**Методические материалы по изучению модуля №1.**

**Теоретические аспекты реализации сестринского ухода в современных лечебно-профилактических учреждениях.**

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК ПРОФЕССИЯ

1.Определение сестринского дела.

2. Миссия медицинской сестры.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.

Существует множество определений сестринского дела, на формулировку которых повлияли различные факторы, включая особенности исторической эпохи, уровень социально-экономического развития общества, географическое положение страны, уровень развития системы здравоохранения, особенности обязанностей сестринского персонала, отношение медицинского персонала и общества к сестринскому делу, особенности национальной культуры, демографические ситуации, потребности населения в медицинской помощи, а также личное мировоззрение человека, дающего определение сестринской науке. На Конгрессе специалистов сестринского дела Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), прошедшем в 1944 г. в Ганновере, было дано следующее определение:

*сестринское дело - это искусство и наука; оно целиком охватывает тело, разум и духовную сферу пациента, поддерживает духовное, умственное и физическое здоровье посредством обучения и примера, акцентирует внимание на сохранении здоровья, а также на оказании помощи больным, включает в себя заботу о социальной и духовной сфере пациента так же, как и о физической, и осуществляет медицинское обслуживание семьи, общества и индивида*.

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

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

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

|  |
| --- |
|  |
| Ф. Найтингейл |

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 г. в аристократической английской семье и получила достаточно всестороннее образование, которое тогда получали только мужчины. Современники Ф.Найтингейл отмечали, что она была талантливой личностью и свои способности могла реализовать в самых различных сферах деятельности, но ее выбором стала медицина. Флоренс Найтингейл в 20 лет решила стать сестрой милосердия, но женщины ее круга не могли думать о профессии сестры и только в 33 года она осуществила свою мечту и стала ею. Работая в больнице, она понимала, что необходима школа для подготовки сестер. Сама Ф.Найтингейл получила образование в Германии в школе медсестер, основанной Ф.Флендером в 1836 году. Желанию Флоренс служить в госпитале категорически противилась вся семья. В то время в госпиталях работали опустившиеся женщины, которых не брали ни на какую другую работу. Госпиталь был тем местом, где больным становилось хуже, а не лучше. В 1851 г., несмотря на протест семьи, Флоренс 7 поехала в Германию в общину дьякониц, которая имела свою больницу и школу для обучения уходу за больными. Блестяще сдав экзамены, девушка вернулась домой, а в 1853 г. уехала в Париж, чтобы ознакомиться с монашескими больницами и пройти подготовку у сестер-монахинь. После возвращения домой мисс Найтингейл предложили взять на себя руководство учреждением по уходу за больными. Это привело семейство Найтингейл в ярость, и Флоренс была вынуждена покинуть семью и уехать в Англию.

В 33 года Флоренс заняла должность суперинтенданта в учреждении по уходу за больными женщинами из высшего лондонского общества, где в полной мере показала свои организаторские способности и профессиональные навыки по уходу. В октябре 1854 г. в период Крымской войны Флоренс вместе с 38 помощницами отправилась в полевые госпитали сначала в Скутари (Турция), а затем в Крым. Взору сестер милосердия предстала жуткая картина: госпиталь был переполнен, завшивленные раненые и больные лежали в коридорах на соломе среди нечистот, по полу бегали крысы, не хватало самого необходимого - лекарств, белья, продовольствия и топлива.

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

По возвращении в Англию в 1856 г. Ф.Найтингейл было поручено реорганизовать армейскую медицинскую службу. При поддержке военного министра Флоренс добилась того, чтобы больницы были оснащены системами вентиляции и канализации, больничный персонал в обязательном порядке проходил необходимую подготовку, в больницах велась строгая статистическая обработка всей информации. Была организована военно- медицинская школа, в армии велась разъяснительная работа о важности профилактики болезней. В своей книге «Записки о госпиталях» мисс Найтингейл показала связь санитарной науки с организацией госпитального дела. Она решительно выступила против «коридорной системы» содержания больных, отстаивая необходимость внедрения павильонной системы. Именно Ф.Найтингейл создала систему подготовки кадров среднего и младшего медицинского персонала в Великобритании. Школа, созданная Ф.Найтингейл, стала моделью подготовки управленческого и педагогического звена сестринского персонала. Она настаивала на том, чтобы в сестринских школах преподавали профессиональные медицинские сестры, а управление ими в больницах взяли на себя специально обученные дипломированные медицинские сестры. Ф.Найтингейл считала, что сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний.

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  http://pic4you.ru/allimage/y2011/03-02/9480/733122-thumb.jpeg | Памятник Флоренс Найтингейл в Лондоне |
| Медаль имени Ф. Найтингейл | Памятник Ф. Найтингейл, Лондон |

В 1912 г. Лига Международного Красного креста и Красного полумесяца учредила медаль имени Флоренс Найтингейл, до сих пор самую почетную и высшую награду для сестер милосердия во всем мире. Каждые 2 года Международный комитет Красного Креста присуждает в день ее рождения (12 мая) 50 медалей ее имени. Это высшая награда для медицинских сестер, активистов Красного Креста. В положении об этой медали говорится, что дается она «не для увенчания карьеры, а для того, чтобы отметить выдающиеся действия и признать исключительно моральные качества награждаемых».

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

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

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

По мере изменения роли медицинской сестры ведущие специалисты в этой области стремились закрепить статус сестринского дела как профессии. В 1945 г. группа экспертов разработала критерии ухода за больными. Эти критерии включали не только применение специальных знаний, приобретенных в учебных заведениях, но и автономность в выработке политики и контроля профессиональной деятельности. Американская ассоциация медицинских сестер занималась вопросами становления сестринского дела как профессии, разрабатывая и уточняя политику, стандарты и нормативы, регулирующие профессиональную деятельность. В «Кодексе медсестер» (1950, 1976 и 1985 гг.) представлены нормы профессиональной этики. В работе «Уход за больными» изложена социальная политика (1981 и 1995 гг.), определяются социальный контекст ухода за больными, характер и рамки этой деятельности, а также практическая специализация. В «Стандартах ухода за больными» (1973 и 1991 гг.) описаны функции, которые должна выполнять медицинская сестра.

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

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

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

Впервые сравнила сестринское дело в России и за рубежом Г.М.Перфильева в 1994-1995 годах. Она считает, что сестринское дело - важнейшая составная часть системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи. В настоящее время лидеры сестринского дела берут за аксиому положение о том, что оно отделилось от медицины как особая сфера профессиональной деятельности и базируется на собственной науке. О высокой профессиональной культуре этой группы свидетельствует многоуровневое сестринское образование, научные исследования в области сестринских наук, звание докторов наук у многих зарубежных медицинских сестер. Все выявленные показатели сестринского дела в развитых странах позволяют уверенно говорить о сформированной институциональной культуре сестринскою дела.

В чем же состоит отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача? Все знания и практические действия врача направлены на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Большинство видов врачебной деятельности, будь то лечение, преподавание или исследовательская работа, направлены на различные аспекты патологических состояний конкретных болезней. Сестринское дело ориентировано в большей мере на человека или группу людей (семья, коллектив, общество), чем на болезнь. Оно направлено на решение проблем и нужд людей, их семей и общества в целом, которые возникли или могут возникнуть в связи с изменениями в здоровье.

Таким образом, сестринское дело - это самостоятельная профессия, обладающая достаточным потенциалом, чтобы стать такой же важной, как и лечебное дело. Функции медицинской сестры значительно шире, чем простое выполнение указаний врача. На нее возложены основные обязанности по уходу за пациентами, профилактика заболеваний, сохранение здоровья, реабилитация и облегчение страданий. Сестра должна быть компетентным руководителем, обладающим задатками лидера, менеджера, педагога и психолога.

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

МИССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

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

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

ФУНКЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.

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

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

Осуществление сестринского ухода включает в себя:

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

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

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

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

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

*Основными целями сестринского дела являются:*

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

*Сестринское дело решает следующие задачи*:

1) развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;

2) консолидирование профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;

3) ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;

4) разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;

5) осуществление консультативной сестринской помощи;

6) обеспечение высокого уровня медицинской информации;

7) ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;

8) проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;

9) создание стандартов качества сестринской помощи.

Приоритетное развитие сестринского дела, несомненно, обеспечит качественно новый уровень медицинской помощи населению путем эффективного использования медицинских сестер, расширения их профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребности населения.

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

ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: Основные понятия и содержание философии сестринского дела. Сестринская деонтология. Принципы и этические элементы философии сестринского дела. Биоэтика, понятие. Основные биоэтические принципы и правила.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.

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

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

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

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА - это специалист с профессиональным образованием, разделяющая философию сестринского дела и имеющая право на сестринскую деятельность. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО - часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем, это наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды. Сестринское дело опирается не только на медицинские знания, но и на психологию, социологию, культурологию, историю, этику и эстетику. Искусство оказывает большое воздействие на духовный мир человека. Сила воздействия искусства на общее состояние и настроение человека и его благотворное влияние на здоровье были замечены еще в глубокой древности. В свое время Ф. Найтингейл говорила, что сестринское дело - одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах.

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

• физическую, включающую географическое положение, климат, качество воздуха, воды и т.п., в дополнение к природной окружающей среде необходимо учитывать и техногенную;

• социальную, оказывающую огромную роль на личность пациента (семья, школа, знакомые, рабочий коллектив и т.д.);

• культурную, которая включает поведение человека, его взаимоотношение с другими людьми (язык, традиции, обычаи, вера, манеры общения и т.п.).

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

ЗДОРОВЬЕ - динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

* уважение к жизни,
* уважение к достоинству,
* уважение к правам человека.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинской сестрой.

Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издание законодательных актов.

СУЩНОСТЬ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА состоит в том, что она является фундаментом профессиональной деятельности медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее общения с пациентом.

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

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

Согласно теории сестринской философии ЦЕЛИ, К КОТОРЫМ СТРЕМИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, ТО ЕСТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАЗЫВАЮТСЯ ЭТИЧЕСКИМИ ЦЕННОСТЯМИ (идеалам):

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

Философия сестринского дела определяет и личные качества медсестры, которыми должна обладать хорошая медсестра - добродетели, определяющие что является добром, а что злом в людях: ЗНАНИЕ, УМЕНИЕ, СОСТРАДАНИЕ.

Этические, принципы определяют Этический Кодекс медсестры в каждой из стран, в том числе, и в России и являются стандартами поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медсестры.

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ принят на III Всероссийской конференции по медсестринскому делу в июне 1996 г., рассмотрен Этическим комитетом России и одобрен Минздравом в апреле 1997 года, после чего вступил в действие.

Основным этическим принципом сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам пациента.

Этические обязанности медицинской сестры в процессе работы с пациентом - это определенный круг действий, безусловных для выполнения.

Например, следует уважать пациента и его право на самоопределение, т.е. выявление своей воли в отношении чего-либо, не причинять вреда, держать слово, сотрудничать с пациентом.

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

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ не только участвуют в лечении, но и вносят в него очень важную часть, долю труда, без которой не может обойтись ни хирург, ни терапевт.

В процессе таких взаимоотношений формируется коллектив (команда) - объединение людей, связанных постоянной совместной работой или деятельностью.

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

Медицинская сестра должна стремиться быть профессионально грамотным, компетентным, независимым специалистом, обладающим необходимыми для данной работы личностными характеристиками, а также достаточно крепким здоровьем. Чтобы осуществлять свои профессиональные обязанности, медицинскому персоналу очень важно поддерживать свое физическое и психическое здоровье, т.е. динамическую гармонию личности с окружающей средой, достигнутую посредством адаптации.

ЭТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ПРИНОСИТЬ ДОБРО ДРУГОМУ, ДЕЙСТВИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА БЛАГО ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА ИЛИ ОБЩНОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ БЛАГОДЕЯНИЕМ. Это не только доброжелательность, бескорыстие, щедрость, но и понимание другого человека, сострадание к нему, соучастие в его судьбе.

Философия, которая рассматривает человека как наивысшую ценность и поощряет его творческое и моральное развитие сознательным разумным путем, называется гуманизмом. Совокупность высоких моральных качеств, а также уважение этих качеств в самом себе формирует в человеке собственное достоинство. Осознание собственного достоинства наряду с совестью и честью является одним из способов понимания человеком ответственности перед собой как личностью. Совесть, в свою очередь, является внутренним контрольным механизмом, показывающим, в какой мере личность сохраняет верность своим нравственным убеждениям и в какой мере сами нравственные убеждения соответствуют принятым общественным образцам. Если представление о достоинстве личности исходит из принципа равенства всех людей в моральном отношении, то понятие «честь», наоборот, дифференцированно оценивает людей, что находит отражение в их репутации. Честь требует от человека поддерживать (оправдывать) ту репутацию, которой обладает он сам или коллектив, к которому он принадлежит. Репутация - это сложившееся у окружающих мнение о нравственном облике того или иного человека (коллектива), основанное на его предшествующем поведении и выражающееся в признании его заслуг, авторитета, в том, что от него ожидают в дальнейшем, какая мера ответственности на него возлагается и как оцениваются его поступки.

СЕСТРИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ.

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

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

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

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

Что же такое внешняя культура медицинского работника?

1. Внешний вид. Основное требование к одежде медика - чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, шапочка и наличие сменной обуви. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности медицинского работника, степень его заботы, внимания к пациенту. «Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных» (Гиппократ).

*Помните!*

Медицинская форма не нуждается в украшениях. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов, строгость в выполнении профессиональных обязанностей. Не будет доверия у пациента к медицинскому работнику, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит так, словно делает одолжение. Медицинский работник должен держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно.

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

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

1. Гуманность и милосердие, любовь и забота.

2. Сострадание.

3. Доброжелательность.

4. Бескорыстие.

5. Трудолюбие.

6. Учтивость.

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

1*. Принцип философии информированного согласия.*

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

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

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

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

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

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.

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

МЕДИЦИНА - наука о болезнях человека и их лечении.

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

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

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

Понятие «МОРАЛЬ» - это совокупность принципов и норм поведения людей в обществе. Каждый поступок человека является результатом взаимодействия его права («природы», «свободы») и моральных норм («долга», «обязанностей» и т. д.). Человек морален, если соответствует нормам общества. Тогда нравственное поведение становится органичным. Для него не нужен надсмотрщик, который проверяет и понукает. Это «внутренний голос» человека, который помогает упорядочить поступки, страсти, силы и помогает жить нравственно. Нравственной, моральной основой поведения медицинских сестер, ее эталоном (стандартом) поведения является Этический Кодекс медицинской сестры России.

НРАВСТВЕННЫЙ ДОЛГ - это категория морали, которую не следует отождествлять с наукой о должном - деонтологией, имеющей более узкое содержание.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДОЛГ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА - это комплекс исторически сложившихся норм и требований, регулирующих отношения врача и больного, врачей между собой, врача и. общества.

Профессиональный долг, с одной стороны, служит проявлением главного принципа врачебной морали - гуманизма (человечности, человеколюбия), а с другой - гуманизм и врачебный долг часто могут выступать как противоположности. Врач никому не должен отказывать в медицинской помощи. Это моральное требование отражено в клятве Гиппократа, Женевской декларации и в других документах, хотя врачи нарушают эти каноны (примером этому служит частная медицина - когда врач устраняется от медицинской помощи больному, если не получает за нее гонорара).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТАЙНА.

Понятие профессиональной тайны - относится и к медсестре. О ней упоминается во всех клятвах и обещаниях медиков мира, начиная с Гип­пократа. Сведения о результатах обследования пациента, о диагнозе и про­гнозе заболевания сообщаются самому пациенту или его родственникам только самим врачом (это его компетенция), или с его разрешения мед­сестрой. Особенно осторожно нужно подходить к просьбам о сообщении информации по телефону. Лучше всего попросить приехать в больницу и поговорить с врачом лично. Но это не значит, что пациент совершенно не имеет права на информацию о своем состоянии от медсестры. Медсестра должна обучить пациента новому способу удовлетворения потребностей в связи с изменением образа жизни (разъяснить как следует соблюдать предписанный врачом режим, как питаться в зависимости от назначенной диеты и так далее). Медсестра должна объяснить цель назначенных мани­пуляций, подготовить к ним пациента, в случае отказа от них предупре­дить о негативных последствиях этого шага. Кроме того, медсестра долж­на ориентировать пациента на выздоровление, для этого хорошо исполь­зовать жизненные ценности пациента. Медсестра самостоятельна в уходе за пациентом и должна обучить самого пациента, его родственников некоторым манипуляциям и элементам ухода. Таким образом, круг деятель­ности медсестры очень широк.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ С ВОЗРАСТОМ.

Очень важно учитывать при общении возраст больных. Если это де­ти, они тяжело переносят разлуку с матерью, отрыв от привычной обста­новки, не осознают боль, не умеют сформулировать жалобы, лечебные и диагностические процедуры их пугают. Проявляются очень четко дефекты характера и воспитания: т.е. если ребенок капризный, то кричит и каприз­ничает еще больше, если тихий - замыкается в себе, боязливый - постоян­но всего боится и т.д. В этих условиях матери должно разрешаться посе­щение. После ее ухода нужно отвлечь ребенка, почитать ему, поиграть с ним, заняться рисованием, лепкой и т.д. Боится манипуляций - отвлечь внимание. Самое главное - доверие ребенка к медсестре!

У подростка - идет самоутверждение личности, отсюда бравада, рез­кость, притязания на взрослость, пренебрежительное отношение к болез­ни. Здесь также нужно очень большое терпение, выдержку, уважение, умение найти подход, возможно подчеркнуть отношение, как ко взросло­му.

Пациенты работоспособного возраста. Тут все зависит от личностных качеств пациента, от того, как он воспринимает болезнь, как относится к персоналу. Тут особенно важны доверие и контакт.

Пациенты пожилого и старческого возраста.

Для них характерно чув­ство одиночества, «жизнь уже прошла», это доминанта их возраста. На­растает беспомощность, снижается слух, зрение, двигаться все трудней, снижается память, усиливается обидчивость, ранимость. Ухудшается воз­можность самообслуживания, ослабление мотивации к лечению и выздо­ровлению. В этих случаях очень важны теплота и забота. Медсестра долж­на согреть пожилого человека, побеседовать с родственниками, с самим пациентом, найти то, что его еще интересует в жизни (жизненные цен­ности) и на этом строить мотивацию на выздоровление.

Профессия медсестры - тяжелая профессия. Часто можно услышать от медсестры «я очень устала». Действительно:

1) работа трудная физически;

2) тяжелые эмоциональные и психические нагрузки.

Вследствие тяжести и физической и моральной у медсестры может быть профессиональная деформация личности, основные ее проявления:

* холодность и равнодушие;
* грубость и раздражительность;
* подавленность от «бессилия».

Для предотвращения профессиональной деформации необходимо со­блюдать этические нормы как фактор саморегуляции медсестры:

* сохранение душевного равновесия больного;
* активизация его позиции на здоровье;
* профилактика профессиональной деформации.

На протяжении 25 веков в европейской культуре формировались, сменяли друг друга различные морально-этические принципы, правила, рекомендации. РАЗНОВИДНОСТЬЮ ЭТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА. Она выполняет социальную функцию защиты личности медицинского работника, его права поступать не только по закону, но и по совести, выполняя свой профессиональный долг. Сегодня «биомедицинская этика» существует в четырех формах или моделях.

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

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

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

БИОЭТИКА – СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА ТРАДИЦИОННОЙ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ КОТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНЦИП УВАЖЕНИЯ ПРАВ И ДОСТОИНСТВА ЧЕЛОВЕКА.

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

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

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

ОСНОВЫ ОБЩЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: Понятие общения. Типы и уровни общения. Функции общения. Элементы эффективного общения. Психологические типы собеседников. Средства общения. Коммуникативные барьеры. Правила эффективного общения с пациентом.

ОБЩЕНИЕ- это многогранный и многоуровневый процесс взаимодействия между людьми, в котором происходит обмен информацией, опытом, результатами деятельности, формирование эмоционально - психологических отношений, осуществляется взаимное влияние друг на друга, а также взаимное сопереживание и понимание.

Общение свойственно всем высшим живым существам, но на уровне человека оно приобретает самые совершенные формы, становится осознанным и опосредованным речью. Исходя из этого, для человека «Общение – это все способы поведения, которые человек использует сознательно или бессознательно для воздействия на другого с помощью устной и письменной речи, жестов, мимики и символов

Информация, которая идет от отправителя к получателю доходит лишь в 20% объеме.

Есть определенные законы, которые приводят к потере информации (интеллект человека, его активный словарь, объем памяти и наличие коммуникативных барьеров). Для того, чтобы человек захотел понять и запомнить информацию, он должен испытывать интерес к ней и потребность ее воспринять. Должна быть определенная концентрация внимания. Также должна быть соответствующая организация времени и места общения.

ЭЛЕМЕНТЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ

Для того, чтобы общение было эффективным (т.е. сообщение было понято и принято) необходимо учитывать все составляющие элементы эффективного общения, их всего 5.

* подтверждение;
* ОТПРАВИТЕЛЬ;
* *КАНАЛ;*
* ПОЛУЧАТЕЛЬ;
* сообщение.
* отправитель – кто передает информацию;
* сообщение – посылаемая информация;
* канал – форма отправки сообщения (устная, письменная речь, неречевой метод: мимика, жесты, поза);
* получатель – кому посылается сообщение;
* подтверждение – способ, с помощью которого уведомляют отправителя, что сообщение получено.

Значение моделей сестринского дела для развития сестринской специальности очень велико, оно помогает по-новому взглянуть на функции медицинского работника. Если раньше она только ухаживала за тяжелобольными пациентами, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видит главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями.

Абрахам Маслоу один из ведущих ученых ХХ века. Его иерархия потребностей уже десятки лет считается ведущей квалификацией. Основная работа А.Маслоу «Мотивация и личность» раскрывает зависимость и порядок потребностей.

Данная классификация является ведущей на сегодняшним день, но и она не идеальна, и не смогла охватить всего спектра потребностей человека.

Нормальная жизнедеятельность человека обеспечивается совокупностью биологических, психосоциальных и духовных потребностей. Удовлетворение этих потребностей определяет рост, развитие, гармонию человека с окружающей средой. Жизнь, здоровье человека зависят от удовлетворения потребностей в пище, воздухе, питье, сне и т.д. Заболевания мешают в удовлетворении потребностей, приводят к дискомфорту.

В 1943 г. Абрахам Маслоу, один из ведущих ученых ХХ века, разработал теорию иерархии потребностей, определяющих поведение человека. Его иерархия потребностей уже десятки лет считается ведущей квалификацией. Основная работа А.Маслоу «Мотивация и личность» раскрывает зависимость и порядок потребностей.

Широко известна так называемая «Пирамида Маслоу» — диаграмма, иерархически представляющая человеческие потребности. Однако ни в одной из его публикаций такой схемы нет, напротив, он считал, что иерархия потребностей не является фиксированной и в наибольшей степени зависит от индивидуальных особенностей каждого человека». Актуальность заключается в том, что хоть данная классификация является ведущей на сегодняшний день, но и она не идеальна и не смогла охватить всего спектра потребностей человека.

Развитие медицины, изменение взглядов на место и роль [медицинской сестры](http://www.yamedsestra.ru/) в системе здравоохранения, формирование сестринского дела как самостоятельной профессии послужили причиной создания *моделей сестринского дела,* применение которых позволило развивать не только теорию, но и практику сестринского дела.

*Модель сестринского дела* должна, прежде всего, учитывать конкретные условия страны, для которой она разрабатывается:

• принципы, задачи и состояние системы здравоохранения;

• демографические показатели;

• социально-экономическое состояние общества;

• доминирующие морально-этические принципы, культуру.

*Модель сестринского дела* должна быть ориентирована:

• на человека, а не на болезнь;

• сохранение здоровья человека, улучшение качества жизни и независимость от болезни;

• нарушенные потребности и возникающие проблемы;

• определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь;

• решение проблем, связанных со здоровьем человека, семьи, групп людей и общества.

Компонентами модели сестринского дела являются:

1) пациент как объект деятельности сестринского персонала;

2) источник проблем пациента;

3) цели и задачи ухода (сестринской помощи);

4) роль медицинской сестры;

5) направленность сестринской помощи;

6) способы оказания сестринской помощи;

7) оценка качества и результатов ухода.

*Модель* – это образец, по которому и концепций, направленный на достижение результата.что-то должно быть сделано.

*Модель сестринского дела – это образец осуществления ухода за пациентом на основе различных понятий*

Потребность в современных моделях сестринского дела возникла в связи с возросшим профессионализмом медицинских сестер и желанием определить свой коллегиальный статус среди других работников служб здравоохранения.

Значение моделей сестринского дела для развития сестринской специальности очень велика, 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.

Роль сестры должна рассматриваться обществом столь же необходимой, как и роль врача. Исторически сложилось так, что четкого описания моделей сестринского дела даже в зарубежной литературе не было. И сегодня нет единого подхода к определению природы и структуры сестринского дела. В настоящее время в мировой практике насчитывают более 30 концептуальных моделей сестринского дела. Все они отражают различные, иногда противоположные идеологии и лежащие в их основе взгляды, некоторые весьма сложны, разработаны для конкретных профессиональных ситуаций и конкретных групп пациентов.

*Содержание каждой модели зависит от*:

* уровня экономического развития той или иной страны, ее политики;
* общепризнанных ценностей;
* системы здравоохранения;
* религии;
* философии;
* убеждений конкретного человека или группы людей разрабатывающих ту или иную• модель.

*В основе каждой модели лежат основополагающие понятия*:

* пациента как одного из объектов деятельности сестринского персонала;
* источника проблем пациента;
* направленности сестринских вмешательств;
* целей ухода;
* роли сестры;
* оценке качества и результатов ухода.

На развитие действующих сестринских моделей оказали влияние исследования в области физиологии, социологии, психологии.

*Ядро каждой модели* – различия в понимании потребностей пациента, особенности понимания этапов сестринского процесса и роль сестры в его осуществлении.

*Врачебная (медицинская) модель сестринского дела*

Врачебная модель хорошо знакома большинству сестер, так как именно на нее была ориентирована подготовка медицинского персонала в нашей стране. Исследователи в области сестринского дела обратили внимание, что представления о хорошей врачебной практике в разные эпохи были неодинаковые. До 18 века врачебная практика носила в основном целостный характер: при постановке диагноза и при назначении лечения принимали связь между пациентом и окружающей средой. При современном врачебном (лечебном) вмешательстве внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биологических причин и проявлениях заболевания. Такой подход часто преуменьшает или даже полностью исключает политические, социальные и экономические факторы при установлении причины заболевания.

Таблица.

***Основные положения врачебной (медицинской) модели сестринского дела***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения врачебной (медицинской) модели* | *Описание основных положений врачебной (медицинской) модели* |
| Пациент (человек) | Представляет собой набор анатомических органов и систем, «пассивный носитель болезни». |
| Источник проблем пациента | Нарушение функции того или иного органа или системы, а не организма в целом. |
| Направленность сестринского вмешательства | Сестра знакомится с симптомами, описанными врачом в истории болезни пациента, оценивает его состояние, нарушения определенных органов и систем и констатирует факты наличия «одышки», «сердцебиения», «поноса», «кашля» и т.д.  |
| Цель ухода | Быстрое и эффективное устранение нарушения деятельности органа или системы. |
| Способы сестринских вмешательств | Выбор способа зависит от врача, сестринские вмешательства одинаковы для пациентов, имеющих одинаковые заболевания (симптомы). |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | Как правило, не проводится. |
| Роль сестры | Медицинская сестра – «помощник врача» («при враче»). |

МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ВИРДЖИНИИ ХЕНДЕРСОН

Модель сестринского дела Вирджинии Хендерсон предложена в 1960 году в США, а затем дополнена 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.

*Вирджиния Хендерсон предлагает 14 потребностей для повседневной жизни*:

* нормально дышать;
* употреблять достаточное количество пищи и жидкости;
* выделять из организма продукты жизнедеятельности;
* двигаться и поддерживать нужное положение;
* спать и отдыхать;
* самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду;
* поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду;
* соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде;
* обеспечивать свою безопасность и не создавать опасности для других людей;
* поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции и мнение;
* отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой;
* заниматься любимой работой;
* отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх;
* удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Здоровый человек не испытывает трудностей при удовлетворении этих потребностей, в то же время, человек в состоянии болезни, или определенный возрастной период, или в период умирания не в состоянии удовлетворить эти потребности самостоятельно.

В модели Вирджинии Хендерсон - сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека.

Таблица.

***Основные положения модели сестринского дела В. Хендерсон***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения модели**Вирджинии Хендерсон* | *Описание основных положений модели Вирджинии Хендерсон* |
| Пациент (человек) | Пациент – это человек, имеющий 14 фундаментальных потребностей, которые необходимо удовлетворять. |
| Источник проблем пациента | Проблемы, возникают в том случае, когда человек в состоянии болезни, младенческом и/или старческом возрасте, в период умирания не в состоянии осуществить уход за собой. |
| Направленность сестринских вмешательств | Сестра должна постараться встать на место пациента и понять оценку его состояния и определения необходимости вмешательства. |
| Цель ухода | Обеспечение независимости пациента в удовлетворении основных потребностей. *Краткосрочные* *и промежуточные цели* при острых состояниях (шок, лихорадка, инфекции или обезвоживание). *Долгосрочные цели* в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им повседневных потребностей. |
| Способы сестринских вмешательств | В данной модели сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначенными врачом, с независимыми сестринскими вмешательствами и участием членов семьи пациента. |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | Оценить результат и качество ухода можно только тогда, когда удовлетворены все повседневные потребности, в отношении которых были предприняты сестринские вмешательства. |
| Роль сестры | *Сестра – помощник врача, выполняющий его назначения*. *Сестра самостоятельный и независимый специалист* в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, которые не может выполнить сам пациент. |

МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА Н.РОУПЕР, В.ЛОГАН, А.ТЕЙНЕРИ

Модель предложенная Н. Роупер в 1976 году и, дополненная в 80 годы В. Логан и А. Тайэрни, была построена на достижениях в области физиологии, психологии, сестринского дела. Авторы данной модели 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 16 видов повседневной жизнедеятельности, отраженные в таблице 3. Позднее авторы сократили их до 12 фундаментальных потребностей. Часть из них имеет биологическую основу, то есть это те потребности, которые необходимы для поддержания жизни, другие - культурную и социальную основу, влияющие на качество жизни. Степень удовлетворения тех или иных «проявлений жизнедеятельности» зависит от возраста человека, его социального статуса и культурного уровня. В таблице 3 представлены основные положения модели сестринского дела Н. Роупер, В. Логан, А. Тейнери.

*Проявления повседневной жизнедеятельности:*

* дыхание;
* потребление пищи и жидкости;
* выделение продуктов жизнедеятельности;
* регулирование температуры тела;
* двигательная активность;
* сон;
* способность поддерживать собственную безопасность;
* поддержание личной гигиены и опрятности в одежде;
* общение;
* работа и досуг развлечения;
* сексуальность;
* умирание.

Таблица.

***Основные виды повседневной жизнедеятельности пациента***

|  |  |
| --- | --- |
| Потребности необходимые для поддержания жизнедеятельности  | * дыхание;
* потребление пищи и жидкости;
* выделение продуктов жизнедеятельности;
* регулирование температуры тела;
* двигательная активность;
* сон;
* способность поддерживать собственную безопасность.
 |
| Потребности, способствующие улучшению качества жизни | * жизни поддержание личной гигиены и опрятности в одежде;
* одежда, наряды, украшения;
* общение;
* учеба;
* работа;
* наличие любимого занятия, досуга, развлечений;
* секс;
* семья.
 |
| Смерть | * умирание
 |

Таблица.

***Основные положения модели сестринского дела Н. Роупер, В. Логан, А. Тейнери.***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения модели**Н.Роупер, В. Логан,**А. Тейнери* | *Описание основных положений модели Н.Роупер, В. Логан, А. Тейнери* |
| Пациент (человек) | Человек как объект сестринской деятельности, имеющий 12 фундаментальных потребностей. |
| Источник проблем пациента | Пять факторов, вызывающих потребность в сестринском уходе, приводящих человека к частичной или полной зависимости: * инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
* патологические и дегенеративные изменения• в тканях;
* несчастный случай;
* инфекционное заболевание;
* последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды.
 |
| Направленность сестринских вмешательств | Сестра совместно с пациентом оценивает его возможность в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая действительные и потенциальные проблемы. |
| Цель ухода | Планирование сестринского ухода фактически начинается с первичной оценки состояния пациента. Совместно с пациентом сестра определяет цели ухода. |
| Способы сестринских вмешательств | Сестринские вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей: * независимые;
* зависимые;
* взаимозависимые.
 |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | Критериями оценки качества и результатов ухода должна быть степень удовлетворения каждой потребности в соответствии с поставленными целями. Если желаемый результат не достигнут, сестра совместно с пациентом пересматривает цели и предполагаемые вмешательства. |
| Роль сестры | Роль сестры в системе здравоохранения авторы модели видят как независимую, зависимую и взаимозависимую: * независимая роль заключается в оценке (совместно с пациентом) его состояния, планирования, осуществления сестринских вмешательств и оценке результатов предоставленного ухода;
* зависимая роль – помощь врачам при выполнении тех или иных процедур, а также назначений врача;
* взаимозависимая - работа в составе бригады других специалистов.
 |

МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА Д. ДЖОНСОН

В своей модели Д.Джонсон (1968 год) в отличие от В. Хендерсон и Н. Роупер предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить свою помощь на поведении людей, а не на их потребностях.

Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прошлого опыта достичь определенных целей. Этот результат зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, как он понимает свои возможности в изменении поведения.

Д. Джонсон различает два основных типа поведения человека:

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

По данной модели человек имеет семь главных подсистем, которые изменяют его поведение.

Данные по главным подсистемам пациента отражены в таблице.

Таблица.

***Главные подсистемы, изменяющие поведение пациента***

|  |  |
| --- | --- |
| *Подсистема* | *Мотивы поведения* |
| Достижение (выполнение) | Контроль над собой и своим окружением. |
| Присоединяющая (устанавливающая) | Близкие взаимоотношения с другими людьми. |
| Агрессивная | Самозащита от угрозы, самоутверждение. |
| Зависимая | Зависимость от других. |
| Выделительная | Выделение продуктов жизнедеятельности. |
| Пищеварение | Поддержание целостности организма, состояние телесного удовольствия. |
| Сексуальная | Сексуальное удовольствие. |

Данные по основным положениям модели сестринского дела Д.Джонсон отражены в следующей таблице.

Таблица.

***Основные положения модели сестринского дела Д. Джонсон***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения* *модели Д. Джонсон* | *Описание основных положений модели Д. Джонсон* |
| Пациент (человек) | Пациент - это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, причем каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя». Каждый человек имеет 7 главных подсистем, которые изменяют его поведение. |
| Источник проблем пациента | Функциональный или структурный стресс. Нарушенное, вследствие болезни равновесие подсистем. |
| Направленность сестринских вмешательств | Оценивается состояние пациента относительно каждой подсистемы. Эту оценку осуществляют в два этапа: * определяют, позволяет ли поведение пациента предположить нарушение равновесия в какой-либо из подсистем;
* определяют причину этого нарушения.
 |
| Цель ухода | Обеспечение психической устойчивости и функциональной стабильности. Восстановление равновесия в каждой подсистеме и между подсистемами. |
| Способы сестринских вмешательств | 4 направления сестринских вмешательств: * контроль или ограничение поведения;
* защита от факторов, вызывающих стресс;
* торможение неэффективных реакций;
* помощь в виде опеки, партнерство.
 |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | Можно оценить результаты ухода в пределах подсистемы по поведению пациента. |
| Роль сестры | Дополняющая по отношению к роли врача, но не зависит от нее. |

АДАПТАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА К.РОЙ.

Модель сестринского дела К. Рой, созданная в 1976, году использует достижения в области физиологии и социологии. К. 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.

К. Рой называет факторы, влияющие на уровень адаптации человека, и подразделяет их на три типа:

* *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 человека*:

* физиологический;
* Я-концепция;
* роль-функция;
* 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 18 пациента к операции, особенно при операциях, изменяющих его тело (ампутация конечностей, мастэктомия, наложение стомы и др.).

*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.

Таблица.

***Основные положения модели сестринского дела К. Рой***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения* *модели К.Рой* | *Описание основных положений модели К.Рой* |
| Пациент (человек) | Индивид имеет набор взаимосвязанных систем, влияющих на его поведение. Для каждого человека есть свой уровень адаптации, в котором он адекватно справляется с трудностями. |
| Источник проблем пациента | Затруднения в решении проблем. Недостаток или избыток средств и возможностей для использования того или иного способа адаптации. Сестра определяет степень влияния этого раздражителя на поведение пациента. |
| Направленность сестринских вмешательств | При обследовании пациента следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение дает повод для беспокойства. |
| Цель ухода | Адаптация пациента к заболеванию. * *Краткосрочные цели ухода*, позволяют расширить уровень адаптации или устранить раздражитель
* *Долгосрочные цели*, помогут пациенту адаптироваться к постоянно изменяющейся окружающей среде
 |
| Способы сестринских вмешательств | Сестра определяет очаговые, ситуационные и остаточные раздражители и степень влияния этого раздражителя на поведение пациента Сестринские вмешательства должны изменить раздражитель так, чтобы он действовал в пределах уровня адаптации. В основном сестринские вмешательства должны быть направлены на очаговые раздражители. |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | При оценке качества ухода сестра и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в том или ином способе адаптации. |
| Роль сестры | Роль сестры – способствовать адаптации пациента в период здоровья и болезни. |

МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА Д.ОРЕМ

Орем Модель, предложенная Д.Орем, в 1971 году, рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах самоухода. В данной модели уделяется большое значение:

* личной ответственности человека за состояние собственного здоровья;
* сестринским вмешательствам для профилактики заболеваний и травм;
* сестринским вмешательствам по обучению пациентов.

Взрослые люди должны рассчитывать на себя и нести определенную ответственность за своих иждивенцев. Каждый человек, здоровый или больной, должен иметь равновесие в потребностях в самоуходе и возможностях его осуществлять.

В модели выделены три группы потребностей в самоуходе.

1. *Универсальные:*

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

Уровень удовлетворения каждой из восьми универсальных потребностей для человека индивидуален. *Факторы, влияющие на эти потребности:*

* возраст;
* пол;
* стадия развития;
* состояние здоровья;
* уровень культуры;
* социальная среда;
* финансовые возможности.

2. *Потребности, связанные со стадией развития* (от младенчества до старости и в период беременности). Эти потребности удовлетворяются всеми взрослыми людьми, поддающимися обучению и воспитанию.

*3. Потребности, связанные с нарушением здоровья* (обусловлены наследственными, врожденными заболеваниями и травмами). В это группе выделено три вида нарушений:

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

Таблица.

***Основные положения модели сестринского дела Д.Орем***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения* *модели Д.Орем* | *Описание основных положений модели Д.Орем* |
| Пациент (человек) | Пациент - единая функциональная система, имеющая мотивацию к самоуходу. Человек осуществляет самоуход независимо от того, здоров он или болен, то есть его возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии. |
| Источник проблем пациента | Необходимость в сестринской помощи возникает, если потребности самоухода превышают возможности самого человека, Помощь осуществляется при активном участии пациента, его родственников и близких. |
| Направленность сестринских вмешательств | Сестринские вмешательства должны быть направлены на выявление дефицита самоухода и его причины, а так же на расширение возможностей самоухода и на изменение уровня потребностей в нем. Причинами дефицита самоухода могут быть: отсутствие знаний, неумение выполнять отдельные действия по самоуходу, непонимание важности самоухода. |
| Цель ухода | Восстановление равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе. Цели сосредоточены на пациенте (его возможностях по самоуходу). При этом с пациентом следует обсудить не только цели ухода, но и планируемые сестринские вмешательства. |
| Способы сестринских вмешательств | Выделяются шесть способов сестринских вмешательств: * делать что-либо за пациента;
* руководить пациентом, направлять его• действия;
* оказывать физическую поддержку;
* оказывать психологическую поддержку;
* создавать среду для обеспечения самоухода;
* обучать пациента (или его родственников).
 |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | Сестринский уход считается эффективным, если удается сохранить или восстановить равновесие между возможностями и потребностями в самоуходе. |
| Роль сестры | Дополняющая к возможности пациента осуществлять самоуход. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни. |

МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА М.АЛЛЕН

Модель сестринского дела Аллен впервые появилась в начале 70-х годов, когда получила признание концепция первичной медико-санитарной помощи. Данные по основным положениям модели сестринского дела М.Аллен отражены в таблице

1. *Исходные положения модели*:

* здоровье общества есть его самый ценный ресурс;
* отдельные люди, семьи и группы населения хотят и стремятся улучшить состояние своего здоровья, для достижения этой цели они располагают необходимым потенциалом;
* стать здоровым можно путём активного личного участия и поиска, т. е. посредством «индуктивного обучения».

Объектом модели Аллен является семья, а не отдельный человек, поскольку именно в семье формируется поведение, ориентированное на здоровье. И хотя в качестве объекта модели Аллен выступает семья, это не может служить препятствием для индивидуальной работы медсестры с одним из членов семьи в определенные моменты.

Модель предлагает рассматривать личность через «призму семьи», признавая, как влияние семьи на личность, так и влияние отдельной личности на семью. Семью и каждого из ее членов в отдельности можно рассматривать как открытые системы, постоянно вступающие во взаимодействие между собой и с другими системами во внешнем окружении. В процессе такого взаимодействия люди и семьи в повседневных житейских ситуациях получают возможности роста и развития.

Личность в семье выступает также в качестве объекта социального обучения. Такой подход строится на предположении, что личность обучается в процессе наблюдения за поведением других людей, примеры поведения трансформируются в сознании в определенные модели.

Модель Аллен делает акцент на потенциале, который можно задействовать в процессе обучения здоровому образу жизни, в противовес сосредоточенности на существующих ограничениях или проблемах. Каждая личность и каждая семья обладают собственными ресурсами, силами и мотивами поведения, которые и служат основой для процесса укрепления здоровья.

Таблица.

***Основные положения модели сестринского дела М.Аллен***

|  |  |
| --- | --- |
| *Основные положения* *модели М.Аллен* | *Описание основных положений модели М.Аллен* |
| Пациент (человек) | Каждая личность и каждая семья обладают собственными ресурсами, силами и мотивами поведения, которые и служат основой для процесса укрепления здоровья. |
| Источник проблем пациента | Желание отдельных людей, семьи улучшить состояние своего здоровья. Наличие факторов риска в семье, нездоровый образ жизни. |
| Направленность сестринских вмешательств | Восстановление равновесия между возможностями и потребностями в самоуходе. Цели сосредоточены на пациенте (его возможностях по самоуходу). При этом с пациентом следует обсудить не только цели ухода, но и планируемые сестринские вмешательства. Взаимоотношения сестры и пациента должны строиться на основе договоренностей, сотрудничества и координации действий. |
| Цель ухода | Воспитание навыков здорового образа жизни. Направленность на достижение жизненных целей, мобилизацию и поддержание на должном уровне сил и ресурсов личности или семьи. |
| Способы сестринского вмешательства | Сестринские вмешательства направлены на обучение семьи методам поддержания здоровья на основе имеющегося жизненного опыта, что подразумевает использование различных ситуаций в качестве побудительных мотивов к действиям по сохранению и укреплению здоровья. Помощь пациенту и семье успешно справиться с различными проблемами, связанными со здоровьем и возникающими на протяжении всего жизненного цикла семьи. |
| Итоговая оценка качества и результатов ухода | Основывается на мнении семьи о достижении желаемых результатов в процессе укрепления здоровья. |
| Роль сестры | Роль сестры заключается в создании благоприятной для обучения среды, которая бы стимулировала, привлекла и заинтересовывала семью, а также в привлечении самой семьи в качестве полноправного участника процесса обучения. |

Сегодня не существует единой модели сестринского дела, но и единого мнения о необходимости использования одной или нескольких моделей.

Для организации и осуществления качественного ухода медсестра используют несколько этапов. Первый этап – этап сестринского обследования. На этом этапе медсестра собирает информацию о пациенте.

Суть этой информации заключается в том, как пациент удовлетворяет 14 основных жизненно-важных потребностей (В. Хендерсон), так как основная цель ухода – это создание условий для удовлетворения этих потребностей.

Этим сестринское обследование отличается от врачебного. Врач собирает информацию о болезни, ее причинах, механизме развития и так далее. Медсестра обеспечивает пациенту качество жизни в болезни, поэтому ей необходима информация об основных жизненно-важных потребностях пациента: способе их удовлетворения, удовлетворение каких потребностей нарушено, какова адаптация пациента к условиям жизни с факторами риска.

1 этап – сестринское обследование или оценка ситуации с целью оценки конкретных потребностей пациента и необходимых для сестринского ухода ресурсов.

Данные о пациенте должны быть полными и точными и носить описательный характер.

Информацию о состоянии здоровья пациента можно собирать различными способами и из различных источников: от пациентов, членов их семей, членов дежурной смены, из медицинской документации, физических осмотров, диагностических тестов. Организация информационной базы начинается со сбора субъективной информации путем опроса пациента, в процессе которого медсестра получает представление о состоянии физического, психологического, социального, эмоционального, интеллектуального и духовного состояния пациента, его особенностях. Наблюдая поведение и оценивая внешний вид пациента и его взаимоотношения с окружающей средой, медицинская сестра может определить, соответствует ли рассказ пациента о себе данным, полученным в результате наблюдения. В процессе сбора информации медсестра использует факторы, способствующие общению (обстановка, время беседы, манера говорить и т.д.), которые помогут установить чувство доверия и конфиденциальные отношения. Наряду с ощущением профессионализма медицинской сестры это создает ту доброжелательную обстановку между сестрой и пациентом, без которой невозможен адекватный терапевтический эффект.

Профессия медицинской сестры развивается вместе с развитием общества и общество накладывает отпечаток на человеческие отношения.

Флоренс Найтингейл часто задавала вопрос: «Может ли быть работа более значительнее, чем эта?». Если бы она была нашей современницей, она могла бы добавить: «Можно ли представить себе время, более походящее для этого рода деятельности?».

Недостатками является уход без учета психологических, социальных и духовных потребностей пациента в уходе. Дополнительные знания в области современной философии, методологии сестринского дела, психологии человека обеспечат качество помощи, систематический подход к сестринскому уходу, восстановят утраченные профессиональные ценности медсестер, то есть «профессиональный уход» – тщательно планируемая и научно-обоснованная система мероприятий, обеспечивающих максимальную адаптацию каждого конкретного пациента к жизни в условиях болезни.

В настоящее время сестринский уход является сердцевиной сестринского образования и создает теоретическую научную базу сестринской помощи в России:

* системность, продуманность и спланированность сестринского ухода;
* индивидуальность, учет конкретной клинической и социальной ситуации пациента;
* научность, возможность использования стандартов сестринской деятельности;
* активное участие пациента и его семьи в планировании и реализации ухода;
* эффективное использование времени и ресурсов сестры;
* повышение компетентности, независимости, творческой активности сестры, престижа профессии в целом.