестринская проблема определяет объем и характер ухода за пациентом и его окружением. Медсестра рассматривает не заболевание, а внешнюю реакцию пациента на заболевание. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

Классифицировать сестринские проблемы можно как физиологические, психологические и духовные, социальные.

* Физиологические, например, недостаточное или избыточное питание, нарушение глотания, кожный зуд, недостаточная самогигиена.
* Психологические, например, тревога о своем состоянии, дефицит общения, семейной поддержки
* Духовные – одиночество, чувство вины, потребность в святом причастии.
* Социальные – социальная изоляция, конфликтная ситуация в семье, финансовые или бытовые проблемы, связанные с выходом на инвалидность.

Помимо этой классификации, все сестринские проблемы делятся на:

* Настоящие - проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент (например, боль, одышка, отеки);
* Потенциальные - это проблемы, которые пока не существуют, но могут появиться с течением времени (например, риск возникновения пролежней у неподвижного пациента, риск развития обезвоживания при рвоте и частом жидком стуле).
* Приоритетные – проблемы, которые следует решить в первую очередь.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные.

К первичным приоритетам относят такие проблемы пациента, которые в условиях отсутствия лечения могут оказать пагубное влияние на больного.

Промежуточные приоритеты - неэкстремальные и неопасные для жизни потребности больного.

Вторичные приоритеты – это потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу (например, у больного с травмой позвоночника первичная проблема – боль, промежуточная – ограничение подвижности, вторичная – чувство беспокойства).

Критерии выбора приоритетов:

* Все неотложные состояния, например, острая боль в сердце, риск развития легочного кровотечения.
* Наиболее тягостные проблемы для пациента в настоящий момент, то, что больше всего беспокоит, является для него самым мучительным и главным сейчас. Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отеками, одышкой, может указать именно на одышку как на свое главное страдание. В этом случае "одышка" будет являться приоритетной сестринской проблемой.
* Проблемы, способные привести к различным осложнениям и ухудшению состоянию пациента. Например, риск развития пролежней у неподвижного пациента.
* Проблемы, решение которых приводит к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроение пациента.

Следующей задачей второго этапа сестринского процесса является формулировка сестринского диагноза – определение реакции пациента на болезнь и свое состояние.

В отличие от врачебного диагноза, направленного на выявление конкретного заболевания или сущности патологического процесса, сестринский диагноз может меняться каждый день и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь.

**Различие медицинского и сестринского диагнозов.**

Врачебный диагноз

* не изменяется (если нет врачебной ошибки)
* осуществляет выявление конкретного заболевания, сущности патологического процесса, происходящего в организме, например, воспаление легких
* в основе - нарушение функций различных органов и систем и их причины, то есть патофизиологические и патологоанатомические изменения
* формулируется в терминах врачебной компетенции

Сестринский диагноз

* Осуществляет описание внешней, ответной реакции пациента на наличие патологического процесса в организме. Например, одышка (как одно из проявлений воспаления легких)
* в основе - нарушение удовлетворения основных человеческих потребностей как результат нарушения функций, то есть, представления, главным образом, самого пациента о его состоянии здоровья, его ощущения и жалобы.
* подвижен, часто меняется
* формулируется в терминах сестринской компетенции.

Сестринский диагноз (проблема пациента) - это описание настоящего или потенциального дефицита самоухода, вызванного нарушением удовлетворения универсальных потребностей человека в связи с состоянием его здоровья. Таким образом, в модели В. Хендерсон сестринский диагноз всегда отражает дефицит самоухо­да, имеющийся у пациента, и направлен на его замещение и пре­одоление.

С точки зрения медицинской сестры, проблемы появляются то­гда, когда у пациента, в силу определенных причин (болезнь, трав­ма, возраст, неблагоприятная обстановка), возникают следующие затруднения.

1. Не может самостоятельно удовлетворить какие-либо из потребностей или у него возникают трудности в их удов­летворении (например, не может принимать пищу из-за болей при глотании, не может передвигаться без дополни­тельной опоры).
2. Пациент удовлетворяет свои потребности самостоятельно, но то, как он их удовлетворяет, не способствует сохране­нию его здоровья на оптимальном уровне (например, при­страстие к жирной и пряной пище чревато заболеванием пищеварительной системы).

Как правильно сформулировать сестринский диагноз?

Для этого необходимо проанализировать данные, собранные сестрой на первом этапе сестринского процесса.

**Схема анализа данных, полученных при проведении сест­ринского обследования:**

1. Выявить ***потребности,*** удовлетворение которых наруше­но. Для этого необходимо сопоставить по каждой из 10-ти потребностей обычную способность самоухода и способ­ность самоухода в данный момент, выявляя имеющийся или потенциальный дефицит самоухода.
2. Следует выяснить причины трудностей в удовлетворении той или иной потребности, например, заболевание или травма, лечение, окружающая среда, в том числе обстановка стационара, личные обстоятельства (семейные или профес­сиональные).
3. Следующий шаг - необходимо выявить настоящие и потен­циальные возможности пациента в удовлетворении тех или иных потребностей, что для него является посильным, а что непосильным сейчас, в ближайшем и отдаленном будущем. Это даёт направление для сестринского вмешательства. Се­стра должна четко представлять себе, будут ли с течением времени возможности самоухода для ее пациента расши­ряться (к примеру, после несложной операции) или, наобо­рот, сужаться, становиться все более ограниченными (у ста­риков, инкурабельных пациентов).

**Для правильной формулировки сестринского диагноза могут помочь следующие вопросы:**

1. Отражает ли эта проблема дефицит самоухода?

Например, желтуха, являясь проблемой здоровья пациента, не является сестринским диагнозом, так как не отражает де­фицит самоухода у пациента.

2. Поддаётся ли эта проблема коррекции или устранению приёмами сестринской помощи?

Например, одышка у пациента, являясь проблемой здоровья и затрудняя самоуход, не является сестринским диагнозом, так как не поддаётся коррекции методами сестринского вмешательства.

3. Является ли выбранная Вами формулировка ясной и кон­кретной, понятной пациенту?

Например, дискомфорт - не сестринский диагноз, так как непонятно, в чём именно со­стоит проблема пациента.

4.Может ли выбранная Вами формулировка сестринского ди­агноза служить базой для планирования сестринской по­мощи? Из формулировки сестринского диагноза должно вытекать направление сестринского вмешательства.

Напри­мер, лихорадка - не сестринский диагноз, так как непонятно, имеет ли место дефицит самоухода и каким именно должен быть характер сестринского вмешательства. Пра­вильнее: пациент не понимает необходимости пить больше жидкости при лихорадке, пациент не может самостоятельно сменить влажное бельё, пациент может получить травму из-­за дезориентации.

Формулируя сестринский диагноз следует указать, что паци­ент не знает, не умеет, не желает, не может, не понимает в сложившейся ситуации с его здоровьем, что его беспокоит. При этом источниками проблем пациента могут являться не только за­болевание или травма, но и лечение (боится операции или перевязки), окружающая среда, в том числе обстановка ЛПУ (не может спать из-за шума холодильника в палате или духоты, постельного дискомфорта), возраст (забывает принимать назначенные врачом препараты), семейные или профессиональные обстоятельства (волнуется из-за конфликта в семье).

Таким образом, проблема сформулирована верно, если она описывает дефицит самоухода и направлена на скорейшее обретение пациентом ощущения комфорта и независимости.

**Примеры возможных проблем пациента:**

* не может самостоятельно принимать пищу и жидкость (ука­зать причины);
* не понимает необходимости пить больше жидкости;
* стыдится принимать помощь посторонних людей при ин­тимных процедурах;
* не может самостоятельно дойти до туалета;
* трудно дышать в положении лёжа.

**Классификация сестринских диагнозов.**

1. По характеру реакции пациента на болезнь и своё состояние различают сестринские диагнозы:

* Физиологические (например, пациент не удерживает мочу при напряжении).
* Психологические (например, пациент боится не проснуть­ся после наркоза).
* Духовные - проблемы высшего порядка, связанные с пред­ставлениями человека о его жизненных ценностях, с его вероисповеданием, поисками смысла жизни и смерти (одиночество, чувство вины, страх смерти, потребность в святом причастии).
* Социальные - социальная изоляция, конфликтная ситуа­ция в семье, финансовые или бытовые проблемы, связан­ные с выходом на инвалидность, переменой места житель­ства и т.д.
* В зависимости от времени появления проблемы пациента де­лят на настоящие и потенциальные.
* Настоящие - проблемы, имеющие место в данный момент, здесь и сейчас, например, сегодня у пациента отсутствует аппетит.
* Потенциальные - вероятные, возможные в будущем про­блемы со здоровьем, возникновение которых может быть предотвращено усилиями медицинских работников. На­пример, риск развития пролежней у неподвижного пациен­та, риск падений у пациента с нарушением координации движений, риск обезвоживания как следствия упорной диареи.

Как правило, у пациента одновременно диагностируется не­сколько проблем, связанных со здоровьем. В модели В. Хендерсон проблемы пациента учитываются одновременно: сестра решает все проблемы, которые ставит, в порядке их значимости, начи­ная с самых важных и далее по порядку.

**Критерии выбора порядка значимости проблем пациента:**

- главное, по мнению самого пациента, самое тягостное и па­губное для него либо препятствующее осуществлению са­моухода;

-проблемы, способствующие ухудшению течения заболева­ния и высокому риску развития осложнений. ***Например, пациенту при постельном режиме трудно дышать из-за сильного насморка, в связи с чем он плохо спит и ест, у него сушит во рту, болит голова, он раздражён.*** Одновременно сестра выяснила, что пациент иногда «пропускает» инъекции инсулина. Оказание сестринской помощи следует начинать с разрешения проблемы режима введения инсулина как наиболее важной, а затем последовательно перейти к решению других проблем.

**Вопросы для самоподготовки.**

1. Дайте определение понятию «Сестринский процесс».
2. Охарактеризуйте пять этапов сестринского процесса.
3. Перечислите потреб­ности по классификации Вирджинии Хендерсон.
4. Перечислите потреб­ности по классификации С.А. Мухиной и И.И. Тарновской.
5. Охарактеризуйте первый этап сестринского процесса - сестринское обследование.
6. Назовите источники субъективной информации о пациенте.
7. Охарактеризуйте общее состояние больного.
8. Перечислите виды положений пациента в постели.
9. Охарактеризуйте состояние сознания больного.
10. Назовите основные антропометрические данные пациента.
11. Охарактеризуйте второй этап сестринского процесса - сестринская диагностика.
12. Расскажите о классификации сестринских проблем.
13. Поясните различие врачебного и сестринского диагнозов.
14. Охарактеризуйте схему анализа данных, полученных при проведении сест­ринского обследования.
15. Приведите примеры возможных проблем пациента:
16. Классифицируйте сестринские диагнозы.
17. Назовите критерии выбора порядка значимости проблем пациента.

**Литература**

Основные источники:

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.
5. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.

Дополнительные источники:

1. Сестринский процесс: Учеб. пособие: Пер. с англ. ∕Под общ. ред. Проф. Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
2. Шпирина А.И., Коноплёва Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни ∕Уч. Пособие для преподавателей и студентов. М.; ВУНМЦ 2002.

**Лекция № 9**

**Тема 1.7.** «Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу».

**План лекции:**

1. Третий этап сестринского процесса - планирование ухода.
2. Четвертый этап - реализация плана ухода.
3. Пятый этап сестринского процесса - оценка.
4. Примеры ведения сестринского процесса.

**Третий этап сестринского процесса - планирование ухода.**

После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приёмы, т.е. сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Необходимо путём правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение.

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода. Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время (обычно за 1-2 недели).

Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний (30 дней).

Каждая цель включает 3 компонента:

* действие;
* критерии: дата, время, расстояние;
* условие: с помощью кого/чего-либо.
* После формулировки целей медсестра составляет собственно план ухода за пациентом, представляющий собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

Требования к постановке целей:

* Цель должна соответствовать поставленной проблеме.
* Цель должна быть достижимой.
* Цель должна быть сформулирована в пределах сестринской, а не врачебной компетенции.
* Цель должна быть сосредоточена на пациенте, то есть должна формулироваться «от пациента», отражать то существенное, что получит пациент в результате сестринского вмешательства.
* Цели должны быть конкретными, следует избегать рас­плывчатых общих формулировок («пациент будет чувство­вать себя лучше», «у пациента не будет дискомфорта», «па­циент будет адаптирован»).
* Цели должны иметь конкретные сроки их достижения.
* Цель должна быть понятна пациенту, его семье, а также другим медицинским работникам.

После формулировки целей сестра составляет письменный план индивидуального ухода за пациентом.

План - письменное руководство по уходу, представляющее со­бой подробное перечисление специальных действий сестры, необ­ходимых для достижения целей ухода по определённой проблеме пaциента, с учётом конкретной клинической ситуации.

При составлении плана ухода сестра может руководствоваться стандартами сестринской практики.

Стандартный план ухода по типичной проблеме пациента представляет собой утверждённый базовый перечень научно обос­нованных мероприятий по уходу, обеспечивающих достижение це­лей сестринской помощи по этой проблеме, вне зависимости от конкретной клинической ситуации; формальное описание ожидае­мого сестринского вмешательства. Стандарты могут быть приняты как на федеральном, так и на местном уровне (департаменты здра­воохранения, конкретное лечебно-профилактическое учреждение). Примером стандарта сестринской практики может служить ОСТ «Протокол ведения больных. Профилактика пролежней».

Формальные стандарты могут облегчить работу сестры, но ни­когда не заменят её самостоятельного суждения. Стандарты обобщают сестринские знания и рассчитаны на работу в типичной си­туации - со среднестатистическим, а не конкретным пациентом. От сестры при составлении индивидуального плана ухода требуется умение гибко применять стандарт в реальной клинической ситуа­ции. Сестра имеет право исключить любой пункт стандарта из своего плана ухода либо, наоборот, дополнить план действиями, не­предусмотренными стандартом, но она должна уметь логически обосновать свою точку зрения.

В конце третьего этапа сестра в обязательном порядке согла­совывает свои действия с пациентом и его семьёй.

После формулирования целей и составления плана ухода медсестра обязана согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием. Действуя, таким образом, медсестра ориентирует пациента на успех, доказывая достижимость целей и совместно определяя пути их достижения.

**Четвертый этап - реализация плана ухода.**

На этом этапе сестра осуществляет запланированные действия. Сестра, разрабатывающая план ухода, не выполняет все вме­шательства сама, часть их поручая другим лицам (дежурной сестре, младшему медперсоналу, родственникам, самому пациенту). Но ответственность за координацию и качество выполняемых меро­приятий она принимает на себя.

Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства:

* независимое,
* зависимое,
* взаимозависимое.

Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Независимое – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от др. специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.).

Зависимое – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.).

Взаимозависимое – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т.д.

Постоянная помощь требуется больному на протяжении всей жизни – при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.

Реабилитирующая помощь — длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

Проводя четвертый этап сестринского процесса медицинская сестра решает две стратегические задачи:

* наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории (карте) болезни;
* наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с постановкой сестринского диагноза и регистрация полученных данных в сестринской истории (карте) болезни.

**Пятый этап сестринского процесса - оценка.**

Целью пятого этапа является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

* оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
* оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
* оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Оценка осуществляется сестрой непрерывно, с определённой периодичностью, которая зависит от состояния пациента и характе­ра проблемы.

Например, оценка в отношении одного пациента будет производиться вначале и в конце смены, а в отношении другого - каждый час.

Аспекты оценки:

* Достижение целей по проблемам пациента.
* Появление новых проблем, требующих внимания сестры.

Пятый этап наиболее сложен, поскольку требует от медицин­ской сестры умения мыслить аналитически: сестра сравнивает имеющиеся результаты с желаемыми, пользуясь ***оценочными кри­териями***. В качестве оценочных критериев могут быть использованы слова и(или) поведение пациента, данные объективного ис­следования, информация от окружения пациента.

Например, при обезвоживании в качестве оценочного критерия может выступать водный баланс, а при выяснении уровня боли соответствующие цифровые шкалы.

Если проблема решена, сестра должна обоснованно удостове­рить это в сестринской истории болезни.

Если цели не удалось достигнуть, следует выяснить причины неудачи и внести необходимую корректировку в план сестринской помощи. В поисках ошибки необходимо ещё раз поэтапно проана­лизировать все действия сестры.

Например, небрежно собрав информацию о пациенте на пер­вом этапе и приступив к его обучению по самовведению инсулина, сестра неожиданно выяснила, что пациент страдает дефектом зре­ния и не видит деления на шприце, а значит, не может контролиро­вать дозу инсулина. Сестра должна внести коррекцию: посовето­вать пациенту приобрести инсулиновую шприц-ручку, шприц с на­кладной лупой или обучить этому близких.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Систематический процесс оценки требует от медсестры навыка мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Если поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медицинская сестра удостоверяет это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, расписывается и проставляет дату.

Пример №1. У пациента 65-ти лет, отмечается непроизвольное выделение мочи по каплям, эпизодически порцией без позыва на мочеиспускание. Он вдовец, живет со своим сыном и невесткой в 2-х комнатной квартире со всеми удобствами. У него один внук 15 лет, который горячо любит деда. Пациент обеспокоен возвращением домой, потому что не знает, как семья отреагирует на его проблему. Сын и внук ежедневно навещают отца, но он отказывается встретиться с ними, целыми днями лежит, отвернувшись к стене, плохо спит.

У пациента страдает удовлетворение потребностей: ВЫДЕЛЯТЬ, БЫТЬ ЗДОРОВЫМ, БЫТЬ ЧИСТЫМ, ИЗБЕГАТЬ ОПАСНОСТИ, ОБЩАТЬСЯ, РАБОТАТЬ. В связи с этим можно выделить проблемы:

1) недержание мочи;

2) тревога о своем состоянии;

3) нарушение сна;

4) отказ от встреч с близкими людьми;

5) высокий риск нарушения целостности кожных покровов и появления опрелости в паховой области.

ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА: недержание мочи. Исходя из нее, медсестра ставит цели в работе с больным.

Краткосрочные цели:

а) к концу недели пациент осознает, что при соответствующем лечении это тягостное явление уменьшится или пройдет,

6) к концу недели пациент осознает, что при соответствующей организации ухода это явление не будет создавать дискомфорта для окружающих.

Долгосрочные цели: пациент будет психологически подготовлен к жизни в семье к моменту выписки.

Далее медсестра составляет план ухода за пациентом, который в данной ситуации может выглядеть примерно так:

1. Медсестра обеспечит изоляцию пациента (отдельная палата, ширма).

2. Медсестра будет беседовать с пациентом о его проблеме ежедневно по 5-10 минут.

3. Медсестра даст совет пациенту не ограничивать количество потребляемой жидкости.

4. Медсестра обеспечит постоянное пользование мужским мочепри-емником ночью и съемным мочеприемником в дневное время.

5. Медсестра обеспечит ежедневное обеззараживание мочеприемника и обработку его раствором перманганата калия, 1% раствором хлористоводородной кислоты или 0,5% осветленным раствором хлорной извести для уничтожения аммиачного запаха.

6. Медсестра будет следить за гигиеной постели: матрац будет обтянут клеенкой, постельное и нательное белье будет меняться после каждого случая мочеиспускания в кровать.

7. Медсестра обеспечит гигиену кожи паховой области (подмывания и обработка вазелином или детским кремом не реже трех раз в день).

8. Медсестра обеспечит проветривание помещения не реже 4-х раз в день по 20 минут и использование дезодораторов.

9. Медсестра обеспечит влажную уборку палаты не реже 2-х раз в сутки.

10. Медсестра будет наблюдать за цветом, прозрачностью и запахом мочи.

11. Медсестра обучит родственников пациента особенностям домашнего ухода.

12. Медсестра обеспечит достаточно времени для обсуждения проблем пациента ежедневно, акцентируя его внимание на современных средствах ухода при недержании (съемные мочеприемники, впитывающие трусы и пеленки с дезодорирующим эффектом, средства для профилактики опрелостей). Сестра ознакомит пациента с литературой по этому вопросу.

13. Медсестра проведет беседу с родственниками о необходимости психологической поддержки пациента.

14. Медсестра будет поощрять проявление внимания семьи пациента по отношению к нему без личного контакта несколько дней (передачи, записки, цветы, сувениры).

15. Медсестра будет поощрять родственников навещать его и проинформирует их о должном поведении.

16. Медсестра обеспечит прием седативных препаратов и транквилизаторов, по назначению врача.

17. Медсестра обеспечит знакомство с пациентом, страдающим недержанием мочи и адаптированным к своему состоянию.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Сущность третьего этапа сестринского процесса.
2. Перечислите основные компоненты цели.
3. Перечислите требования к постановке целей:
4. Расскажите, как правильно составить план сестринских вмешательств.
5. Сущность четвертого этапа сестринского процесса.
6. Перечислите и охарактеризуйте категории сестринского вмешательства:

* независимое,
* зависимое,
* взаимозависимое.

1. Сущность пятого этапа сестринского процесса.
2. Перечислите источники и критерии оценки сестринского ухода.

**Литература**

Основные источники:

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.
5. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.

Дополнительные источники:

1. Сестринский процесс: Учеб. пособие: Пер. с англ. ∕Под общ. ред. Проф. Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
2. Шпирина А.И., Коноплёва Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни ∕Уч. Пособие для преподавателей и студентов. М.; ВУНМЦ 2002.

**Лекция № 10**

**Тема 1.8. Потребность пациента в нормальном дыхании, адекватном питье, питании, физиологических отправлениях, движении, сне и отдыхе, поддержании температуры тела, труде.**

**План лекции:**

1. Особенности потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах.
2. Особенности потребности в адекватном питании и питье в разных возрастных группах.
3. Помощь пациенту с нарушением проблемы при физиологических отправлениях.
4. Сестринский уход при нарушении удовлетворения потребности в движении.
5. Сестринский уход при нарушении удовлетворения потребностей во сне.
6. Потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела.
7. Наблюдение за удовлетворением потребности общаться.
8. Соблюдение личной гигиены.

**Особенности потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах.**

Дыхание — физиологическая функция, обеспечивающая газообмен между окружающей средой и организмом в соответствии с его метаболическими потребностями.

Дыхание — неосознанное действие, которое здоровые люди замечают только при значительных физических усилиях.

В норме дыхательные движения ритмичны. Частота дыхательных движений у взрослого здорового человека в покое составляет 16-20 в минуту. Дыхание новорожденного частое и поверхностное, при этом его частота подвержена значительным колебаниям: 48–63 дыхательных цикла в минуту во время сна. Частота дыхательных движений в минуту во время бодрствования составляет: 50–60 – у детей первого года жизни; 35–40 – у детей 1–2 лет; 25–35 – у детей 2–4 лет; 23–26 – у детей 4–6 лет. У детей школьного возраста происходит дальнейшее урежение дыхания – до 18–20 раз в минуту. У спортсменов ЧДД может быть 6-8 в минуту.

Удовлетворение потребности дышать обеспечивает орга­низм человека кислородом, необходимым для его нормальной жиз­недеятельности. Различают внешнее и внутреннее дыхание.

Внеш­нее дыхание - это доставка кислорода в кровь, внутреннее дыхание - перенос кислорода из крови к органам и тканям организма.

Внешнее дыхание.

В легких, имеющих богатое кровоснабжение, постоянно про­исходит газообмен, в результате чего кровь насыщается кислоро­дом и освобождается от углекислого газа. В альвеолы легких ки­слород поступает через дыхательные пути при дыхании. Частота, глубина и ритм дыхания регулируются дыхательным центром, рас­положенным в головном мозге. Повышение содержания углекисло­го газа в крови вызывает возбуждение дыхательного центра, приводящее к увеличению вентиляции легких (то есть, увеличению час­тоты, глубины и ритма дыхательных движений), а понижение - уг­нетает деятельность дыхательного центра, то есть приводит к уменьшению вентиляции легкого (уменьшению частоты, глубины и ритма дыхательных движений).

В физиологических условиях дыхательные движения грудной клетки совершаются за счет сокращения главных дыхательных, межреберных мышц, диафрагмы и мышц брюшной стенки. Дыха­ние состоит из фаз вдоха и выдоха, которые осуществляются в оп­ределенном постоянном ритме - 16-20 в минуту. Ритм дыхательных движений - это ды­хательные движения через определенные промежутки времени. Если эти промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет ­аритмичное. При ряде заболеваний дыхание может быть поверхно­стным или наоборот очень глубоким. Частота дыхания зависит и от положения тела: лежа - 14-16 в минуту, в вертикальном положении - 18-20. Изменяется частота дыхания в зависимости от режима фи­зической активности: 12-14 в минуту во время сна, учащение при физической нагрузке. По продолжительности соотношение вдоха и выдоха равно 1:3.

Типы дыхания:

1) Грудной тип - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. При этом груд­ная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а во время выдоха сужается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.

2***)*** Брюшной тип - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Движение мышц диафрагмы повышает внутрибрюшное давление и при вдохе брюшная стенка смещается вперед. При вы­дохе диафрагма расслабляется и поднимается, что смещает брюш­ную стенку назад. Этот тип дыхания еще называют диафрагмен­ным. Он встречается преимущественно у мужчин.

3) Смешанный тип - дыхательные движения совершаются од­новременно при помощи сокращения межреберных мышц и диа­фрагмы. Такой тип чаще всего встречается у спортсменов.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может появиться одышка, то есть, нарушение ритма, глубины или частоты дыхательных движений.

Одышка

В зависимости от затруднения той или иной фазы дыхания раз­личают три вида одышки:

1) Инспираторная - затруднен вдох.

Это бывает, например, при попадании в дыхательные пути инородного тела или любого меха­нического препятствия.

2) Экспираторная - затруднен выдох.

Такой тип одышки харак­терен для бронхиальной астмы, когда происходит спазм бронхов и бронхиол.

3) Смешанный - затруднен и вдох, и выдох. Такой тип одышки характерен для заболеваний сердца.

Удушье - резко выраженная одышка, заставляющая пациента зани­мать вынужденное сидячее положение.

Кроме описанных выше видов патологической одышки разли­чают физиологическую одышку, возникающую при значительной физической нагрузке.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может изменяться частота дыхательных движений. Если, такое дыхание называют тахипноэ - частота дыха­тельных движений больше 20, брадипноэ - частота дыха­тельных движений меньше 16-18.

Внутреннее дыхание.

Сердечно-сосудистая система обеспечивает доставку крови к органам и тканям путем поддержания определенного давления и скорости кровотока в сосудистом русле. Критериями обеспечения внутреннегo дыхания являются показатели пульса, артериального давления, а также цвет кожных покровов и слизистых.

Проблемы пациента связанные с нарушением функции нормального дыхания.

* Одышка
* Удушье
* Кашель
* Кровохарканье
* Боли в грудной клетке
* Легочное кровотечение
* Лихорадка

Причины проблем пациента:

* Незнание, неумение пользоваться карманным ингалятором;
* Незнание или неумение занять дренажное положение;
* Затруднение отхождения мокроты;
* Страх смерти от удушья;
* Необходимость отказа от курения;
* Закупорка дыхательных путей;
* Связанные с хроническим характером заболевания.

Патологическое дыхание: Чейна—Стокса, Биота, Куссмауля.

Дыхание Чейна—Стокса. Характеризуется волнообразным нарастанием и уменьшением амплитуды и частоты дыхательных движений и наличием пауз в дыхании между этими волнами. После паузы длительностью несколько секунд следуют редкие дыхательные движения, сначала поверхностные, затем углубляющиеся и учащающиеся; достигнув максимальной силы, дыхательные движения становятся менее глубокими и урежаются, а после паузы учащаются вновь.

Дыхание Чейн-Стокса отмечается обычно при понижении возбудимости дыхательного центра (при поражении центральной нервной системы, расстройствах кровообращения в стволе головного мозга, при отравлениях).

Дыхание Биота. Характеризуется значительным урежением дыхания, при этом в дыхании через определенные промежутки времени наступают паузы длительностью от нескольких секунд до полуминуты. Дыхание Биота чаще всего встречается при заболеваниях центральной нервной системы, сопровождающихся понижением возбудимости дыхательного центра вследствие первичного его поражения вирусной инфекцией (энцефаломиелиты). Дыхание Биота может развиться на фоне коматозного состояния, обусловленного менинго-энцефалитом.

Дыхание Куссмауля - патологическое дыхание, характеризующееся равномерными редкими дыхательными циклами, глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом.

* Кашель - это рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей. В жизни человека он встречается исключительно часто. По сути дела, это защитная реакция, направленная на удаление из дыхательных путей пыли, инородных частиц, бронхиального секрета.
* Кровохарканье - откашливание мокроты с кровью из гортани, бронхов или лёгких.
* Легочное кровотечение - истечение крови из легочных или бронхиальных сосудов, сопровождающееся выделением крови из дыхательных путей.

Возможные сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.

* Применять обильное, теплое, щелочное питье;
* Выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры;
* Обучить пациента технике выполнения ингаляций;
* Применять противокашлевые препараты;
* Проводить массаж грудной клетки;
* Соблюдать режим проветривания помещений;
* Обеспечить доступ свежего воздуха;
* Обучить пациента правилам пользования карманным ингалятором;
* Проверить и восстановить проходимость дыхательных путей;
* Очистить ротовую полость от пены и слизи.

**Особенности потребности в адекватном питании и питье в разных возрастных группах.**

Питание детей и подростков отличается ориентировкой на повышение у них основного обмена в 1,2 – 2 раза по сравнению с взрослыми. Суточная потребность в энергии составляет возрасте от 1 года до 2 лет 100 – 90 ккал/кг; от 2 до 5 лет – 90 – 80 ккал/кг; от 6 до 9 – 80 – 70 ккал/кг. Начиная с 10-летнего возраста, энерготраты мальчиков и девочек различаются (у мальчиков они выше), уменьшаясь с возрастом.

Дошкольники должны есть каждые 3 – 4 часа, то есть не менее 5 раз в день. В питании детей 3 – 7 лет должны быть молоко и молочные продукты (до 500 г), нежирные мясные и рыбные блюда, разнообразные сорта хлеба и хлебобулочных изделий, перловая и пшённая каши, овощи и фрукты.

В питании детей школьного возраста используется мясо с небольшим количеством жира и рыба (морская рыба, рыбное филе). Молоко и молочные продукты должны обеспечивать около 60 – 80 % суточной потребности в кальции. Овощи и фрукты целесообразно давать в сыром виде. Школьникам рекомендуется 4-х разовое питание

Питание пожилых людей. Правильно организованное питание является важным средством воздействия на процессы старения, поскольку в пожилом возрасте снижаются обменные процессы. В старости возникает энергетический дисбаланс, сопровождающийся ожирением, снижением двигательной активности и замедлением нейрогуморальной регуляции гомеостаза, а так же нарушением липидного обмена, в частности холестеринового. Тучность предрасполагает к атеросклерозу, сахарному диабету и другим заболеваниям. Людям пожилого возраста показано разумное ограничение энергетической ценности рациона, прежде всего за счёт углеводов – сахара и кондитерских изделий и жиров животного происхождения.

Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье.

* Отрыжка, изжога, дисфагия:
* Нарушение аппетита
* Тошнота
* Рвота
* Боли в животе, желудке, прямой кишке
* Метеоризм
* Избыточная или пониженная масса тела
* Слабость
* Головокружение

Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в адекватном питании и питье

* Обучить пациента и его родственников, предоставить им информацию о правилах питания, кормления;
* Организовать кормление;
* Оказать помощь во время приема пищи;
* Уложить пациента, положить холод на эпигастральную область;
* Уложить пациента на бок или на спину, повернув голову на бок, для предупреждения аспирации рвотных масс;
* Приготовить лекарственные средства для купирования боли;
* Организовать диетическое питание
* Обработать полость рта тяжелобольному после приема пищи
* Обеспечит индивидуальной посудой, стаканом, ложкой.

**Помощь пациенту с нарушением проблемы при физиологических отправлениях**

Мочеиспускание и дефекация требуют интимных условий и деликатного обращения с больным. Необходимо помнить, что лежачий больной зависит от постороннего человека. При возникновении желания помочиться или совершить дефекацию тяжелобольные люди не могут самостоятельно отправиться в туалет, а вынуждены прибегать к помощи медсестры. Не удержанные моча и кал, попавшие на нательное или постельное белье больного, не только способствуют образованию пролежней, но и вызывают резкое ухудшение психического состояния больного, приводя к депрессии.

Наблюдение за удовлетворением потребности выделять.

Отеки - накопление жидкости в тканях или полостях организма.

Отеки бывают скрытыми (не видимые при внешнем осмотре) и явными.

Явные отеки определяют по изменению рельефа определенных частей тела. Например, нога в области голеностопного сустава и стопы имеет определенный рельеф (изгибы, костные выступы). При наличие отеков эти выступы и изгибы исчезают (сглаживаются). Определить явные отеки можно так же путем надавливания на кожу и подкожно жировую клетчатку пальцем в месте, где они близко соприкасаются с костью, например, передняя поверхность голени в средней ее трети. При наличии отеков на этом месте образуется от­четливая ямка, которая длительное время не исчезает. Кожа в об­ласти отека становится сухой, гладкой, бледной, шелушащейся, мало чувствительной к теплу. На коже отпечатываются складки белья. Защитные свойства кожи при отеках понижаются. В связи с этим медсестра должна быть очень внимательна при уходе за пациента­ми.

Появлению явных отеков предшествует скрытый период за­держки жидкости (скрытые отеки), который проявляется уменьше­нием количества выделяемой мочи и нарастанием массы тела.

Скрытые отеки определяются следующим образом:

1) Проводят контрольное взвешивание пациента. Под кон­трольным взвешиванием понимают ежедневное взвешивание паци­ента на одних и тех же весах, в одно и то же время (утром натощак) в одной и той же одежде и при опорожненном мочевом пузыре и кишечнике. Если вес нарастает, это говорит о наличии скрытых отеков.

2) Измерение водного баланса пациента. Под водным балансом понимают соотношение количества выпитой за сутки и количества выделенной жидкости. В норме за сутки должно потребляться 1,5-2 литра воды, а выделяться 70-80% выпитого.

Определение водного баланса:

а) Определение количества выделенной жидкости - суточный диурез: определяется в течение суток. Например, в 6 часов утра па­циент мочится в унитаз, а затем в течение 24 часов, то есть до 6 ча­сов утра следующего дня, собирает мочу в трехлитровую банку. Затем измеряется количество выделенной мочи.

Отеки могут появиться не только в тканях, но и полостях. Скопление жидкости в определенной полости имеет свое название:

* в брюшной полости - асцит;
* в грудной полости - гидроторакс;
* обширные отеки всего тела - анасарка.

Наблюдение за физиологическими отправлениями.

В норме у человека стул ежедневно в одно и то же время.

Ха­рактер стула: стул оформленный (колбасовидной формы), от свет­лого до темно-коричневого цвета, без патологических примесей (слизь, кровь, гной).

Мочеиспускание несколько раз в день (в зависимости от выпи­той жидкости) безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, с нерезким запахом.

Возможные проблемы:

* расстройство мочеиспускания (учащение, затруднение, недержание, задержка0
* запор
* диарея
* метеоризм
* отеки
* недержание кала
* страх за свою жизнь.

В комнате, где больной вынужден совершать физиологические отправления, необходимо создать следующие условия:

* попросите всех выйти из комнаты;
* закройте дверь в комнату;
* занавесьте шторы, если комната расположена на первом этаже;
* приготовьте туалетную бумагу в достаточном количестве;
* приготовьте полотенце, мыло, тазик с водой для того, чтобы больной после процедуры смог помыть руки.

Во время проведения процедуры недопустимы шутки, улыбки, гримасы, замечания.

Запор - систематическая задержка стула более, чем на 48 часов, или затрудненное, или недостаточное опорожнение кишечника.

Необходима консультация врача и проведение обследования для исключения серьезных причин запора! Только после этого можно применять стандартные советы по борьбе с запорами.

Необходимо употреблять достаточное количество жидкости (не менее 1,5-2 л в сутки): воды и фруктовых соков.

В пище должны быть представлены в большом количестве овощи и фрукты.

Нежелательны в большом количестве шоколад, сдобное тесто, творог, яйца, орехи.

Желательно употребление продуктов, содержащих в большом количестве пищевую клетчатку: пищевые отруби (53-55% волокон), овощи (20-24%) и ржаной хлеб.

Нежелательны в большом количестве рафинированные (очищенные) продукты, не содержащие пищевой клетчатки - белая мука, сахар и др.

Желательно употреблять йогурты, однодневный кефир и простоквашу.

Если запоры вызваны малоподвижным или сидячим образом жизни, следует больше двигаться, заниматься спортом, делать гимнастику (упражнения, активизирующие мышцы передней брюшной стенки), приучаться к акту дефекации в определенное время дня. Рекомендуется периодически ставить очистительные клизмы из воды комнатной температуры с добавлением 1 стакана стандартного настоя ромашки, мыльных стружек из детского мыла (5-10 г) или 20 г глицерина. Хорошо помогает массаж передней стенки живота. Массаж должен выполняться плавными легкими круговыми движениями по ходу кишечника (по часовой стрелке).

Если запоры вызваны употреблением легкоусвояемой, рафинированной (очищенной) пищей с малым количеством клетчатки, больным назначают диету, которая содержит большое количество растительной клетчатки - свеклу, капусту, чернослив, черный хлеб.

Если запоры связаны со спазмами кишечника, назначают препараты, успокаивающие нервную систему (валериана, бромиды, беллоид и т. д.), а также препараты, содержащие атропин.

Если запоры связаны с частым подавлением нормального рефлекса на дефекацию вследствие спешки, занятости, застенчивости, нахождения в многолюдной больничной палате, следует выработать ежедневный рефлекс или давать послабляющие средства: ревень, кору крушины, жостер. В некоторых случаях помогает 25% раствор сульфата магния (по 1 столовой ложке натощак ежедневно).

Если запоры связаны с употреблением малого количества пищи (голодные запоры), то надо просто больше есть, включив в рацион свежие овощи и фрукты.

Если запоры связаны с ожиданием боли из-за трещин прямой кишки или геморроя, необходимо применение облегчающих прохождение каловых масс по прямой кишке свечей с глицерином или с облепиховым маслом, а также свечей, содержащих анестезирующие (обезболивающие) вещества.

Недержание кала или потеря контроля за дефекацией - нарушение функции прямой кишки и сфинктеров заднего прохода, проявляющееся непроизвольной дефекацией. Встречается при многих заболеваниях.

Меняйте памперсы сразу после загрязнения или установите регулярность смены памперсов в зависимости от потребности больного. При анатомических дефектах прямой кишки иногда показана хирургическая операция. В отдельных случаях, когда не помогают обычные меры, больному хирургическим путем закрывают анальное отверстие и накладывают колостому (сообщение между толстой кишкой и передней брюшной стенкой). После операции больной испражняется в пластиковый пакет, присоединенный к передней брюшной стенке.

При невозможности удержать дефекацию при возникновении позыва рекомендуются следующие мероприятия:

* организуйте быт больного таким образом, чтобы он мог сразу после возникновения позыва на дефекацию оказаться в туалетной комнате;
* помогайте больному быстро попасть в туалетную комнату;
* если больной - лежачий, необходимо сразу откликнуться на его потребность в дефекации;
* попытайтесь установить регулярный режим дефекаций с правильным формированием кала;
* проводите по согласованию с врачом коррекцию пищевого рациона: добавление небольшого количества растительных волокон, частое питье, диета с высоким содержанием белка;
* изучив особенности дефекации больного, предлагайте ему посетить туалетную комнату в то время, когда обычно происходит дефекация;
* давайте возможность больному чаще бывать в туалетной комнате, предоставьте ему достаточное количество времени и обеспечьте уединенность;
* стимулируйте больного заниматься тренировкой мышц анального сфинктера;
* старайтесь сразу после непроизвольной дефекации перестелить постель больного, не выражая словесно и другим образом своего неодобрения; не акцентируйте внимание больного на происшедшем;
* если Вы видите, что больной сильно смущен, кратко успокойте его и эмоционально поддержите;
* если больной носит памперсы, меняйте их сразу после загрязнения, предварительно подмыв подопечного;
* обеспечьте адекватный туалет кожи.

Метеоризм - патологическое газообразование в кишечнике, вызывающее резкое вздутие живота, боли и дискомфорт в животе.

Для профилактики метеоризма необходимо исключение из диеты больного газообразующих продуктов: большого количества черного хлеба, квашеной капусты, молока, кваса, виноградного сока.

При возникновении метеоризма необходимо организовать прием активированного угля в количестве нескольких таблеток в день, постановки клизмы с настоем ромашки и введение газоотводной трубки.

Понос - частый жидкий или водянистый стул.

До прекращения поноса следует ограничить физическую активность и больше отдыхать. Так как при поносе больному, особенно лежачему, трудно удержать позыв на дефекацию, приходите на помощь сразу, как только Вас позовут. Если больной лежачий, держите судно у кровати на расстоянии вытянутой руки больного, так чтобы он мог его легко достать рукой. После дефекации, во избежание распространения неприятного запаха, немедленно закройте судно с содержимым клеенкой и вынесите его из комнаты в туалет. Комнату чаще проветривайте, чтобы в ней не оставался специфический запах. Используйте комнатный дезодорант, но в умеренном количестве и только такой, какой не вызывает у больного неприятных ощущений. Каждый раз после стула подмывайте больного, так как жидкие каловые массы оказывают раздражающее действие на кожу. Подробнее см. раздел Составляющие ухода/процедуры общего ухода/подмывание. После подмывания кожу вокруг ануса подсушивают салфеткой или пеленкой и смазывают тонким слоем водоотталкивающего крема. При загрязнении постельного или нательного белья каловыми массами его необходимо сразу заменить на чистое.

Понос возникает очень часто и при многих заболеваниях вследствие усиления кишечной перистальтики и повышения секреторной функции кишечника. Наличие крови и слизи в испражнениях может указывать на инфекционное или хирургическое заболевание. В таких случаях необходимо вызвать врача, а испражнения сохранять до прихода врача и затем направить в лабораторию для исследования.

Диета

До прекращения поноса рекомендуется голод.

* При поносе происходит потеря жидкости, иногда весьма значительная. Поэтому необходимо давать больному много пить - часто и небольшими порциями. Лучшими напитками в данном случае будут вода и некрепкий чай.
* После прекращения поноса разрешаются печеные яблоки, отварной рис или картофель, овощные пюре, сухари, мясо птицы, варенье, мед, обезжиренное молоко, разведенное водой.
* Нельзя употреблять алкоголь, кофе, крепкий чай, жирные, жареные и острые блюда, сырые овощи и фрукты. Желательно воздержаться от курения.
* На третьи сутки после нормализации стула в рацион больного вводят нежирное мясо и рыбу, молоко с чаем, бутерброды с маслом и т.п.

Недержание мочи - непроизвольное мочеиспускание, потеря контроля над процессом мочеиспускания.

* Основные советы по уходу за больными с недержанием мочи:
* необходимо сохранять достаточный объем выпиваемой жидкости (1,5 - 2 л) и ни в коем случае не уменьшать количество жидкости, мотивируя это недержанием мочи, так как концентрированная моча оказывает сильное раздражающее действие на слизистые оболочки и кожу;
* при возникновении позыва на мочеиспускание необходимо помочь больному быстро добраться до туалета либо подать ему судно или утку;
* больным нужно чаще предлагать посетить туалет и предоставить для этого достаточное количество времени и обеспечить уединенность;
* выяснить обычный режим мочеиспусканий больного и предлагать свою помощь в нужное время, отводя его в туалет не реже, чем каждые 2 часа;
* необходимо проводить тренировку мышц сфинктера мочевого пузыря;
* при непроизвольном мочеиспускании нельзя выражать свое неодобрение, брезгливость или иные эмоции, смущающие и угнетающие пациента;
* мокрое белье необходимо сразу заменить на сухое;
* больного необходимо успокоить и ободрить;
* для ходячих больных с недержанием мочи можно использовать специальные мочеприемники (объемом от 500 мл для дневного использования и до 1500 мл - для ночного), которые фиксируются к бедрам и опорожняются по мере накопления в них мочи;
* для мужчин используют разные системы мочеприемников для отвода мочи, имеющие наконечники на половой член (в виде презерватива), систему трубок, отводящую мочу, и резервуар для мочи, который фиксируется либо на бедре или голени больного, либо у кровати лежачего больного;
* больные должны следить за накоплением мочи, чистотой мочеприемника, часто мыть и дезинфицировать его во избежание появления запаха мочи;
* для лежачих больных можно использовать современные впитывающие одноразовые материалы в виде трусов, анатомической формы вкладышей, впитывающих подушечек, эластичных фиксирующих штанишек и подстилок;
* у лежачих больных с недержанием мочи под простыней на матрасе должна лежать клеенка, предохраняющая его от загрязнения; если возможно, больного укладывают на специальный матрас, в средней части которого предусмотрено место для судна;
* под крестец лежачим больным подкладывают надувное резиновое судно, которое одновременно служит и подкладным кругом; половой член у мужчин можно поместить в мочеприемник - "утку", которая постоянно находится между ног;
* больных следует часто подмывать и проводить профилактику пролежней;
* после подмывания кожу в паховой области тщательно вытирают и смазывают вазелиновым или подсолнечным маслом, детским кремом и т. д.). Можно припудрить кожу тальком.
* белье меняют возможно чаще, чтобы от больного не исходил запах мочи;
* подкладное резиновое судно моют дезинфицирующим раствором, а стеклянные мочеприемники промывают раствором перманганата калия (1:5000) или осветленным раствором хлорной извести.

У больных с отеками наблюдается склонность к образованию пролежней, поэтому им надо чаще менять положение в постели (лучше всего придать больному полусидячее положение). На простыне не должно быть складок и крошек. Под ягодицы и крестец подкладывают надувной резиновый круг, покрытый пеленкой. Соприкасающиеся поверхности кожи (под молочными железами у женщин, в паховых складках) припудривают тальком или прокладывают между ними марлю. Кожу больного протирают водным раствором спирта, одеколоном или другими дезинфицирующими средствами.

Больного с отеками нужно ежедневно взвешивать и измерять его суточный водный баланс, т. е. соотношение между выпитой за сутки жидкостью и количеством выделенной мочи. Выпитая жидкость включает и жидкие блюда (суп, чай, фрукты и т.п.). Суточную мочу собирают в отдельную посуду. Утром измеряют количество мочи мерной колбой. Суточный учет этих данных и ежедневное взвешивание больных позволяют судить о динамике отеков - их уменьшении или увеличении.

Отечная жидкость скапливается обычно в наиболее низко расположенных частях тела. При вертикальном положении тела отеки появляются на ногах и увеличиваются к вечеру. У лежащих больных отеки, в первую очередь, появляются в области поясницы. Почечные отеки появляются на лице под глазами вследствие рыхлости подкожной клетчатки. Все больные с отеками должны находиться под наблюдением врача, который назначает диету с ограничением поваренной соли и жидкости.

Применение мочеприемника

Для опорожнения мочевого пузыря пациентам подают моче­приемники. Мочеприемники для мужчин и женщин различаются по устройству воронки. У мужского мочеприемника имеется направ­ленная кверху труба, у женского в конце трубы воронка с отогну­тыми краями, расположенная более горизонтально. Но женщины при мочеиспускании чаще пользуются судном.

Прежде, чем подать пациенту мочеприемник, следует ополос­нуть его теплой водой. Содержимое мочеприемника выливают, за­тем ополаскивают его теплой водой. Для удаления резкого аммиач­ного запаха мочи мочеприемники ополаскивают слабым раствором хлористоводородной кислоты или перманганата калия.

При недержании мочи применяют постоянные резиновые мо­чеприемники, которые крепятся с помощью тесемок к телу пациен­та. После применения мочеприемники необходимо дезинфициро­вать.

Пациентам, находящимся на постельном, строгом постельном и палатном режимах выделяют индивидуальные судна и мочеприемники.

Не все пациенты могут свободно помочиться или опорожнить кишечник в постели. Чтобы помочь пациенту, необходимо:

1. Попросить всех, кто может, выйти из палаты, оставив пациента одного на некоторое время.

2. Отгородить пациента ширмой.

3. Подавать пациентy только теплые судно и мочеприемник.

4. Придать пациентy, если нет противопоказаний, более удоб­ное для мочеиспускания и дефекации положение с помощью функ­циональной кровати или других приспособлений (сидячее или по­лу сидячее).

5. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с во­дой. Звук льющейся воды рефлекторно вызывает мочеиспускание.

**Лекция № 11**

**Сестринский уход при нарушении удовлетворения потребности в движении.** Наблюдение за удовлетворением потребности двигаться.

Положение в постели:

* активное - пациент самостоятельно двигается в пределах назначенного режима двигательной активности;
* пассивное- пациент не может самостоятельно двигаться;
* вынужденное - положение, которое пациент занимает для облегчения своего состояния (уменьшения боли, одышки, кашля).

В норме движения в суставах без ограничений, безболезненные.

При домашнем уходе за больным с неврологическими заболеваниями или пожилым человеком часто можно наблюдать расстройства координации движений, когда больной шатается при ходьбе, походка неуверенная, шаркающая, тело начинает качаться, появляется размашистость движений. Нарушение координации движений опасно для больного, так как это может привести к падению и травмированию.

Нарушение координации движений может наблюдаться у пожилых больных, а также у больных с неврологическими заболеваниями, например, после перенесенного инсульта. Часто нарушение координации может быть связано с изменениями в скелетно-мышечном аппарате (нарушение координированной работы мышц, слабость в мышцах бедра и голени и др.). Наблюдая за больным, можно заметить, что у него имеются расстройства стояния и ходьбы, все движения больного становятся несогласованными, разболтанными, размашистыми. Больной не может очертить рукой круг в воздухе (получается изломанная, зигзагообразная линия). Больной не может указательным пальцем точно попасть в кончик носа. Отсутствие стабильности при движении влияет на почерк больного: строчки становятся кривыми и набегают друг на друга, буквы - неровными, большими. В комплексе реабилитационных мероприятий при нарушении координации движений используется лечебная гимнастика, где основой упражнений являются сложные комбинации элементарных движений либо простые, но новые для больного движения. Упражнения тренируют равновесие в положении стоя и при ходьбе, они вырабатывают точность и меткость движений конечностей, улучшают работу мышц и суставов.

Проблемы пациента связанные с потребностью в движении.

* Ограничение подвижности вследствие заболевания
* Полная неподвижность
* Высокий риск падений
* Чувство физической утраты
* Риск развития пролежней
* Снижение мышечного тонуса

Сестринские вмешательства:

* Обучить пациента и его родственников, предоставить им информацию о возможности пациента двигаться.
* Определять степень ограничения подвижности
* Проводить первичную оценку реакций пациента при риске образования пролежней.
* Организовать уход при риске образования пролежней
* Оказать помощь при наличии пролежней, нарушении целостности кожных покровов
* Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при передвижении
* Обучить пациента комплексу ЛФК и приемам самомассажа конечностей.
* Побуждать пациента вставать с кровати и ходить каждый час с помощью помощника.

**Сестринский уход при нарушении удовлетворения потребностей во сне.**

Лицам старшего возраста требуется больше времени, чтобы заснуть и достичь стадии глубокого сна, который приносит отдохновение. Увеличивается период поверхностного сна, не дающего отдыха. При такой структуре сна могут быть жалобы типа: "всю ночь не сомкнул глаз". Если таких людей случайно разбудить, они могут потом долго не заснуть. Частота случайных пробуждений с возрастом увеличивается, а общая продолжительность сна не меняется. Это часто приводит к усталости и апатии.

Однако нельзя забывать, что сонливость, усталость и апатия могут быть связаны не только с нарушением сна, но и с психическими расстройствами (подробнее смотрите в разделе "Уход за больными с психическими заболеваниями"). Способствуют нарушению сна и другие факторы: стресс, заботы, депрессия, нарушение режима дня, длительный постельный режим, обезвоживание, факторы окружающей среды.

Соблюдая простые правила, можно добиться улучшения сна. Для этого надо:

* всегда ложиться спать в установленное время (не засыпать и не дремать в дневные часы);
* в кровати находиться только во время сна (если у пациента постельный режим, надо как можно больше находиться в сидячем положении, лучше в кресле, а не в кровати);
* после случайного пробуждения не оставлять постель более, чем на 20 мин;
* ограничить или полностью отказаться от возбуждающих напитков, особенно во второй половине дня (чай, кофе, алкоголь). Надо знать, какие продукты питания вызывают у пациента возбуждение;
* сократить прием жидкости на ночь;
* увеличить дневную активность (упражнения, прогулки, игры, занятия);
* организовать покой во время ночного сна, особенно утром и вечером (телефон, будильник, голоса и т. д.);
* исключить бесконтрольный прием снотворных;
* употреблять теплое питье на ночь в небольшом объеме;
* обеспечить удобный матрац (твердый и упругий);
* перед сном хорошо проветрить помещение, поддерживать температуру 20-21°С;
* принять теплую ванную или душ.
* Если больной находится на длительном постельном режиме
* Не давайте больному спать и дремать днем.
* Заставляйте делать его физические упражнения в постели.
* Постарайтесь в течение дня обеспечить больному смену положений: сидячее в постели, сидячее в кресле, прогулки в кресле.
* Активное бодрствование в течение дня: игры, чтение и т.п.
* Перестилайте перед сном постель, взбивайте матрац и подушки.
* В других случаях
* Ложитесь спать в установленное время.
* После случайного пробуждения не покидайте постель более, чем на 20 мин.
* Не употребляйте во второй половине дня чай и кофе, если они Вас возбуждают.
* На ночь теплое питье (в небольшом количестве!).
* Исключите мешающие сну звуки: свет из окна, тиканье часов, шум холодильника, звук капающей воды, храп других людей, спящих в этой же комнате, скрип открывающихся дверей, звуки, производимые входящими и выходящими из комнаты людьми.
* Затеняйте на ночь окна.

Если человека беспокоят эмоциональные переживания, связанные с жизненными проблемами, то необходимо оказать ему психотерапевтическую помощь: успокоить, вселить надежду на исправление положения, на то, что найдется выход из трудного положения, полезно проговорить с больным его страхи, опасения, беспокойства; участливо выслушать, сопереживать.

**Потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела.**

Температура тела - комплексный показатель теплового состояния организма человека, отражающий сложные отношения между теплопродукцией (выработкой тепла) различных органов и тканей и теплообменом между ними и внешней средой. Средняя температура человеческого тела обычно колеблется в диапазоне между 36,5 и 37,2 градусами по Цельсию.

Наблюдение за удовлетворением потребности поддерживать температуру тела.

Известны физиологические колебания температуры в течение дня: разница между утренней и вечерней температурой составляет в среднем 0,3-0,5 градусов.

У людей пожилого и старческого возраста температура тела несколько ниже, чем у молодых и людей среднего возраста. В ран­нем детском возрасте отмечается особая неустойчивость темпера­туры тела с большими колебаниями в течение дня.

В норме температура тела несколько повышается после приема пищи, выполнения физической нагрузки, выраженном эмоциональ­ном состоянии, У женщин в период беременности и менструальном периоде. У здоровых людей в норме температура тела колеблется в зависимости от физиологического состояния в пределах 0,5 граду­сов. В норме температура тела, измеряемая на коже (в естественных складках), ниже на 0,5-0,8 градусов температуры на слизистых (по­лости рта, прямая кишка, влагалище).

Температура тела в подмышечной области в норме 36-37 С. Исходя из вышесказанного температуру тела принято измерять два раза в день - утром после сна и натощак (7-9 часов) и вечером после дневного отдыха и перед ужином (17 -19 часов).

В отдельных случаях (по назначению врача), температуру тела измеряют через каждые 3 часа - что называется измерением профиля­ температуры. Если температуру требуется измерять чаще, то врач указывает необходимый интервал времени при определении профиля температуры.

Температуру тела обычно измеряют максимальным медицин­ским термометром. Он имеет корпус из тонкого стекла, один конец которого занимает резервуар с ртутью. От него отходит капилляр, запаянный на другом конце. Ртуть, нагреваясь и увеличиваясь в объеме, поднимается по капилляру, вдоль которого расположена шкала термометра. Шкала рассчитана на определение температуры телa с точностью до 0,1 градуса, для чего на ней имеются соответствующие деления. Медицинским термометром можно измерить температуру тела от 34 градусов до 42 градусов по Цельсию. Тер­мометр показывает максимальную высоту подъема столбика ртути и поэтому называется максимальным. Но самостоятельно ртуть не может опуститься в резервуар, так как этому препятствует резкое сужение капилляра в нижней его части.

Возвратить ртуть в резервуар можно только после встряхивания термометра до снижения столбика ртути ниже 35 градусов.

После проведения манипуляции термометр необходимо под­вергнуть дезинфекции: погружение полное или на 4/5 длины резер­вуаром вниз в 3% раствор хлорамина на 15 минут либо в 3% рас­твор перекиси водорода на 80 минут. Емкость, содержащая дезрас­твор должна быть из темного стекла, так как на свету раствор быст­ро теряет свои свойства.

***ВНИМАНИЕ!*** В связи с тем, что у пациентов наблюдаются кожные аллергические реакции на хлорамин, после дезинфек­ции термометр обязательно промыть под проточной водой. Термометры вытирают и хранят в сухом виде в стакане, на дно которого кладут вату.

***ВНИМАНИЕ***! Термометр сделан из тонкого хрупкого стек­ла. При работе с ним необходима осторожность. Перед проведе­нием манипуляции необходимо убедиться в целостности тер­мометра!

Правила техники безопасности с приборами, содержащими ртуть

Медицинский термометр в процессе работы может быть раз­бит. Сама ртуть, которая при этом быстро растекается на мелкие шарики, не приносит вреда. Опасны пары ртути!

***ВНИМАНИЕ***: пары ртути являются нейротоксическим ядом.

Необходимо сразу собрать и утилизировать ртуть. При этом необ­ходимо удалить пациентов из помещения. Собрать ртуть можно при помощи пылесоса или мякиша свежего хлеба, как бы промокая им ша­рики ртути. Собранную ртуть необходимо поместить в герметически закрытый стеклянный сосуд. После этого тщательно вымыть руки.

Проблемы пациента:

* Невозможность самостоятельно укрыться
* Невозможность самостоятельно обеспечить себя питьем, в связи с падением температуры
* Невозможность самостоятельно сменить постельное и нательное белье
* Риск обезвоживания
* Слабость
* Потливость
* Жажда
* Снижение аппетита
* Сонливость
* Снижение аппетита

Сестринские вмешательства:

* Организовать условия для согревания пациента
* Провести беседу о необходимости организации личной гигиены (обтирание кожи, прикладывание пузыря со льдом к голове, обертывание во влажную простынь).
* Обучить пациента принципам ухода.
* Организовать сбалансированное питание.
* Протирание и полоскание полости рта 20% раствором гидрокарбоната натрия.
* Губы смазывать вазелиновым маслом, гигиенической губной помадой.
* Следить за чистотой нательного и постельного белья.
* Измерение температуры тела и регистрация данных в температурном листе.

Потребность в труде и отдыхе.

**Наблюдение за удовлетворением потребности общаться.**

Состояние сознания:

* Сознание ясное - пациент правильно ориентируется в соб­ственной личности, времени, месте.
* Сознание расстроено - пациент не ориентируется, часто наблюдается речедвигательное возбуждение.
* Сознание выключено:
* оглушение - отмечается двигательная и речевая заторможен­ность, сохранена реакция на словесный и болевой раздражитель;
* сопор - нет реакции на словесные раздражители, сохранена реакция на болевой раздражитель;
* кома - нет реакции ни на словесный ни на болевой раздражитель.

Вся полученная информация о пациенте документируется в се­стринской истории болезни, куда записываются объективные и субъ­ективные данные конкретно по каждой потребности. В конце медсе­стра делает выводы: удовлетворение каких потребностей нарушено и какова адаптация пациента к условиям жизни с факторами риска. За­тем ежедневно, на протяжении всего ухода медсестра отображает динамику субъективного и объективного состояния пациента в тем­пературном листе и дневнике наблюдения за пациентом.

Проблемы пациента:

* Изменение состояния независимости
* Страх потери работы
* Изменение работы и отдыха.

Медицинской сестре необходимо помнить, что решение этих проблем находится за рамками компетентности сестринского персонала.

* Провести первичную оценку существующих проблем, определить степень зависимости от семьи или государства
* Стремится поддерживать комфортные условия при общении, заинтересовать пациента новыми условиями работы и видами отдыха.
* Успокоить, создать условия для снижения переживаний по поводу проблем, привлечь компетентных специалистов к решению данных проблем.
* Провести беседу о необходимости адаптации и поддержания независимости пациента.

**Соблюдение личной гигиены** Большое значение для успешного лечения имеет соблюдение больными личной гигиены, включающей своевременную смену постельного и нательного белья, уход за кожей, глазами, полостью рта, волосами.

Следует помнит, что чем тяжелее больной, тем сложнее ухаживать за ним, выполнять любые манипуляции.

Смена постельного и нательного белья производится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны (если позволяет тяжесть состояния больного). При определенных состояниях постельного белье меняется по мере необходимости.   
Если больному разрешено ходить, он сам может произвести смену постельного и нательного белья. Если тяжесть заболевания предписывает больному строгий постельный режим, смена балья проводится [медицинской сестрой](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=4vrJyNhkwHOQh65ncnkz0mGK6qOZtipDQKfmNE91IsFlc*tY5G9pSJoGw0JxLK5qOWSrFK7xCPZ7c3o-F5ZIKYYbiVTKTRHqPCI92BJsvuQr84zQg1fNFJTrEZ5SPBElCozLCG9GEPtkBv4ZYkjZv3MnSs-moL*cnKiV-t-ed94EiQ9g9PWvsEFIBb1bvMnvp1*4Es0SKxZUB6**r10HrnTapMN9183u4qZM9P60dWvU5JmmK43f0OS6MseyKmXrruQJ5TTlsWT6nblEipi**6zg79dT3raP-JWg60y7Y6S1JNLicV49CIMutQOGTXKb8CpZcBRs9eCUIS0819MnHfV6Qze4OA8JcRPzp7JgkUncjVknKiKp-QwdADhtV6QWY-w*mc8NJLO0NRpCnFAuYcCPCz0C0r6P9l2oQKU1QM96wgd4pd7n5rT8ubZ3YfBxvBDMizd1MaCd7FnIKlpfuvifC*u0prmBoO7jdxW2cnVt9fLeh9uR4g), которой помогает санитарка.

При смене нательного белья медицинская сестра должна подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и осторожно подтянуть его к голове. После этого надо поднять обе руки больного, скатанную у шеи рубашку провести через голову и освободить его руки. Надевают рубашку в обратном порядке. Если у больного повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а затем с больной; надевание производят в обратном порядке.

Умывание пациента

Пациентам, находящимся на постельном режиме, медсестра оказывает помощь при утреннем туалете.

Необходимо предоставить пациенту возможность самостоятельно выполнять посильные для него действия. Медсестра должна создать для этого условия, оказать пациенту посильную помощь.

Некоторые пациенты не могут умыться даже с чужой помо­щью. В этом случае медсестра сама умывает пациента.

Уход за волосами

Волосы следует ежедневно причесывать, а один раз в неделю обязательно проводить осмотр на педикулез и мыть голову.

Примечание: для мытья головы тяжелобольному пациенту в постели можно использовать специальные подголовники.

Удаление слизи и корочек из носовой полости

Ходячие пациенты во время утреннего туалета самостоятельно осуществляют уход за носовой полостью. Тяжелобольным пациен­там, которые не в состоянии самостоятельно следить за гигиеной носа, необходимо ежедневно освобождать носовые ходы от выде­лений и образующихся корочек, которые мешают свободному ды­ханию через нос.

**Примечание**: можно предварительно закапать в нос одно из пе­речисленных масел, а затем прочистить носовые ходы ватными ту­рундами. Слизь из носовой полости можно удалить сухими ватны­ми турундами.

Протирание глаз

Для удаления выделений из глаз, склеивании ресниц и век во время утреннего туалета необходимо промывать глаза.

**Оснащение**: стерильные перчатки, 2 лотка (один стерильный), стерильные ватные шарики, раствор антисептика (раствор фураци­лина 1:5000, 2% раствор соды, 0,5% раствор марганцовки), пинцет.

Очищение наружного слухового прохода

Пациенты на общем режиме во время ежедневного утреннего туалета самостоятельно моют уши. Пациентам с постельным режимом следует периодически про­водить туалет наружных слуховых проходов.

Уход за наружными половыми opгaнами и промежностью

Тяжелобольных пациентов следует подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания, а также несколько раз в день при недержании мочи и кала.

У пациентов с недержанием мочи и кала после подмывания кожу в паховой области смазывают жиром (вазелиновым или под­солнечным маслом, детским кремом и т.д.). Можно припудрить ко­жу тальком.

Уход за кожей и естественными складками

Кожа, чтобы нормально функционировать, должна быть чис­той. Загрязнение кожных покровов секретом сальных и потовых желез, пылью и микробами, которые оседают на коже, может при­вести к появлению гнойничковой сыпи, шелушению, опрелости, изъязвлениям, пролежням.

Опрелость - воспаление кожи в складках, возникающее при трении влажных поверхностей. Развиваются под молочными желе­зами, в меж ягодичной складке, подмышечных впадинах, между пальцами ног при повышенной потливости, в паховых складках. Их появлению способствуют избыточное выделение кожного сала, не­держание мочи, выделения из половых органов. Чаще возникают в жаркое время года, у тучных людей, у грудных детей при непра­вильном уходе. При опрелости кожа краснеет, ее роговой слой как бы размокает и отторгается, появляются мокнущие участки с не­ровными контурами, в глубине кожной складки могут образоваться трещины. Нередко опрелости осложняются гнойничковой инфекци­ей или гнойничковыми заболеваниями. Чтобы предупредить разви­тие опрелостей, необходимы регулярный гигиенический уход за кожей, лечение потливости.

При предрасположенности к опрелостям кожные складки по­сле мытья и тщательного просушивания рекомендуется протирать прокипяченным растительным маслом (или детским кремом) и припудривать тальком.

Пролежни - это дистрофические, язвенно-некротические из­менения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, раз­вивающиеся вследствие их длительного сдавления, нарушения ме­стного кровообращения и нервной трофики.

Образуются пролежни наиболее часто у ослабленных и исто­щенных тяжелобольных пациентов, вынужденных длительно нахо­диться в одном положении, при неправильном уходе за ними. Кожа значительно страдает от длительного пребывания пациента в посте­ли, особенно, когда он имеет большой вес тела. Дополнительные проблемы возникают у пожилых людей, так как их кожа тоньше и ранимее.

Все перечисленные выше факторы повышают риск возникно­вения пролежней. Риск образования пролежней велик в случае за­болеваний, при которых нарушается трофика тканей, снижается чувствительность, отсутствуют движения в парализованной части тела, нарушается обмен веществ (заболевания сердечно-сосудистой системы, нервной системы, нарушения деятельности желез внут­ренней секреции).

Обтирание кожи

Пациенты, находящиеся на общем режиме, если нет противо­показаний, принимают ванну или душ не реже 1 раза в 7-10 дней. Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно, не ме­нее 2 раз, обтирать.

Особенно тщательного ухода требуют естественные складки кожи и места возможного образования пролежней.

Мытье ног

Ноги тяжелобольному пациенту моют 1 раз в неделю.

Стрижка ногтей

Тяжелобольным пациентам необходимо регулярно, но не реже 1 раза в неделю подстригать ногти на руках и ногах. Ногти необхо­димо подстригать так, чтобы свободный край был округлым (на руках) или прямым (на ногах).

Слишком коротко ногти срезать не следует, так как кончики пальцев будут чрезмерно чувствительны к давлению.

Места случайных порезов необходимо обработать 3% раствором перекиси водорода или йодом.

При дефиците личной гигиены медсестре необходимо:

1. Объяснить необходимость мероприятий по личной гигиене в больничных условиях.

2. Оценить способность самоухода.

3. Помочь в проведении утреннего и вечернего туалета, бритья утром.

4. Проводить частичную санитарную обработку ежедневно.

5. Обеспечить возможность мытья рук перед приемом пищи и после туалета.

6. Помочь при подмывании (не реже 1 раза в день).

7. Обеспечить мытье волос и стоп 1 раз в неделю.

8. Обеспечить уход за ротовой полостью, полоскание рта после каждого приема пищи.

9. Обеспечить стрижку ногтей 1 раз в неделю.

10. Обеспечить уход за естественными складками кожи еже­дневно.

11. Обеспечить смену белья по мере загрязнения.

Научите пациента самого заботиться о себе, насколько это возможно.

Развивайте у пациента навыки самопомощи, поощряйте его самостоятельные действия.

Личный контакт с пациентом, внимательное наблюдение и выслушивание пациента помогут Вам наилучшим образом ор­ганизовать уход за каждым пациентом.

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Расскажите об особенностях потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах.
2. Назовите проблемы пациента связанные с нарушением функции нормального дыхания.
3. Перечислите виды патологического дыхания, охарактеризуйте.
4. Назовите возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.
5. Расскажите об особенностях потребности в адекватном питании и питье в разных возрастных группах.
6. Назовите возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье.
7. Назовите возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в адекватном питании и питье.
8. Расскажите об организации помощи пациенту с проблемой при осуществлении физиологических отправлений.
9. Перечислите мероприятия, проводимые при невозможности удержать дефекацию при возникновении позыва на дефекацию.
10. Дайте определение понятию «Метеоризм».
11. Перечислите мероприятия, проводимые при проблеме пациента «Недержание мочи».
12. Назовите, какие могут быт отеки. Расскажите, как определить наличие отеков.
13. Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в движении.
14. Назовите проблемы пациента связанные с потребностью в движении.
15. Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребностей во сне.
16. Охарактеризуйте потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела.
17. Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела.
18. Охарактеризуйте потребность пациента в труде и отдыхе.
19. Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности в труде и отдыхе.
20. Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности самостоятельно одеваться и раздеваться.
21. Расскажите об организации помощи пациенту при нарушении удовлетворения потребности самостоятельно осуществлять мероприятия по личной гигиене.

**Литература**

Основные источники:

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.
5. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.

Дополнительные источники:

1. Сестринский процесс: Учеб. пособие: Пер. с англ. ∕Под общ. ред. Проф. Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
2. Шпирина А.И., Коноплёва Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни ∕Уч. Пособие для преподавателей и студентов. М.; ВУНМЦ 2002.

**Лекция № 12**

**Тема 1.9. Сестринский процесс при боли.**

**План лекции:**

1. Классификация боли
2. Виды болей при раке и причины их возникновения.
3. Оценка боли.
4. Лекарственная терапия для устранения боли.
5. Психологические проблемы медицинского персонала.

Международная ассоциация по изучению боли дает следующее определение: боль представляет собой неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с имеющимися или возможными повреждениями тканей. Боль всегда субъективна. Каждый человек воспринимает ее через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни. Боль — тяжелое ощущение, это всегда неприятное и потому эмоциональное переживание. Восприятие боли зависит от настроения больного и значения боли для него. Степень ощущения боли является результатом различных болевых порогов. При низком болевом пороге человек ощущает даже сравнительно слабую боль, другие люди, имея высокий болевой порог, воспринимают только сильные болевые ощущения.

Болевой порог снижают дискомфорт, бессонница, усталость, тревога, страх, гнев, грусть, депрессия, скука, психологическая изоляция, социальная заброшенность Болевой порог повышают сон, облегчение других симптомов, сопереживание, понимание, творчество, релаксация, уменьшение тревоги, обезболивающие средства. Хронический болевой синдром сопутствует практически всем распространенным формам злокачественных новообразований и значительно отличается от острой боли многообразием проявлений, обусловленных постоянством и силой чувства боли. Острая боль имеет разную продолжительность, но длится не более 6 мес. Она прекращается после заживления и имеет предсказуемое окончание. Хроническая боль сохраняется более продолжительное время (более 6 мес). Проявления хронического болевого синдрома можно свести к таким признакам, как нарушение сна, отсутствие аппетита, отсутствие радости в жизни, замыкание в болезни, изменение личности, усталость. Проявлениями острого болевого синдрома являются активность пациента, потливость, одышка, тахикардия.

БОЛЬ - это психофизиологическая реакция организма, возникающая при сильном раздражении чувствительных нервных окончаний, заложенных в органах и тканях. Это самая старая в эволюционном отношении защитная реакция организма. Она сигнализирует о неблагополучии и вызывает ответную реакцию организма, направленную на устранение причины боли. Боль является одним из наиболее ранних симптомов некоторых заболеваний

Классификация боли

По локализации:

* соматическую поверхностную (в случае повреждения кожных покровов),
* соматическую глубокую (при повреждении костно-мышечной системы),
* висцеральную (при повреждении внутренних органов).

По месту повреждения структур нервной системы:

* Боли, возникающие при повреждении периферических нервов, называют нейропатическими болями, а при повреждении структур ЦНС - центральными болями

При не совпадении боли с местом повреждения выделяют:

* проецируемую боль (например, при сдавлении спинномозговых корешков, боль проецируется в иннервируемые ими области тела).
* отраженную боль (возникает вследствие повреждения внутренних органов и локализуется в отдаленных поверхностных участках тела. Иными словами, по отношению к кожной поверхности боль отражается на соответствующем дерматоме, например в виде зон Захарьина-Геда.)

По временным характеристикам:

* Острая боль - это новая, недавняя боль, неразрывно связанная с вызвавшим ее повреждением и, как правило, является симптомом какого-либо заболевания. Такая боль исчезает при устранении повреждения.
* Хроническая боль часто приобретает статус самостоятельной болезни, продолжается длительный период времени даже после устранения причины, вызвавшей острую боль. Наиболее приемлемым сроком для оценки боли как хронической, считается ее продолжительность более 3 месяцев.

Боль, с которой чаще всего сталкивается в своей практике поликлинический врач:

* головная боль (мигрень, пучковые или кластерные головные боли, хроническая пароксизмальная гемикрания и головные боли мышечного напряжения; вторичные или симптоматические - следствие перенесенной черепно-мозговой травмы, сосудистой патологии мозга, опухолей и т.д.).
* боль, связанная с воспалением элементов опорно-двигательного аппарата (суставные боли, дискогенные радикулиты, миофасциальные боли, миалгии)
* абдоминальные боли
* лицевые боли
* боль при травме (ушибы, вывихи)
* боль при повреждениях кожи (ссадины, ожоги)
* зубная боль и боль после стоматологических вмешательств
* боль при стенокардии
* менструальная боль
* боль у онкологических больных

Виды болей при раке и причины их возникновения.

Выделяют два типа болей.

1. Ноцицептивная боль вызвана раздражением нервных окончаний.

Выделяют два ее подтипа:

* соматическую — возникает при поражении костей и суставов, спазме скелетных мышц, повреждении сухожилий и связок, прорастании кожи, подкожной клетчатки;
* висцеральную — при повреждении тканей внутренних органов, перерастяжении полых органов и капсул паренхиматозных органов, повреждении серозных оболочек, гидротораксе, асците, запорах, кишечной непроходимости, сдавливании кровеносных и лимфатических сосудов.

2. Нейропатическая боль вызвана дисфункцией нервных окончаний. Она возникает при повреждении, перевозбуждении периферических нервных структур (нервных стволов и сплетений), поражении центральной нервной системы (головного и спинного мозга).

Оценка боли.

При оценке боли определяют:

* ее локализацию;
* интенсивность и продолжительность (слабая, умеренная или сильная, нестерпимая, длительная боль);
* характер (тупая, стреляющая, схваткообразная, ноющая, терзающая, утомительная);
* факторы, способствующие ее появлению и усилению (что уменьшает боль, что ее провоцирует);
* ее наличие в анамнезе (как пациент переносил подобную боль ранее).

Интенсивность боли оценивают по двум методам.

1. Субъективный метод — шкала вербальных оценок. Интенсивность боли оценивает пациент, исходя из ощущения:

* 0 баллов — боль отсутствует;
* I балл — слабая боль;
* 2 балла — умеренная (средняя) боль;
* 3 балла — сильная боль;
* 4 балла — нестерпимая боль.

2. Визуально-аналоговая шкала — линия, на левом конце которой отмечено отсутствие боли (0 %), на правом — нестерпимая боль (100 %). Больной отмечает на шкале интенсивность ощущаемых им симптомов до начала и на фоне проводимой терапии:

* 0 % — боль отсутствует;
* 0 — 30% — слабая боль (соответствует 1 баллу шкалы вербальных оценок);
* 30 — 60% — умеренная (2 балла шкалы вербальных оценок);
* 60 — 9 0% — сильная боль (3 балла шкалы вербальных оценок);
* 90—100% — нестерпимая боль (4 балла шкалы вербальных оценок).

Также используют специальные линейки со шкалой, по которой оценивается сила боли в баллах. Пациент отмечает на линейке точку, соответствующую его ощущению боли. Для оценки интенсивности боли может быть использована линейка с изображением лиц, выражающих разные эмоции. Применение подобных линеек дает более объективную информацию об уровне боли, чем фразы: «Я не мoгy больше терпеть боль, ужасно болит».

Лекарственная терапия для устранения боли.

Медицинская сестра играет большую роль в проведении лекарственной терапии для устранения боли. Очень важно, чтобы она понимала, как действует то или иное болеутоляющее средство. В этом случае медицинская сестра совместно с пациентом может проводить текущую оценку адекватности обезболивания. Для проведения итоговой оценки эффективности аналгезирующей терапии необходимы объективные критерии. Линейки и шкалы для определения интенсивности боли могут служить одним из критериев оценки боли. При раке применяют традиционную трехступенчатую лестницу фармакотерапии

Для устранения боли используют ненаркотические анальгетики (аспирин, парацетамол, анальгин, баралгин, диклофенак, ибупрофен), слабые опиаты (ненаркотические анальгетики) (кодеин, дионин, трамал), сильные опиаты (морфина гидрохлорид, омнопон).

Существует определенная опасность развития у больного зависимости от наркотика. Однако по данным ВОЗ в снятии боли наркотическими анальгетиками чаще всего нуждаются больные в терминальной стадии заболевания (предагония, агония, клиническая смерть), поэтому риск развития зависимости несопоставим по значимости с приносимым больному облегчением. Эксперты ВОЗ считают, что дозы морфина по мере развития толерантностиможно увеличивать у больных раком почти неограниченно. Для адекватного эффекта большинству больных требуется разовая доза морфина до 30 мг (I % раствора — 3 мл). Но бывают случаи, когда необходимы и, значительно, большие дозы.

Оптимальный путь введения морфина — через рот. Его можно назначать подкожно в виде разовых инъекций каждые 4ч или и виде непрерывных инфузий с помощью дозировочного шприца, при этом канюлю располагают центрально и вводят ниже ключицы на передней поверхности грудной клетки. В дозировочным шприц с морфином вводят лекарственные средства: 0,9 % раствор гидрохлорида натрия и церукал или другое противорвотное средство. Побочными действиями морфина могут быть тошнота, сонливость (первые 2 — 3 суток больной «загружается»), запоры, сухость во рту. Не всегда обоснованное опасение врачей — угнетение дыхания при применении морфина. Боль служит естественным стимулятором дыхания, поэтому до тех пор, пока остается боль, об угнетении дыхания не может быть и речи. Вспомогательные лекарственные средства используются с целью усиления действия анальгетических средств, облегчения мучительных симптомов опухолевого роста, устранения побочных эффектов анальгетиков.

1. Слабительные — препараты сены, касторовое масло, бисакодил, гутталакс, свечи с глицерином.

2. Противорвотные — церукал, дроперидол, галоперидол.

3. Психотропные — седативные (корвалол, валокордин, настойки валерианы и пустырника); снотворные (радедорм, барбитал); транквилизаторы (диазепам, феназепан, элениум); антидепрессанты (фамитриптилин, азафен).

Помимо лекарственной терапии, проводимой медсестрой по назначению врача, существуют независимые сестринские вмешательства, направленные на снятие или уменьшение боли:

1) отвлечение внимания;

2) изменения положения тела;

3) применение холода или тепла;

4) обучение пациента различным методикам расслабления;

5) музыкотерапия и искусство;

6) растирания или легкое поглаживание болезненного участка;

7) отвлекающая деятельность (трудотерапия).

Такое комплексное лечение хронического болевого синдрома используется в хосписах, где пациента обучают тому, как жить с болью, а не только как ≪излечить≫ ее. Люди, обреченные жить, испытывая хроническую боль, нуждаются именно в таком уходе.

Психологические проблемы медицинского персонала.Сестринский персонал, оказывающий помощь умирающим больным, находится в состоянии постоянного эмоционального и физического напряжения. Облегчая тягостные симптомы, уменьшая страдания и боль, находясь рядом с больным до последних минут его жизни и видя смерть, медицинские сестры испытывают следующие проблемы:

* профессиональная и человеческая ответственность не только перед больным, но и перед его окружением;
* ощущение собственной смертности;
* восприятие и переживание собственной беспомощности;
* стресс, постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать.

В результате медицинские сестры, как и весь медицинский персонал, нуждаются в психологической поддержке, чтобы сохранить эмоциональное и физическое здоровье.

Психоэмоциональное напряжение уменьшают:

* хорошая организация работы;
* создание атмосферы сотрудничества, поддержки и взаимопонимания между всеми членами коллектива;
* наличие для медицинского персонала кабинетов психологической разгрузки.

Если заболеет тот, кто ухаживает за другими, качество ухода снизится. Поэтому все лица, ухаживающие за больными, должны правильно питаться, иметь личное время, включая перерывы в работе по уходу, проводить какое-то время с другими людьми и иметь достаточное время для сна.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Дайте определение термину «Боль».
2. Назовите как классифицируют боль по:

* локализации,
* месту повреждения структур нервной системы,
* при не совпадении боли с местом повреждения,
* временным характеристикам.

1. Назовите виды боли, с которой чаще всего сталкивается в своей практике поликлинический врач.
2. Назовите виды болей при раке и причины их возникновения.
3. Расскажите об оценке боли.
4. Охарактеризуйте лекарственную терапию для устранения боли.
5. Расскажите, какие проблемы могут у медицинского персонала при работе с тяжелобольными пациентами.

**Литература**

Основные источники:

Учебники

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
2. Мухина С. А. , Тарновская И. И. «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» Москва Издательская группа «Гэотар-Медиа» 2008.
3. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов е/д.: Феникс, 2002. – (Медицина для вас).
4. Основы сестринского дела: введение в предмет, сестринский процесс. ∕Составитель С.Е. Хвощёва. – М.: ГОУ ВУНМЦ по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, 2001.
5. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.

Дополнительные источники:

1. Сестринский процесс: Учеб. пособие: Пер. с англ. ∕Под общ. ред. Проф. Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
2. Шпирина А.И., Коноплёва Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни ∕Уч. Пособие для преподавателей и студентов. М.; ВУНМЦ 2002.