**Тема: ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**Введение**

Первые прог­рессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубин веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Знание жизни», «Наука жизни»), в которой наряду с рассмотрением проблем добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообла­дания. Обязанности врача заключаются в постоянной заботе об улучшении здоровья людей. Ценой своей жизни медицинский работник должен отстаивать жизнь и здоровье больного.

Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппок­рата. Медицинская этика прогрессивных врачей древности была направлена против стяжателей, шарлатанов, вымогателей, стремящихся нажиться за счет больного человека. Клятва Гиппократа оказала большое вли­яние на развитие медицинской этики в целом. Впослед­ствии студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультетское обещание», в основу которого были положены нравственные запове­ди Гиппократа.

Характерной особенностью развития медицинской этики в эпоху капитализма является скрупулезная детализация норм поведения медицинских работников. Так, в Восточно-Галицинском деонтологическом кодексе, утвержденном в конце XIXв., предусматриваются такие пункты, в которых уточняется, как делить гонорар при приглашении к больному второго врача, сколько ждать опоздавшего на консилиум коллегу и др.

Многие выдающиеся отечественные медики оказали большое влияние на развитие медицинской этики в нашей стране. Так, М. Я. Мудров считал, что нужно воспитывать медицинских работников в духе гуманиз­ма, честности и бескорыстия. Он писал, что приобрете­ние врачебной профессии должно быть делом не слу­чая, а призвания. Вопросы медицинской этики получи­ли дальнейшее развитие в трудах Н.И. Пирогова, С. П. Боткина, И. П. Павлова и многих других ученых. Развитие революционно-демократических идей в Рос­сии в начале XX в. нашло отражение и в вопросах медицинской этики. Это касалось понимания врачебно­го долга. Врач—общественный деятель, по словам В. В. Вересаева, должен не только указывать, он до­лжен бороться и искать пути, как провести свои указания в жизнь.

Великий древнегреческий врач Гиппократ утвер­ждал: "Искусство медицины включает три вещи: врача, болезнь и больного". За 2500 лет, прошед­ших со времен Гиппократа, к 3 названным им сла­гаемым медицины добавилось 4-е — **медсестра**.

В настоящее время в России работает более 800 000 врачей 81 специальности (по номенклатуре Минздравмедпрома РФ). Остаются верными слова Гиппократа о том, что "многие себя называют врачами, но немногие ими являются в действитель­ности... Лучшие из врачей те, которые причиняют меньше зла . В наши дни мы можем убедиться в справедливости слов М. Я. Мудрова: "Во врачебном искусстве нет врачей, окончивших свою науку... Врач посредственный более вреден, чем полезен".

Очень важным этическим принципом, на кото­ром базируются отношения между медицинским ра­ботником и пациентом, является *непричинение вреда.*

Со времен Гиппократа в медицине утвердился принцип "прежде всего не навреди". Это обязатель­ный принцип, но он допускает некоторую долю риска. Применение силы для удерживания пациен­та, ставшего агрессивным и опасным для других, можно рассматривать и как умышленное причине­ние ему вреда, но оно морально оправдано. Подвер­гать пациента риску можно только в тех случаях, когда это объясняется достижением какой-то ясной цели, касающейся его здоровья, и когда нет другого выбора. Гормональная и лучевая терапия, хирур­гическая операция и радионуклидная диагностика могут рассматриваться как рискованные действия и быть вредными для здоровья пациента, но этот вред не наносится умышленно, а надежда на успех в борьбе со смертельно опасной болезнью оправдыва­ет риск.

В основе медицинской профессии лежит и *ува­жение к жизни,* включающее *принцип священности человеческой жизни и принцип качества (осмысленно­сти) жизни.* Для медицинского работника любая жизнь обладает одинаковой ценностью, она свя­щенна. Принцип качества жизни часто противопос­тавляется принципу ее священности, хотя это недо­пустимо. Страдающий неизлечимой болезнью паци­ент может решить, стоит ли ему продолжать лече­ние, только продлевающее его мучения. Однако ме­дицинский работник не может сам, без участия па­циента, решить эту проблему. Непричи­нение вреда, зла, ущерба здоровью пациента — пер­вейшая обязанность каждого медицинского работ­ника. Пренебрежение этой обязанностью в зависи­мости от степени ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения врача или медсе­стры к судебной ответственности.

Медицинская этика требует от специалиста не только непричинения зла, но и *свершения благодея­ний.*Благодеяние — моральный долг медицинских ра­ботников, основа деонтологии (учение о должном). Долг, должность и должное — слова одного корня, хотя каждый понимает их по-своему.

Благодеяние в медицине может иметь различные формы. Это не только умело проведенная операция, назначение эффективного лекарства, старательный уход за больным. Благодеянием могут быть и проду­манные рекомендации, касающиеся образа жизни пациента, вовремя сделанная прививка против ин­фекционной болезни, борьба за чистоту воздуха в районе, акции протеста против военных конфлик­тов (движения "Врачи мира против ядерной войны", "Врачи мира против насилия", "Врачи без границ" и др.).

Организационная структура сестринского про­цесса состоит из 5 этапов: 1) обследование (сбор информации о состоянии здоровья пациента); 2) се­стринский диагноз (определение и обозначение су­ществующих и потенциальных проблем пациента, требующих сестринского вмешательства); 3) состав­ление плана (определение программы действий); 4) действия, необходимые для осуществления плана; 5) оценка (исследование реакций пациента на вме­шательство сестры).

Характеризуя первый этап — обследование как текущий процесс сбора и оформления данных о со­стоянии пациента, необходимо указать на информа­цию, которую собирает сестра, и источники ее по­лучения. Это физиологические данные (их можно почерпнуть из истории болезни и при физическом обследовании), данные о развитии, психологиче­ские данные (индивидуальные особенности харак­тера, самооценка, способность принимать реше­ния); социологические данные (функции, взаимо­отношения, источники); культурные данные (этиче­ские и культурные ценности); духовные данные (ду­ховные ценности, религиозность и т. д.); данные об окружающей среде.

Данные обследования могут быть объективными и субъективными. Объективные данные включают наблюдения и данные, полученные сестрой, субъек­тивные — предположения пациента о состоянии своего здоровья. Субъективные данные включают чувства и эмоции, выраженные словами, мимикой, жестами (вербальным или невербальным способом).

Источниками данных могут быть сам пациент, члены его семьи, специалисты, знакомившиеся ра­нее с пациентом, амбулаторная карта, специальная литература.

В ходе обследования между сестрой и пациентом должен быть установлен психологический контакт. Пациент должен доверять медицинскому работни­ку, ощущать уверенность, что о нем позаботятся должным образом и на уровне, соответствующем достижениям современной медицины.

Вторая ступень сестринского процесса — сест­ринский диагноз. Греческое слово diagnosis — "рас­познавание, определение" для врача означает уста­новление причин страдания на основе выявленных симптомов. Сестринский диагноз — это также про­думанный вывод, основанный на анализе и интер­претации информации, полученной при обследова­нии, но он фокусируется на реакциях пациента, связанных со здоровьем, а не на распознавании бо­лезней. Какие это могут быть проблемы? Огра­ниченность самообслуживания, нарушения сна, от­дыха, питания, кровообращения, сексуальной жиз­ни; боль; дискомфорт; эмоциональная неустойчи­вость, связанная с болезнью, угрожающей здоровью и повседневной жизни; нарушение мыслительной деятельности; изменение представления о самом се­бе; проблемы, связанные с жизненными циклами (рождение, смерть, стадии развития); проблемы в сфере отношений и т. д. Таким образом, сестрин­ский диагноз выносит решение о состоянии здоро­вья пациента, сделанное профессиональными сест­рами и описывающее реакции пациента на сущест­вующие или потенциальные проблемы со здоровь­ем. Во время установления сестринского диагноза принимаются во внимание физические, психоло­гические и интеллектуальные данные.

Третий этап сестринского процесса — определе­ние предстоящих целей, плана действий, включает планирование помощи, направленной на удовлетво­рение выявленных потребностей, связанных с со­стоянием здоровья пациента. Его цель — предупре­дить, облегчить, уменьшить или свести до миниму­ма трудности, возникающие у пациента. Он сам должен участвовать в этом процессе, при котором сестра не только учитывает просьбы пациента, свои знания и возможности, но и возможности здраво­охранения, учреждения, в котором она работает. Необходимо также установить конкретные сроки достижения каждой цели. Ожидаемые результаты записываются, а затем оцениваются на соответст­вующем этапе сестринского процесса. Цели должны быть реальными и мотивировать пациента к их дос­тижению.

План должен включать кратковременные (на 1 нед) и долговременные цели. В нем указываются мероприятие (действие), критерии (число, время, расстояние), условия. Например, больной Н. дол­жен начать ходить после перенесенного острого ин­фаркта миокарда на 10 м к 15.03 с помощником. Начать ходить — действие, к 15..03 на 10 м — крите­рии, с помощником — условие.

Следующий этап — реализация плана. Он включает помощь при болезни, в профилактике и укреплении здоровья. Такая помощь может быть ежедневной (гигиенические процедуры, одевание), периодической и т. д. Это развивающийся процесс, и сестра должна систематически уточнять план реализации, вносить в него коррективы.

В современном медсестринском деле выделяют 3 основных типа реализации плана действий: зависи­мый, когда требуются указания врача, но должны использоваться знания и навыки сестры (прием больным лекарств, введение желудочного зонда, подготовка к диагностическому исследованию и т. д.); независимый, при котором действия сестры регулируются каким-либо правовым актом (закон о сестринской деятельности, положение о хосписе, инструкция и пр.); взаимозависимый, или партнер­ский, при котором деятельность медсестры осуще­ствляется совместно с другими специалистами.

Примером такого типа реализации может быть план процедур, выполняемых сестрой без врача.

Заключительный этап сестринского процесса — оценка достигнутых результатов. Она включает ре­акцию пациента на вмешательство, мнение пациен­та, достижение поставленных целей, качество ока­занной помощи в соответствии с определенными стандартами.

Значительную роль в системе взаимоотношений медицинского работника и пациента играют лично­стные данные врача, медсестры, пациента, особен­ности его заболевания.

**Характеристика деятельности медицинской сестры**

**1. *Сестра-рутинер.*** Этот тип оставлен нам в наследие от прошлого, представлен пока относительно самым большим числом сестер. Наиболее характерной чертой является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщатель­ностью, скрупулезностью, проявляя часто невиданную ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет. Такие сестры работают автоматически, подобно машинам, безлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Они делают все, упуская из виду одно — самого больного. Именно такие сестры допускают такие поистине абсурдные поступки, когда способны разбудить спящего боль­ного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

***2. Тип сестры, «играющей заученную роль».*** Этот тип заслуживает осо­бого внимания. Такие сестры работают, сознательно играя определенную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Если же такое поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность. Следуя идеалу человечности, такая сестра вдруг начинает играть роль благодетельницы, часто проявляя незауряд­ные «артистические» способности в исполнении этой роли. Ее поведение становится искусственным, показным. Все это может помешать формированию должного контакта между сестрой и больным. Именно от таких сестер нередко можно слышать: «...напрасно я ему внушала...», «ча­сами его воспитывала...» и пр.

**3. *Тип «нервной» сестры****.* Как об особом типе, о ней можно говорить, если нервозность эта проявляется в работе. Эмоционально лабильная личность сестры, склонной к невротическим реакциям, может явиться серьезной помехой в успешной работе с больными. Результатом этой напряженности могут быть грубость, раздражительность, вспыльчи­вость, вредно влияющие на больных. Не раз можно видеть хмурую, с обидой на лице сестру среди ни в чем не повинных больных. Тре­вожность у таких сестер может принять и форму ипохондрии. Часто в подобных случаях мы встречаемся с боязнью инфекции, рака. В других случаях невроз сестер может проявиться во время занятий с больными или в отказе от выполнения различных заданий: «подъем тяжестей», «больничная суета» тяжелы для нее. (Не раз можно слышать такие заявления, как «ноги-то у меня не казенные».) Часто такие сестры не выходят на работу по причине различных соматических жалоб — «желчной колики», «засорения желудка», «простуды», «безлихорадочного гриппа» и пр.

Более серьезную проблему означает психопатия. Значительная импуль­сивность, выраженная агрессивность уже требуют вмешательства и по­мощи психиатра, психотерапевтического перевоспитания или — в более серьезных случаях — даже отстранения от работы. Именно этому типу сестер чаще всего угрожает и опасность наркомании.

**4. *Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью****.* Довольно хорошо известен в медицинской практике. Больные уже издали по походке узнают таких сестер, отмечая их появление словами: «Идет гренадер!» Этот тип сестры знаком нам и по широко известной фигуре старшей сестры из популярных английских кинокомедий, рассказывающих о больничной жизни: там эту сестру отличает настойчивость, решительность, возму­щение по поводу малейшего беспорядка. В благоприятных случаях сестра с такой решительной личностью может стать прекрасным органи­затором, хорошим педагогом. О таких сестрах их воспитанницы нередко говорят: «Строга, но справедлива...». При недостатке же культуры, образованности, более низком уровне развития сестра слишком негибка, часто груба и даже агрессивна с больными.

**5.** Довольно часто встречаемся мы и с сестрами ***материнского типа****,*выполняющих свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Часто это милые толстушки, бесшумно «перекатывающиеся» по палатам. Они успевают повсюду, и несмотря на свою седину, часто в живости и подвижности не уступают двадцатилетним. Работа для них — неотъемлемое условие жизни. Забота о больных для них жизненное призвание. Сюда можно отнести милую «маму Лори» и ее коллег, отличающихся высоким искусством большой заботы о людях, человечности и любви. К ним как нельзя лучше подходит такое обращение, как «милая сестрица». Часто заботой о других, любовью к людями прони­зана и их личная жизнь.

**6.** Тип сестер, которых можно назвать ***типом специалистов****.* Сюда следует отнести тех сестер, которые благодаря какому-то особому свой­ству личности, особому интересу получают специальное назначение. Такие сестры обычно бывают прекрасными секретарями, часто посвя­щают свою жизнь выполнению сложных технических задач, например, работе в специальных лабораториях. Иногда это очень странные люди, чудаки, фанатики своей узкой деятельности, неспособные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся.

Необходимо остановиться и на ***этапах установления отношений*** между сестрой и больным в период пребывания его в лечебном учреждении.

Можно различать:

а) начальный,

б) развернутый

в) и конечный этапы.

На ***начальном этапе*** происходит ориентация, больной и сестра знакомятся друг с другом. И хотя больной захвачен своими проблемами, но в интересах приспособления к новой среде он вынужден вступать в контакт с окружающими его лицами, принимать во внимание местные обычаи, особенности. Сестра и врач в ходе работы получают представление о поведении больного. Возникает связь между ними и больным. Познают они и отношение больного к своей болезни. Важны не только свойства лич­ности больного. Очень полезно изучение и тех реакций, которые вызывает больной у врача, сестры. Прежние впечатления, предубеждения, личные воспоминания могут быть спроецированы на нового больного, могут послужить таким образом причиной заблуждений. Очень интересны воспоминания сестры и врача, связанные с той или иной больничной койкой (и, конечно, побывавшими на ней больными). «На этой же кровати ле­жал». .. — это чувство вызывает впечатление повторяемости. Следы воспоминаний о прежних больных проецируются на вновь поступившего больного, положенного на то же место в палате. В начальный период и больному могут мешать предрассудки, предубеждения, воспоминания, которые он проецирует на лечащий персонал, на врачей и сестер.

На ***развернутом этапе*** лечащий и лечащийся познакомились друг с другом. Дальнейшая работа уже завист от сформировавшегося контакта между ними. Изменяющаяся картина болезни, все происходящее с боль­ным могут вызвать появления страха, неуверенности, связанных с этим болезненных фантазий, иронию, горькую насмешливость, придирчивость; все это можно уменьшить или вообще устранить, проявляя внимание к больному, беседуя с ним, выслушивая его.

На ***конечном этапе*** трудности обычно возникают при выписке из боль­ницы. Больной обеспокоен, он боится покинуть стены, где был надежно защищен от опасности. Не раз приходится слышать: «Больной не хочет выписываться...» Больного в таких случаях мучают сомнения: «Что будет со мной дома?» «Как смогу я выдерживать диету?» «Что будет, если...?» и пр. Больной должен быть соответствующим образом под­готовлен к выписке. Неоднократные занятия, беседы обо всем том, что беспокоит его, что вызывает опасения и страхи в связи с выпиской, все это способствует устранению тех затруднений, которые часто связаны с выпиской больных из больницы.

Личность сестры, метод ее работы, стиль ее, умение обращаться с боль­ными, владение техникой психологической работы с больными — все это, как и в случае врача, — само по себе может служить лекарством, оказывать исцеляющее действие. Однако приходится считаться и с побочными действиями этого «лекарства», с его иногда вредными воздействиями, с проблемами соответствующей его «дозировки».

Сестре приходится выполнять и *руководящую, воспитательную, просветительную деятельность*. Прием больного в лечебной учреж­дение, его знакомство с распорядком жизни больницы, сообщение ему необходимых во время его пребывания здесь сведений, выполнение назна­чений врача, — все это выполняется через сестру, с ее помощью. Врач не имеет возможности по нескольку раз объяснять больному одно и то же. Его представителем, его послом среди больных является сестра, она-то и «переводит» больным все, что было ими неправильно понято, вообще не понято или не так воспринято, как это следовало бы. Очень важно умение сестры видеть, что и как понял больной, в чем состоит недоразу­мение, способность умело разъяснить ему недопонятое или плохо понятое.

Больной очень многое может узнать о неправильности своего образа жизни, сама болезнь требует от него по-новому вести себя, приспособиться к новым условиям. Сестра, способствуя осуществлению на практике этого нового, здорового образа жизни, физической и психической гигиены, помогает больному развиваться. Эта ее работа может быть эффективно только в том случае, если она хорошо знает своих больных. Ведь необ­ходимо знать, кому, что и как следует объяснять. Ее взгляды и мнения должны соответствовать тому общему духу, который господствует в от­делении. Ошибки ее, недостатки личности, столкновения с коллегами и больными очень мешают работе.

Все очерченные выше задачи могут быть выполнены сестрой в наше время лишь при постоянном совершенствовании ею своих знаний и на­выков. Кроме изучения той области, в которой она работает, сестре по­стоянно необходимо заниматься и повышением своего культурного уровня, совершенствованием своей личности.

**Заключение**

"Врач — служитель искусства и больной должен бороться с болезнью с самого ее начала на стороне врача", — считал Гиппократ. Очевидно, что и мед­сестра вправе ожидать, чтобы больной видел в ней своего союзника в борьбе за здоровье.

Материнская, родительская забота медицинского работника о своем пациенте дала основание назвать такую модель взаимоотношений между ними парентализмом (от англ. "родители"), или *патернализмом*(от лат. pater — отец). Патернализм может прояв­ляться сильно или слабо в зависимости от способ­ности пациента принимать самостоятельные реше­ния. Сильный патернализм отвергает даже те реше­ния, которые пациент принял добровольно на осно­ве достаточно полной информации о своем состоя­нии. Патернализм считается слабым, когда способ­ность пациента принимать самостоятельные реше­ния находится под влиянием эмоций, что делает их недобровольными, или когда пациент недостаточно информирован и его решения не могут быть адек­ватными сложившейся ситуации. Патернализм име­ет определенные возможности для того, чтобы за­щитить человека от его собственных неправильных решений, но в таком случае он противоречит прин­ципу уважения *автономии пациента.*Сильный патернализм, чрезмерная забота о па­циенте, навязывание ему своего мнения не всегда морально оправданы в отличие от патернализма в слабой форме.

Если заботу о здоровье пациента и ответствен­ность за него берет на себя не один специалист, а несколько, то мы имеем право говорить о коллеги­альной модели взаимоотношений. Она весьма рас­пространена в современном здравоохранении, но не всегда бывает самой лучшей с позиций медицин­ской этики. В условиях специализации, профилизации, бригадных методов лечения, когда с пациен­том работает несколько врачей, медсестер, имеющих разный уровень профессиональной и нравственно-этической подготовки, происходит де­формация взаимоотношений в системе медицин­ский работник — пациент.

Сестринский процесс — образ мышления и дей­ствий по отношению к основным объектам сест­ринского дела — людям, окружающей среде, здоро­вью. Это метод организации и оказания сестрин­ской помощи, который включает в себя пациента и сестру как взаимодействующих лиц. Их необходимо рассматривать как личности и относиться к ним с должным уважением. Цели сестринского процесса включают: 1) определение потребностей пациента в уходе; 2) определение приоритетов по уходу и ожи­даемых целей или результатов ухода; 3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетво­рение потребностей пациента; 4) оценку эффектив­ности сестринского ухода.