

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ МЗ РФ»
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ,
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА**

**Составители: И.А. Шамов,
Л.Н. Апашева, Н.В. Багомедова**

Сестринское дело

**Лекционный курс
Учебное пособие**



Махачкала 2010

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ МЗ РФ »
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ,
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА**

**Составители: И.А.Шамов
Л.Н. Апашева, Н.В. Багомедова**

Сестринское дело

**Лекционный курс
для студентов 2 курса лечебного факультета
Учебное пособие**

**Рекомендован решением Центрального Координационного методического
Совет № 3 от 18 ноября 2010**

Махачкала 2010

УДК 61: 377.6 (042.3)).4

ББК 53: 74.5

А 76

И.А. Шамов, Л.Н. Апашева, Н.В. Багомедова. Лекционный курс для студентов 2 курса (3-й семестр). Учебное пособие. В пособии изложен систематический курс лекционного материала по кафедре пропедевтики внутренних болезней. Махачкала, 2010. 38.с.

© И.А. Шамов, Л.Н. Апашева, Н.В. Багомедова

© ИПЦ ДГМА

Лекция №1. Понятие о системе здравоохранения в России. Руководство и управление сестринским делом.

Учебные цели. Студент должен знать:

- систему и политику здравоохранения в РФ;
- медико-демографические и другие показатели общественного здоровья;
- государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела;
- типу ЛПУ;
- структуру и организацию работы ЛПУ.

Система здравоохранения - это совокупность взаимосвязанных мероприятий, которые содействуют укреплению здоровья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах. Целью системы здравоохранения является постоянный процесс улучшения здоровья населения.

Вопрос достижения здоровья для всех к 2000 году был в центре внимания международной конференции по первичной медико-социальной помощи, проведенной в сентябре 1978г. в Алма-Ате, где была принята декларация, в которой указывалась на необходимость незамедлительных мер со стороны всех работников в сфере здравоохранения и развития и всей мировой общественности в целях охраны и укрепления здоровья всех народов мира. Однако до сих пор решения Алма-атинской конференции ещё полностью не осуществлены.

Первой среди главных проблем здравоохранения России министр назвал высокие показатели смертности, заболеваемости и инвалидности населения. Ежегодно в стране регистрируется 155-185млн случаев заболевания острыми и хроническими болезнями из которых около ЮОмлн - впервые выявленным диагнозом. Уровень первичной патологии за последние 5 лет вырос на 9% (общей на 15%). Ухудшаются показатели психического здоровья населения. Серьезную угрозу представляет проблема алкоголизма и наркомании. В 2000г. было выявлено 46438 случаев ВИЧ инфекции, что превышает в 1,5 раза за предыдущие 12 лет.

Серьезной проблемой сегодняшнего здравоохранения является ухудшение показателей репродуктивного здоровья и здоровья новорожденных. Задача улучшения состояния здоровья населения требует от каждого правительства разработки национальной политики в области здравоохранения.

Происходит сдвиг от общего к частному здравоохранению. В связи с этим существуют 3 направления в системе здравоохранения: государственная, частная, страховая. Основное отличие заключается в механизмах финансирования: государственная система - за счет государственного бюджета; страховая медицина

- за счет средств страховщика. В его роли могут выступать предприятия, организации и частные лица. Частная медицина — финансирование построено на на хозрасчете и самоокупаемости.

Сегодня в мире происходят значительные перемены в социальной, экономической и политической жизни, это:

- увеличение числа бедных;
- рост числа беженцев;
- рост числа пожилых людей;
- увеличение числа пожилых людей;

- увеличение числа несчастных случаев, природных катаклизмов, самоубийств;
- возвращение старых заболеваний;
- рост преступности и населения;
- ухудшение качества услуг здравоохранения;
- ограничение доступности услуг здравоохранения:

эти изменения привели к тому, что ухудшилось здоровье населения всей планеты и нашей страны в частности. Исходя, из перечисленных выше факторов можно сделать вывод о том, что в России назрел вопрос о реформе здравоохранения.

Реформы здравоохранения не могут развиваться или улучшаться без развития сестринского образования, без развития сестринского дела. Профессия медсестры — одна из самых массовых в здравоохранении. Она составляет третью часть любого ЛПУ и играют важную роль в лечебном процессе. Главной целью реформы образования является подготовка совершенно нового поколения специалистов, хорошо знающих своё дело, ориентированных на достижение высоких результатов в охране здоровья населения, способных работать в условиях рыночной экономики.

Сегодня сестринское дело - это и наука и искусство. Оно требует и понимания и применения специальных знаний и умений. Медицинская сестра имеет право самостоятельно оценивать и решать, необходимо ли ей продолжить образование по вопросам управления обучения, работе в клинике и научным исследованиям и предпринять шаги, чтобы удовлетворить эти потребности.

Государственные организационные структуры занимающиеся вопросами сестринского дела.

Все вопросы по сестринскому делу курирует Министерство здравоохранения РФ. Контроль работы главной медицинской больницы осуществляют главные врачи больниц и поликлиник. В ведении главных медсестер больниц и главных медсестер поликлиник находится работа всех старших медсестер отделений, которым подчиняется средний и младший медицинский персонал отделения больницы или поликлиники. Межрегиональная Ассоциация медсестер официально зарегистрированная в 1994г насчитывает 19 тысяч членов, представлены 63 территории России.

Цели и задача Ассоциации следующие:

- повышение роли специалистов со средним образованием;
- повышение престижа профессии;
- повышение уровня и качества сестринских услуг;
- возрождение традиций сестринского милосердия, медицинской этики;
- обеспечение социально-экономических и профессиональных интересов медсестер, акушерок, фельдшеров;
- разработка и внедрение стандартов профессиональной деятельности;
- проведение семинаров, конференций.

Основные типы ЛПУ

Для оказания медицинской помощи населению в нашей стране создана широкая сеть различных ЛПУ. По своим задачам и функциям они делятся на больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, станции скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, учреждения санаторного типа. Больничные учреждения предназначены для лечения пациентов в условиях стационара. К ним относятся: больницы, клиники, госпитали, родильные дома, санатории хосписы. Различают монопрофильные (специализированные) стационары предназначенные для лечения пациентов с каким-либо одним -заболеванием, и многопрофильные, в состав которых входит различные

отделения (терапевтические, хирургические, невралгические, эндокринные и др.).

В состав больниц входят: приёмное, лечебное, диагностическое, лаборатория, аптека, пищеблок и др. Функциональные обязанности сестринского персонала в стационаре в первую очередь зависят от профиля отделения и специфики работы в нем.

Поликлиника - (от греч. polis — город, klinike — искусство врачевания) — многопрофильное ЛПУ предназначенные для оказания специализированной помощи населению в амбулаторных условиях и на дому. **Основной принцип работы поликлиники:**

- территориально-участковый, когда за участковым врачом и м/с закреплен участок с определенным количеством населения, где они должны проводить все лечебные и профилактические мероприятия, а также вести санитарно-просветительскую работу среди населения.

Должностные инструкции медицинской сестры поликлиники:

- вести необходимую документацию;
- выполнять назначения врача;
- инструктировать пациентов о подготовке к различным методам исследования.

Амбулатория - (от лат. ambulatorius - подвижный) это ЛПУ расположенное в сельской местности, где оказывается медицинская помощь больным в амбулаторных условиях и на дому. Обязанности медицинского персонала те же, что у работников поликлиники. Отличие заключается в меньшем количестве работников и в более ограниченных возможностях диагностики и объеме оказания медицинской помощи.

Диспансеры - это специализированные ЛПУ, предназначенные для оказания помощи пациентам с определенными заболеваниями (кожно-венерологический, противотуберкулезный, кардиологический, онкологический и др.). Персонал диспансера осуществляет выявление, регистрацию и учет больных среди населения, оказание специализированной помощи, профилактические мероприятия и санитарно-просветительная работа.

Медико-санитарная часть - это комплекс лечебно-профилактических учреждений, предназначенных для оказания медицинской помощи и обслуживания рабочих и служащих крупных предприятий и организаций. Вся деятельность их строится по принципу цеховых участков и максимального приближения медицинской помощи к месту работы. В состав МЧС входят: поликлиника, стационар, диспансер, профилакторий и др. особенностью работы персонала МЧС является то, что здесь систематически проводятся профилактические осмотры, изучаются конкретные условия труда и профессиональной вредности, разрабатывается комплекс профилактических мероприятий для улучшения труда и быта работников предприятия.

Станции скорой медицинской помощи - это ЛПУ предназначенные для круглосуточного оказания экстренной медицинской помощи больным на догоспитальном этапе при всех угрожающих жизни состояниях, а также при родах. Персонал осуществляет транспортировку пациентов в медицинские учреждения. Сестринский персонал может работать в качестве диспетчеров, принимающих вызовы от населения и передающих их выездным бригадам. К учреждениям охраны материнства и детства относятся центры планирования семьи и репродукции, родильные дома, дома ребенка, женские консультации. Женские консультации предназначены для выявления и лечения больных с гинекологическими заболеваниями, наблюдения за беременными, их лечение, сан.просвет работы с беременными и роженицами. В родильных домах оказывают помощь родах, в раннем послеродовом периоде и осуществляют уход за новорожденными. К санаторно-курортным учреждениям относятся- санатории, курортные поликлиники, санатории-профилактории. Деятельность этих учреждений основана на использовании природных лечебных факторов (климатотерапия, минеральные

воды, грязелечение, диетотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура). Работа сестринского персонала сходна с работой сотрудников стационаров поликлиник и диспансеров.

Лекция №2.

История сестринского дела

Учебные цели.

Студент должен знать:

- историю создания и задачи ВОЗ;
- организации Красного Креста и Красного полумесяца;
- заслуги Флоренс Найтингел в сестринском деле;
- историю создания и задачи сестринских общин в России;
- примеры самоотверженности и героизма русских сестер милосердия;
- сущность и основные направления реформы сестринского дела в России;
- история создания и задачи Ассоциации российских медицинских сестер.

Как и всякая наука, сестринское дело имеет свою историю, которая охватывает тысячелетия. Не случайно сестринское дело называют самым древним искусством и самой юной профессией. Зарождение медицины связано с ранними этапами развития человека и человечества. Весьма реально, что в начале медицина была достоянием всех и каждого, а не профессией немногих избранных. Впоследствии, женщина, став главой человеческого рода, первой начала сознательно обобщать этот народный опыт, использовать его на практике в целях излечения сородичей. История дает основание полагать, что именно женщина была первым врачом нашей планеты. Женщина, как глава рода заботилась не только о питании, поддержании очага, но и о благополучии и здоровье своих близких. Древние славяне называли их берегинями. Народный эпос из глубины веков донес до нас имена врачевательниц, живших в эпоху матриархата: в Египте - Могучая Полидамна; в Чехии - Мудрая Кола; в Колхиде - Медея. Исторически сложилось так, что если врачами чаще являлись мужчины, то выхаживанием больных занимались главным образом женщины.

Когда же общество достигло достаточно высокого уровня развития, и возникла, необходимость ухода большим количеством страдающих - это благородное дело стало, неотъемлемым атрибутом тех, кто исповедовал христианство. Основными «лекарствами» были священники или знахари, а потому и основными «лечебными учреждениями» были - храмы. Больницы развивались из церквей. В византийских христианских монастырях создавались богадельни и убежища - кельи для больных. Это было милосердие «Богу угодное». Византийско-татарское влияние наложило свою печать на судьбы русских женщин. Оно не дало им возможности, посвятить себя какой бы то ни было гражданской деятельности. Большинству женщин приходилось выбирать: терем или монастырь. Но все же у женщин-затворниц не могло быть убито и заглушено то, что составляет основную черту женственности - человеколюбие и сострадание. Помощь ближнему являлась той отдушиной, которая помогала существовать в затхлой и мертвящей атмосфере тюремной жизни. Мирские женщины осуществляли уход за домочадцами: помогали при рождении, растили детей, ухаживали за больными, утешали и ободряли умирающих. Так сложился фольклорный образ «сестра-мать». Среди женщин Московской Руси была глубоко развита частная благотворительность.

Много делали для больных монастыри. Монахи часто приглашались для ухода за больными на дому, а в тяжелых случаях больных отправляли в монастырские больницы. Так сложился второй

фольклорный образ: «сестра - божий работник». Сестра-монахини ухаживали за больными бескорыстно, так как считалось, что взимание платы за уход отнимает священный характер работы сестры милосердия.

Впервые в России женский труд для ухода за больными в госпиталях и лазаретах был использован при Петре I. По его указу в 1715г были созданы воспитательные дома, в которых должны были служить женщины. Отсутствие прочной системы организации женского труда в госпиталях приводило к тому, что он со временем либо исчез совсем, либо носит временный характер. Роль сиделок была отведена отставным солдатам.

Вновь женский труд в гражданских больницах стали использовать в середине 18 века. Его осуществляли «бабы-сидельницы», которые являлись женами или вдовами солдат. В то же время специально обученных сестер для ухода за больными не было. Поэтому можно считать, что сестринское дело оформилось в России в 1803 году, "когда появилась служба «сердобольных вдов». В 1814 году по распоряжению императрицы Марии Федоровны из Петербургского «вдовьего дома» на добровольных началах были приглашены и направлены в больницу женщины для «прямого назначения» ходить и смотреть за больными. Сердобольные вдовы в отличии «баб-сидельниц» уже должны были осваивать и некоторые медицинские приемы для оказания помощи.

Прошедшие испытательный срок «сердобольные вдовы» приводились к присяге с вручением знака отличия - золотого креста. В 1818г в Москве был создан институт «сердобольных вдов», а при больницах стали организовывать специальные курсы сиделок. С этого времени в России официально начинается подготовка сестринского персонала. В 1822 году вышло в свет первое руководство на русском языке по уходу за больными, для специальной подготовки персонала. В пособии Х.Оппеля описывались принципы отбора ухаживающего персонала, требование к их физическим и нравственным качествам, т.е. впервые давались основы деонтологии. Оппель уделял большое внимание гигиеническим условиям содержания больных. Описаны методики выполнения основных медицинских процедур и приема медикаментозных препаратов. В 1844г было открыто «светское сердобольное заведение» - первая в России община сестер милосердия, получившая название «Свято-Троицкая». В общину принимали вдов и девиц от 20 до 40 лет. Сестер обучали уходу за больными, выполнению перевязок, фармации и рецептуре.

Свои требования к более широкому развитию сестринского ухода за больными в России Крымская война 1853-1856гг. В 1854г в Санкт Петербурге была организована Крестовоздвиженская община. «Первым сестрам пришлось идти прямо в огонь Крымской компании» - писал Н.И.Пирогов. Впервые в мировой истории сестры стали оказывать помощь больным на поле битвы. Впервые в госпиталях была введена служба медицинских сестер.

Помимо сестер милосердия Крестовоздвиженской общины, помощь раненым оказывали жены, сестры и дочери севастопольцев. Среди них легендарная Даша Севастопольская. На протяжении всей осады Севастополя она проводила дни и ночи на перевязочном пункте, на коромысле приносила воду солдатам, стирала им белые бинты, перевязывала раненых. В документах 1854г упоминается, что «...в ухаживании за больными и ранеными в Севастополе оказывает примерное старание девица по имени Дарья, которой была вручена медаль «За усердие» на Владимирской ленте для ношения на груди и пятьсот рублей серебром. Среди блистательных имен русских сестер милосердия видное место занимает Екатерина Михайловна Бакунина. Она была постоянной помощницей Н.И. Пирогова при операциях. Простившись с общиной, Е.М. Бакунина у себя в имении в Тверской губернии, организовала на собственные средства небольшую лечебницу для крестьян. В годы русско-турецкой войны она возглавила отряд сестер милосердия отправляющийся на Кавказ.

Подводя итог деятельности этой общины, следует сказать, что всего на театре военных действий работали 160 сестер, 17 из них погибли при исполнении своего долга.

Для того, чтобы понять дальнейшие пути развития сестринского дела в России следует сделать небольшое отступление и сказать несколько, слов, о влиянии и взглядах английской сестры милосердия Флоренс Найтингейл (1820-1910гг), которая во всем мире считается основоположницей сестринского дела. Свое главное назначение уже в юности Флоренс видела в избавлении людей от болезней и от смерти. Она решила стать сестрой в 20 лет. Родилась она во Флоренции в аристократической семье, получила блестящее образование, много путешествовала, изучала организацию госпиталей и существовавшие в них порядки. В то время профессия медсестры была неуважаема. Врачи считали медицинских сестер девушками для приготовления пищи и наведения порядка. Так сложился третий фольклорный образ: «медицинская сестра — служанка врача и больного». Вся дальнейшая жизнь этой девушки была посвящена развитию сестринского дела. Флоренс Найтингейл явилась создателем научной системы ухода за больными и ранеными. В своих знаменитых «записках об уходе» Флоренс опубликовала и систематизировала все накопленные до неё знания и опыт сестер милосердия. Уход за больными - наука и одновременно искусство, требующее специальной подготовки. Дело сестры милосердия, считала мисс Найтингейл -спасать не только физически, но и духовно.

День 24 июня 1860г стал знаменательной датой в истории Англии. В этот день в больнице Сен-Томаса была открыта школа сестер - милосердия под руководством Флоренс Найтингейл. Из тысячи претенденток были приняты только 15 девушек. В период крымской войны Флоренс Найтингейл становится известной по имени «Леди с лампой». Вечером она обходила раненых солдат и в руках у нее была лампа. Идеи и практическая деятельность мисс Найтингейл помогли поднять престиж работы медицинских сестер, и оформится сестринскому делу в качестве самостоятельной профессии.

В 1919г Лига Международного Красного Креста учредила медаль имени Флоренс Найтингейл, как высший знак сестринского отличия, присуждаемый один раз в два года в день её рождения - 12 мая (международный день медицинской сестры).

Профессия сестер милосердия была уважаема в обществе, требовала особых душевных качеств человеколюбия и даже самоотречения. Героиней русско-турецкой войны стала сестра милосердия Юлия Вревская. Баронесса, дочь генерала, она считала «самопожертвование за благо других» своим долгом.

В начале нашего столетия руководство благотворительными учреждениями возглавила великая княгиня Елизавета Федоровна. В 1909 году была открыта Марфо-Мариинская обитель которая к 1911 году становится центром милосердия в Москве. Её деятельность продолжалась и после революции 1917г. Елизавета Федоровна была канонизирована русской православной церковью.

К 1917г в России насчитывалось 10 тысяч сестёр милосердия. 26 августа 1917г в Москве состоится, 1-й Всероссийский съезд сестёр милосердия. Первые медсестринские школы после революции появились в нашей стране в 1920г. инициатор их создания - Н.А. Семашко. Был установлен двух годичный срок обучения. На смену определения «сестра милосердия» пришло другое -«медицинская сестра».

Яркая страница истории сестринского дела написана в 30-40гг и в годы Великой Отечественной войны. Многие медицинские сестры за проявленные в годы войны мужество и героизм' были награждены правительственными наградами, семнадцати из них было присвоено звание Героя Советского Союза, 41 медицинских сестер были награждены медалью имени Флоренс Найтингейл.

Нелёгкок труд медицинских сестер и в мирное время, особенно в условиях послевоенной разрухи, когда резко увеличилось число больных, увеченных и бездомных. По мере улучшения уровня жизни были увеличены сроки обучения медицинских сестер, введены новые профили, упорядочена сеть медицинских училищ.

Главное назначение сестринского дела заключается в оказании помощи пациенту. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития подвижничества, стало профессией. Изменилось понимание роли медсестры в системе здравоохранения и её статус в обществе.

С 1991 г начинается подготовка сестринского персонала не только в медицинских училищах, но и колледжах по 4-х годичной программе обучения. Открываются факультеты высшего сестринского образования.

В августе 1993г в поселке Голицино был проведен Российско-американский семинар по реформе сестринского образования и практики под девизом «Новые медсестра — новой России». Главной целью реформы образования является подготовка совершенно нового поколения специалистов, хорошо знающих своё дело, ориентированных на достижение высоких результатов в охране здоровья населения, воспитанных в духе лучших традиций и достижений отечественной и мировой культуры, способных работать в условиях рыночной экономики.

В 1994г была образована Ассоциация медсестер России (президент Валентина Саркисова) принимающая активное участие в работе Международного Совета сестер.

Первоочередные задачи Ассоциации:

- повышение образовательного уровня медицинской сестры;
- защита профессиональных прав;
- поощрение научных изысканий в сестринском деле;
- улучшение условий труда и заработной платы;
- содействие престижу профессии.

Обеспечение связи Российских медсестер с другими международными группами является важным условием успеха реформы сестринского дела в нашей стране.

Лекция №3. Сестринское дело как профессия.

Учебные цели. Студент должен знать:

- новое содержание сестринского дела;
- реформы в сестринском деле;
- миссия и функция медсестры.

Содержание сестринского дела менялось на протяжении веков так же, как и менялись запросы общества и условия жизни. Первое научное определение сестринского дела дала Фолренс Найтингейл в Записках об уходе (1859). Она считала, что сестринское дело - это «действие по использованию окружающей среды в целях содействия его выздоровлению». При этом цель сестринского ухода была сформирована так: «создать для пациента наилучшие условия» для активации его собственных сил. Называя сестринское дело искусством, она считала, что это искусство требует «организации, практической и научной подготовки».

Одно из определений сестринского дела принадлежит американской медсестре, преподавателю и исследователю Вирджинии Хендерсон. Международный Совет сестер в 1958г обратился к ней с просьбой дать свое определение сестринского дела. Она написала книгу «Основные принципы деятельности по уходу за пациентами», которая была переведена на 25 языков.

Определение сестринского дела данное В.Хендерсон в 1961 г современно и сегодня.

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела которая проходила в 1993г в Голицино, было дано следующее определение сестринского дела: «Как часть системы здравоохранения сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды». Время, когда работы сестры в основном сводилась к тому чтобы «помогать больному, вытирать пот с лица» уходит. Сегодня она по-прежнему выполняет назначения врача, но становится все более самостоятельной в принятии независимого решения. Изменилось понимание роли медсестры в системе здравоохранения и её статус в обществе.

В настоящее время сестринское образование шагнуло на новую ступень развития.

При значительных положительных сдвигах в медицине одновременно увеличиваются опасности, которым подвергается человек, попадая в сферу медицинских действий. При быстром росте населения, распространенности бедности среди жителей нашей планеты актуальными становятся принципы оказания медицинской помощи: эффективность — равенство — безопасность. Это еще одна из причин высоких требований к профессии медицинской сестры. Таким образом, миссия сестринского дела заключается в удовлетворении потребностей пациентов и высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи.

При этом основными принципами сестринского дела являются:

- объяснение населению и администрации лечебно-профилактических учреждений важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;
- привлечение, развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребности населения;
- обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последиplomной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;
- выработка медицинских сестер определенного типа мышления;

Сестринское дело решает следующие задачи:

- развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;
- объединение профессиональных и ведомственных усилий по медицинскому обслуживанию населения;
- ведение работы по обеспечению повышения квалификации и профессиональных навыков персонала;
- разработка и внедрение новых технологий в сфере сестринской помощи;
- осуществление консультативной сестринской помощи;
- обеспечение высокого уровня медицинской информации;
- ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;
- проведение научно-исследовательских работ в области сестринского дела;
- создание стандартов улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности.

Известно высказывание: «Медицина представляет ствол дерева, а её специальности - отдельные ветви. Но когда ветвь достигает размеров целого дерева, то она

приобретает право на самостоятельное значение». Эта ветвь -сестринское дело, которое выделяется из системы медицинского образования в отдельную науку. Из зависимого подраздела медицины сестринское дело развивается в самостоятельную науку.

Реформы в сестринском деле

Реформы здравоохранения не могут не развиваться и улучшаться без развития сестринского образования, без развития сестринского дела. Особое место в условиях реформы здравоохранения и повышения сестринских специалистов как в отрасли, так в обществе в целом занимает высшее сестринское образование. Решение всех проблем по реформированию системы подготовки сестринских кадров осуществлялось на основе предложений практического здравоохранения.

С 1991 года наряду с медицинскими училищами возникли медицинские колледжи и первые факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах. Их появление связано с введением трехуровневого сестринского образования - училище - колледж - ВУЗ, каждое из которых имеет профессиональную завершенность.

1-й уровень (базовый) - медицинская сестра широкого профиля, обеспечивающая общий уход и наблюдение за пациентом, способная оказать неотложную помощь;

2-й уровень (повышенный) — по завершении обучения такой специалист сможет работать медицинской сестрой в специализированных и крупных лечебно-профилактических учреждениях, преподавателем сестринского дела в средних профессиональных учреждениях;

3-й уровень - медицинская сестра с высшим образованием. Дипломированные специалисты могут работать менеджерами, главными сестрами многопрофильных крупных больниц, и медицинских учреждений, заниматься научной деятельностью.

В 1994 году создана Ассоциация медицинских сестер России, принимающая активное участие в работе Международного Совета сестер. Высшей ступенью в образовании медицинских сестер является Академическое сестринское образование, которое можно получить на факультетах высшего сестринского образования медицинских академий и университетов.

В 1995 году впервые в России двухмиллионное звено медицинских работников пополнилось новыми молодыми специалистами - медицинскими сестрами с высшим образованием - сестрами-менеджерами. В том же году в России защищена первая докторская диссертация по проблемам подготовки сестринских кадров. Эту работу выполнила декан факультета ВСО Медицинской академии им. И.М. Сеченова — Г.М. Перфильева.

В целях совершенствования системы сертификации и аттестации среднего медицинского и фармацевтического персонала издан приказ МЗ России от 19.08.97 №249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала».

Особый этап образовательной реформы - создание и реализация на всей территории Российской Федерации государственных образовательных стандартов профессионального образования с сохранением лучших традиций отечественной школы.

Создана и активно функционирует Межрегиональная ассоциация медицинских сестер России. Успешно реализуется международный проект «Новые сестры для новой России», проводятся всероссийские конференции медицинских сестер и международные семинары по сестринскому делу.

За самоотверженный труд 1065 средних медицинских работников награждены государственными наградами, имеют почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Сегодня сестринское дело - это и наука, и искусство, оно требует и понимания, и применения специальных знаний и умений. Сестринское дело основывается на знаниях и технике,

созданных на базе гуманитарных и естественных наук: биологии, медицины, психологии, социологии и других. Медсестра принимает на себя ответственность и действует с надлежащими полномочиями, непосредственно исполняя профессиональные обязанности. Она отвечает за те медицинские услуги, которые предоставляет. Она имеет право самостоятельно оценивать и решать, необходимо ли ей продолжить образование по вопросам управления, обучения, работе в клинике и научным исследованиям и предпринять шаги, чтобы удовлетворить эти потребности.

Реформа сестринского образования сегодня оказалась впереди реформы практического здравоохранения. И это не противоречит здравому смыслу, так как реформы в системе практического здравоохранения невозможны без квалифицированных, профессионально компетентных специалистов. Они позволят в корне изменить существующее положение в сестринском деле как составной части организационной технологии здравоохранения, направленной на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в сегодняшних сложных и быстро меняющихся условиях.

Миссия и функция сестры

Новое сестринское дело — это потребность в изменении основы текущей практики. Организация сестринской деятельности основана на выполнении назначений врача, на уходе, при котором уделяется внимание индивидуальным потребностям пациента. Высококвалифицированная медсестра должна иметь достаточно знаний и навыков, а также уверенности, чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход отвечающий потребностям отдельного пациента. При этом делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровление.

В последнее время значительно меняются взгляды на функцию м/с. Если раньше они были ориентированы на уход за больным, то сейчас сестринский персонал совместно с другими специалистами видят главную задачу в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, обеспечении максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями.

Теперь миссия сестры в мире и в нашем обществе в частности заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают. «Это потребует от сестер выполнения ими „определенных функций, способствующих укреплению и сохранению здоровья, а также профилактике его отклонений. Сестринское дело включает в себя и осуществление ухода в периоды болезни и реабилитации, воздействуя не только на физические, но также и на психологические и социальные аспекты жизни человека, составляющие единое целое. Все эти аспекты в какой-то степени воздействуют на здоровье человека, его болезнь, инвалидность или смерть».

Сестры должны активно привлекать пациента, членов его семьи и друзей к самоуходу, помогая ему сохранить свою самостоятельность и независимость.

Функции сестры могут быть различными в зависимости от потребностей общества. Они определяются Европейским региональным бюро ВОЗ по сестринскому делу, и позволяют по новому осмыслить профессию сестры.

Первая функция - осуществление сестринского ухода. Это могут быть профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека и членов его семьи. Эта функция заключается в следующем:

- оценка потребностей человека и членов 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; вовлечение пациента, а при необходимости членов его семьи, друзей к уходу;
 - использование принятых профессиональных стандартов.

Вторая функция - обучение пациента и сестринского персонала. Это:

- оценка знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;
- подготовка и предоставление информации на соответствующем уровне;
- помощь сестрам, пациентам и другому персоналу в получении новых знаний и навыков;
- применение принятых профессиональных стандартов.

Третья функция - использование сестрой зависимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента. Эту функцию в нашей стране только начинают осваивать. Но без нее сестринское дело не сможет занять должное место в системе здравоохранения.

Четвертая функция - развитие сестринской практики с помощью исследовательской Деятельности. Она также только начинается реализовываться.

Лекция №4. Философия сестринского дела.

Учебные цели. Студент должен знать:

- основные понятия философии: окружающая среда, человек, здоровье, сестринское дело, пациент;
- содержание философии сестринского дела;
- принципы и этические элементы философии сестринского дела, обязанности, ценности и добродетели медицинской сестры.

Философия и сестринское дело. Какая между ними взаимосвязь?

Но если разобраться, то философия в медицине - это не ново. Ведь всем известно, что в древности многие врачи обладали не только талантом врачевания, но и даром сочинительства, музицирования, не только занимались познаниями в астрономии, математике, физике, но и были известными философами. О философии в медицине говорили Платон и Сократ, Гиппократ и Авиценна, Гален и Горацио и многие другие ученые того времени.

Но зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела?

Эти вопросы обсуждались на 1-й Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела в 1993 году в Голицино. Впервые в нашей стране были даны ключевые определения сестринского дела и сформулированы этические принципы, которыми должны обладать профессиональные сестры.

На основе принятых принципов были сформулированы принципы философии в программном документе «Философия сестринского дела». Данный программный документ отражает взгляды российских медицинских сестер на основные ценности, верования и перспективы их профессиональной группы, раскрывает перед обществом их профессиональное мировоззрение, идеал в сестринском деле, это как бы молитва медицинской сестры.

Согласно данному документу (текст документа приводится практически полностью):

«Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой и пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали». В центре этой философии находится человек. «...Основными принципами философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам человека. Каждая отдельная личность рассматривается как единое целое с её внутренними возможностями к росту и развитию физическому, философскому, социальному и культурному, интеллектуальному и духовному.

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

«...Сестра стремится выполнять свою работу, уважая и сохраняя достоинство пациента, его автономию и гармонию с социальными потребностями.

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

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и умениями, несёт ответственность за процесс ухода и проявляет милосердие. ...сестра действует как независимо, так и сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения с тем, чтобы удовлетворить потребности общества и отдельных пациентов в защите здоровья.

Обязательства сестер включают в себя уважение к пациентам и право их на самостоятельность. В соответствии с этим она действует, исходя из принципов: не причинить вреда, делать добро, уметь сотрудничать и быть преданной как профессии, так и пациенту, философия сестринского дела как фундамент всех аспектов профессиональной жизни медицинской сестры, ещё - это широкое утверждение, включающее ответы на следующие вопросы;

- определение сестринского дела, его миссии, цели и задачи;
- соотношение сестринского дела и медицины;
- взаимодействие м/с и пациента;
- профессиональная этика;
- характер взаимоотношений сестринского дела и общества.

Из материалов 1-й Голицинской конференции по теории сестринского дела: *сестринское дело* — это наука и искусство диагностики и коррекции ответных реакций человека на существующие и потенциальные болезненные состояния.

Сестринское дело - как искусство требует от медицинской сестры:

- систематически применять знания и умения;
- творческого воображения, интуиции, артистизма в выражении своих чувств и чувств пациента.

Сестринское делв - как наука есть организованная, систематизированная структура знаний, полученных и проверенных путем исследовательской деятельности, рассуждение о фактах в глубокой и систематической манере, научной основной профессиональной деятельности м/с. Философия сестринского дела устанавливает:

- этические обязанности медицинской сестры по обслуживанию пациентов (соблюдать конфиденциальность, уважать автономию пациента, говорить правду и т.п.);
- цели, к которым стремится медицинская сестра (независимость, здоровье, знания, умения и т.п.);
- моральные качества или добродетели (мудрость, сострадание, милосердие, терпение и т.д.).

Одной из составных частей философии является этический кодекс сестер - это этические принципы, сформулированные представителями сестринской профессии для своих коллег в каждой из стран. Кодекс излагает основные принципы поведения и оценки действий сестры, отражает основные цели, обязанности и ценности в профессии медицинской сестры. Он составляет систему мировоззрений, внутри которой сестра может принимать решения, соответствующие этическим нормам, и выполнять обязанности перед обществом, перед коллегами и перед своей профессией. Российская Ассоциация медицинских сестер создала и после обсуждения в регионах приняла Этический кодекс медицинской сестры России. Создание кодекса является важнейшим средством развития самоуправления в сестринской профессии.

Философия сестринского дела основывается на четырех основных понятиях (WORLD VISION INTERNATIONAL, 1993):

- пациент как личность;
- сестринский уход как наука и искусство;
- окружающая среда;

- здоровья,

Мы приводим концептуальные определения терминов.

ПАЦИЕНТ - человек (индивид), который нуждается в сестринском уходе и получает его.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО - часть медицинского ухода за здоровьем, специфическая, профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, которые затрагиваются активностью человека.

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

Помимо 4 основных необходимо знать определения и других, существующих для сестринского дела понятий:

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

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

Этическими элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетели (совершенства).

Сестра, разделяющая принятую философию сестринского дела, принимает на себя следующие *этические обязанности*:

- говорить правду;
- делать добро;
- не причинять вреда;
- уважать права пациента;
- уважать обязательства других (членов бригады);
- держать слово;
- быть преданной;
- уважать право (пациента) на самостоятельность.

Этическими ценностями (на которых также основана философия), определяющими цели, к которым стремится сестра, являются:

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

Добродетели (совершенства) определяют личные качества, которыми должна обладать хорошая сестра.

Добродетели - это черты характера, которые располагают человека к хорошим поступкам:

- знание;
- умение;
- сострадание;
- милосердие;
- терпение;

- целеустремлённость.

Сестринское дело, являющееся наукой и искусством, направлено на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем и сконцентрировано на заботе о пациентах. Свои знания и навыки сестра использует для того, чтобы заботиться об их здоровье. Эта работа должна быть целенаправленной и систематической. Искусство сестринского дела заключается в том, чтобы воображение и творчество по уходу за больными сочетались с научным обоснованием. Сестра должна уметь распознать не только важные проблемы со здоровьем, но и понимать мысли и чувства человека.

Областями компетенции медицинской сестры являются: оказание помощи, диагностика и наблюдение, просвещение и обучение, умение эффективно работать в стремительно меняющейся обстановке, лечебные процедуры и режим, соблюдение и обеспечение безопасности лечебного процесса, организационные вопросы.

Выполняя свои уникальные функции, сестра действует независимо (в рамках сестринского процесса), взаимозависимо (в составе бригады) и в зависимости от врача, выполняя его назначения. В различных странах параметры этих функций различны.

Одна из основных проблем сестринского дела - изменение подхода к пациенту. Это не просто «человек», нуждающийся в сестринском уходе и получающий его, это прежде всего личность. Сестра, разрабатывающая совместно с пациентом план ухода, может рассчитывать на успешную его реализацию только в том случае, если она понимает и учитывает, что общается с личностью с определенными биологическими, психологическими, социальными и духовными проблемами. Т.е. сестра должна быть готова к целостному (холистическому) подходу к человеку.

Философ и врачеватель Востока - Авиценна требовал особого подхода к каждому больному: «Тебе должно знать, что каждый отдельно взятый человек предрасположен к определённой натуре, присущей ему лично; редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь другой имел одинаковую с ним натуру». Медицинская сестра должна быть готова иметь дело с любой личностью, несмотря на то, что характер мировоззрения личности формируется социальным окружением, воспитанием и самовоспитанием, является одним из важнейших её качеств, её «стержнем».

Работая с разными категориями пациентов, медицинской сестре необходимо уважительно относиться к жизненным ценностям, обычаям и убеждениям пациента.

Важную роль на жизнедеятельность человека оказывает окружающая среда т.е. «...совокупность природных, социальных и духовных факторов и условий, где происходит жизнедеятельность человека». Окружающая среда по мнению американских специалистов: «Это все события, факторы и влияния, которым подвергается человек (или система), проходя через стадии развития. Все то, что не является человеком, рассматривается как окружающая среда...».

Некоторые теоретики сестринского дела подразделяют окружающую среду на: физическую, социальную и культурную.

Физическая среда - это прежде всего материальный мир: воздух, вода, свет, звуки, климат. Среда обитания человека должна быть безопасной. В домашних условиях - это определённая температура и влажность, яркость света, запахи, интерьер, допустимый уровень шума (чрезмерный шум приводит не только к стрессу, но и к снижению уровня слуха).

Социальная среда,- это семья, школа, соседи, друзья, коллеги по работе. Семья как правило играет главную роль в удовлетворении физических и социальных потребностей.

Культурная среда определяет поведение человека, его взаимоотношения, веру, а также язык,

традиции, обычаи, манеру общения.

Последней составляющей сестринского дела является здоровье. Существует его несколько определений.

В 1947 году ВОЗ определила здоровье, как «состояние полного физического, психического и социального благополучия», а не просто отсутствие заболевания или неполноценности. Исчерпывающего определения не существует, но следует помнить, что здоровье - это динамический процесс, который определяется субъективно и объективно; это умение заботиться о себе, целостность личности с оптимальным функционированием организма в целом и умственной деятельности; адаптации к стрессам, вызванным болезнью, смертью, разводом; процессы непрерывного роста и становления личности. Это цель, к которой нужно стремиться.

Сестра должна уметь оценить состояние человека, его самочувствие и помочь ему укрепить здоровье или предупредить заболевание.

Лекция №5. Потребности человека в здоровье и болезни.

Учебные цели Студенты должны знать:

- понятие о потребностях;
- иерархия потребностей по А.Маслоу, характеристика основных потребностей человека;
- условия и факторы, влияющие на способы удовлетворения потребностей;
- сестринская помощь в поддержании и восстановлении независимости пациента в удовлетворении его потребностей.

Нормальная жизнедеятельность человека, представляющего ценностную, динамическую, саморегулирующуюся биологическую систему невозможна без удовлетворения психосоциальных и духовных нужд. Эти потребности человек удовлетворяет на протяжении всей своей жизни. Если потребности удовлетворены, люди здоровы; с неудовлетворенными потребностями рискуют заболеть. Задача м\с, выявить неудовлетворительные потребности и помочь пациенту справиться с возникшей проблемой. Для усиленной реализации своей профессиональной деятельности, м\с 'Должны уметь правильно оценить физическое и душевное состояние пациента, понять, а что именно ему больше всего необходимо сейчас, как он себя поведет, и что с ним будет через какой-то определенный промежуток времени.

Что такое потребность?

Потребность- это состояние нужды организма в чем-то, что лежит вне его; составляет необходимое условие его нормального функционирования.

Существует много различных классификаций потребностей. Мы рассмотрим теорию американского психолога Абрахама Маслоу. Одной из его главных идей была мысль о том, что, в отличив от животных человек не стремится к равновесию со средой, а наоборот, хочет взорвать это равновесие, так как оно является смертью для личности. Он пришел к выводу, что существует определенная иерархия потребности человека.

Иерархия (hieros-священный; arche - власть)- расположение частей элементов целого в порядке от высшего к низшему. Были выделены 14 основных потребностей и расположены они согласно пяти ступеням. Согласно этой теории, одни потребности для человека более существенны, чем другие. Физиологические потребности человека, являются основой жизнедеятельности.

ИЕРАРХИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПО А. МАСЛОУ

САМОВЫРАЖЕНИЕ

Достижения.
Самостоятельность.
Личное отличие.

САМОУВАЖЕНИЕ И УВАЖЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ

Поощрение
Успех
Уважение
Самоуважение
Владение имуществом

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Одобрение.

Любовь.
Понимание.
Семья и друзья.
Привязанность.

БЕЗОПАСНОСТЬ

Надежность.
Одежда.
Защита.
Помощь.
Кров.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ

Воздух
Выделения.
Движение.
Пища.
Прикосновение.
Вода.
Секс.
Сон

Следующая ступень мотивационной структуры имеет значение лишь тогда, когда предыдущие уже реализованы.

Возможность удовлетворять свои проблемы у людей различна и зависит от нескольких общих факторов: возраст

- окружающая среда
- знания, умения, желания, способности самого человека.

Чтобы жить, человеку необходимо удовлетворять физиологические потребности в воздухе, пище, воде. Кроме того, каждый из нас нуждается в возможности двигаться, спать, выделять продукты жизнедеятельности и общаться с людьми, ощущать прикосновения и удовлетворять свои сексуальные интересы.

Следует помнить, что физиологические потребности одинаковы у всех людей, но испытываются они в разное время.

Потребность в кислороде (нормальном дыхании)

Это основная физиологическая потребность человека. Дыхание и жизнь - неразделимы. Человек давно усвоил: *dum spiro spera* (лат.) — пока дышу — надеюсь. Поддержание этой потребности стало должно стать для сестры приоритетной задачей. При недостатке кислорода дыхание становится частым и поверхностным. Возникает одышка, кашель. Следовательно, в основе проявления данной потребности лежат нарушения физиологических процессов дыхания и газового состава крови.

Потребность в пище

Питание также имеет важное значение для сохранения здоровья. Рациональное и адекватное питание помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Например, высокое содержание белка в пище способствует заживлению ран. И это положено в основу диетотерапии.

Потребность в жидкости

Для нормального функционирования здоровый человек должен выпивать 1,5-2л. жидкости ежедневно - вода, чай, кофе, молоко, суп. Такое количество восполняет потери в виде мочи, кала, пота и испарений при дыхании. Чтобы сохранить водный баланс, человек должен употреблять

жидкости больше, чем выделяет. В противном случае появляются признаки обезвоживания. От умения сестры предвидеть опасность обезвоживания зависит возможность пациента избежать многих осложнений.

Потребность в выделении продуктов жизнедеятельности

Не переваренная часть пищи выделяется из организма в виде разных отходов: мочи, кала, пота. Сестра, оказывающая помощь пациенту, имеющему проблемы с выделением должна быть особенно деликатна и, уважая право человека на конфиденциальность, обеспечить ему возможность уединения.

Потребность в сне и отдыхе

А.Маслоу также относит к физиологическим потребностям. Продолжительность сна современного человека, как правило, не менее 8-8,5 час, необходимых для полноценного отдыха.

При недосыпании человек становится неповоротливым, плохо соображает, недоволен своей жизнью, иногда даже хочет умереть.

При этом в крови снижается уровень глюкозы, ухудшаются питание мозга и замедляются мыслительные процессы. Недосыпание снижает способность к обучению и, следовательно, ночные «зубрежки» приносят больше вреда, чем пользы.

Отдых

Отдых - это состояние пониженной физической и психической активности.

Потребность в движении

Ограничение подвижности создает множество проблем для человека. Человек, не имеющий, способности передвигаться лишается возможности общения с окружающей средой. В связи с этим у человека, лишённого подвижности достаточно длительный период времени могут появиться проблемы в психосоциальной сфере: изменяются способность к обучению, мотивация, чувства и эмоции.

Сестринская помощь, направленная на максимально возможное восстановление подвижности, имеет огромное значение для улучшения качества жизни пациента.

Сексуальная потребность

Сексуальная потребность - это одна из наиболее важнейших физиологических потребностей, влияющая на качество жизни.

На сексуальное здоровье могут влиять его болезнь и рождение ребенка.

Ощущение «неудобства» при беседе с пациентом на эту тему необходимо: - понимать, как влияют на сексуальность сексуальная ориентация, культура и религиозные убеждения человека;

- определить лично для себя границы, в которых обсуждение с пациентами вопросов и проблем сексуальности не вызовет у вас неудобства;
- научиться определять проблемы сексуальности, находящиеся в пределах сестринской компетенции, и рекомендовать пациенту помощь соответствующего специалиста.

Потребности в безопасности и уверенности в будущем

Это потребности второго уровня. Для большинства людей безопасность означает надежность и удобство.

Социальные потребности

После удовлетворения потребностей второго уровня, важнейшее значение для человека приобретают проблемы третьего — социальные — семья, друзья, их общение, одобрение, привязанность, любовь. Большинство хочет, чтобы нас любили и понимали. Помогая человеку решить социальную проблему, можно значительно улучшить качество его жизни.

Потребность в самоуважении и уважении

А. Маслоу назвал самовыражение наивысшим уровнем потребностей человека. Он считал: удовлетворяя свою потребность, каждый верит, что делает что-то лучше, чем другие.

Сестра, составляя план ухода за пациентом, должна помочь ему реализовать хотя бы несколько из них.

Лекция №6

Модели сестринского дела

Учебные цели. Студент должен знать:

- содержание термина;
- значение моделей с/д для развития сестринской специальности;
- основные положения модели с/д;
- разнообразие моделей;
- модель В.Хендерсон.

По своей сути сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний и умений. В основе ухода должна лежать не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный на удовлетворение потребностей и решение проблем пациента. Другими словами в основе должна лежать модель.

Модель - это средство, помогающее представить, на чем акцентировать внимание сестры при обследовании пациента, какими должны быть цели и сестринские вмешательства.

Модель - это научно обоснованный набор понятий, который составляет элементы сестринской практики. Для планирования ухода можно выбрать какие-то элементы из различных моделей.

Разработано несколько различных моделей. Содержание каждой модели зависит от уровня экономического развития той или иной страны, её политики, общепризнанных ценностей, системы здравоохранения, религии, так и от философии и убеждений конкретного человека или группы людей, разрабатывающих ту или иную модель. Каждая модель отражает различия в понимании авторами не только термина «сестринское дело» но и понятий «пациент», «здоровье», «окружающая среда». Модель сестринского дела ориентирована на человека, а не на болезнь.

Например, до 17 века сестринское дело было сведено к уходу за пациентом. Как правило, не было никаких активных попыток повлиять на течение болезни. Модель сестринского дела, сложившаяся в США в конце 19-го, начале 20-веков, отражает деятельность Флоренс Найтингейл, которая считала, что состояние пациента можно улучшить, воздействуя на окружающую обстановку, для этого обеспечивался свежий воздух, тепло, свет, питание и соответствующая гигиена. Постепенно эти факторы стали важными для всех, а не только для больных, заложили основы профилактики.

С развитием медицинской помощи многие обязанности стали переходить к медицинской сестре (измерение температуры, артериального давления, выполнение ряда процедур и пр.). Кроме ухода за пациентом, сестра принимает активное участие в реабилитации и профилактике. В связи с этим появились другие модели сестринской помощи. В каждой модели отражаются мировоззрения и убеждения медицинских сестер, занимающихся её построением.

В настоящее время в мировой практике сестринского дела насчитывается более 30 концептуальных моделей сестринской помощи. В каждой модели сестринского дела имеются общие положения:

- пациент^;
- источник проблем пациента;
- направленность сестринского вмешательства;
- цель ухода;

- способы сестринского вмешательства;
- роль сестры;
- оценку качества и результатов ухода.

Наибольшее распространение получили модели: дополняющая (В.Хендерсон), модель поведенческой системы (Джонсон), адаптационная модель (Рой), модель дефицита самоухода (Орем).

Основные положения модели

Согласно врачебной модели человек (пациент) представляет собой набор анатомических органов и физиологических систем. При таком подходе человек рассматривается как «пассивный носитель болезни!»

Источник проблем пациента

Сестринское вмешательство при этой модели связано исключительно с биологическими потребностями человека, т.е. уход направлен на поддержание функции того или иного органа или системы, а не человека в целом.

Цель ухода

Цель ухода направлена на то, чтобы вызвать изменения в конкретных физиологических и анатомических системах организма, восстановив их деятельность до прежнего устойчивого уровня. В данной модели интересы пациента редко находятся в центре внимания.

Роль сестринского персонала сводится к роли «помощника» врача («при враче»).

На сегодняшний день существуют десятки моделей с/д. Фундамент моделей составляет философия с/д. Из всех моделей сестринского дела наиболее приемлемой для нашей страны признана одна из первых моделей, созданная в 1953 г. на основе учения об основных человеческих потребностях американского психолога А.Маслоу - модель Вирджинии Хендерсон.

Модель, предложенная Вирджинией Хендерсон (1966), акцентирует внимание сестринского персонала на биологических, психологических, социальных потребностях, которые могут быть удовлетворены благодаря сестринскому уходу. Одно из неизменных условий этой модели — участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода.

Пациент, согласно утверждению В.Хендерсон, имеет человеческие потребности, являющиеся одинаковыми для всех людей: «...Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...».

Взаимосвязь основных потребностей по А.Маслоу с фундаментальными потребностями по В. Хендерсон

Уровни основных потребностей человека по А.Маслоу	Виды повседневной деятельности по В.Хендерсон
Первый уровень: Физиологические потребности	Нормально дышать. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости. Выделять продукты жизнедеятельности. Двигаться и поддерживать нужное положение. Спать и отдыхать.

<p>Второй уровень: Потребность в безопасности</p>	<p>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 вредить другим людям.</p>
<p>Третий уровень: Социальные потребности</p>	<p>Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.</p>
<p>Четвертый уровень: Потребность в уважении и самоуважении</p>	<p>Выполнять работу, результаты которой приносят удовлетворение. Отдыхать, принимать участие в разнообразных развлечениях и играх. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.</p>

Медицинскую сестру В.Хендерсон видит с одной стороны - как самостоятельного и независимого специалиста в системе здравоохранения, поскольку она выполняет те функции, который не может выполнить пациент, с другой - как помощника врача, выполняющего его назначения.

Модель позволяет вернуть понятию «сестра» первоначальный замысел — «та которая питает, лелеет и защищает слабого; подготовлена для заботы о слабом».

Модели И.Роупер, В.Логан и А.Тайэрни

Данная модель была предложена Н.Роупер в 1976 году и дополнена в 80-е годы В.Логан и А.Тайэрни. все приводимые в данной теории фундаментальные потребности имеют биологическую, культурную и социальную основу. Причем степень их удовлетворения имеет прямую зависимость с возрастом человека, его социальным статусом и культурным уровнем.

Авторы данной модели определили 5 факторов, которые могут вызвать потребность в сестринском уходе:

- инвалидность;
- патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- несчастный случай;
- инфекционное заболевание;
- последствия влияния физических психологических и социальных факторов окружающей среды.

По данной модели сестра совместно с пациентом последовательно оценивает его возможность в удовлетворении фундаментальных потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы.

Проблемы сестринского вмешательства зависят от конкретных потребностей пациента и направлены только на их удовлетворение.

Модель поведенческой системы (Д.Джонсон)

Данная модель рассматривает пациента как поведенческую систему.

Пациент согласно модели Д.Джонсон - это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, причем каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя».

Нарушения равновесия внутри подсистем поведения - причина для сестринского ухода. Целью ухода должно быть восстановление равновесия в каждой подсистеме.

Роль сестры по определению Д.Джонсон является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от неё. Сестре отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие во время психологического и физиологического кризиса.

Адаптационная модель К.Рой (1976г.) Согласно данной модели

пациент рассматривается как личность, индивидуум.

Задачей сестры является оказание помощи пациенту в достижении и поддержании оптимального уровня здоровья в критические периоды жизни. Здесь сестра выступает в роли наставника-координатора. Фокусом вмешательства медицинской сестры являются способы адаптации пациента к окружающей обстановке во время происходящих изменений в его жизни.

Модель Д.Орем

Рассматривает человека как единую функциональную систему, имеющую мотивацию к самоуходу. Возможности и потребности в самоуходе должны быть в равновесии, независимо от того, здоров он или болен.

Сестринское вмешательство должно быть направлено на выявленный дефицит самоухода и его причины. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.

От моделей к сестринскому процессу.

Какую модель выбрать для практического применения? Как выбрать: интуитивно или полагаясь на личное восприятие? Модели нельзя рассматривать как «хорошие» или «плохие». Скорее их следует использовать как руководство к действию в той или иной ситуации. Следует учитывать, что все создавались в конкретной социальной и культурной среде, с учетом потребностей общества. Поэтому разные модели по-разному определяют природу человека, его потребности, роль сестры и объем сестринских вмешательств. Надо помнить, что модель, созданная в одной стране, может оказаться неприемлемой для другой.

В рамках Европейского регионального бюро ВОЗ сестрам, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности пациента и его семьи. Преимуществом использования модели ВОЗ является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья. Использование модели В.Хендерсон не исключает использования и других моделей.

Лекция №7

Сестринский процесс: понятия и термины

Учебные цели. Студент должен знать:

- основные понятия и термины;
- историю вопроса;
- цель сестринского процесса;
- этапы с/п, их взаимосвязь;
- понятие о стандартах в с/д.

Понятие о сестринском процессе родилось в США в середине 50х годов. В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования.

Сестринский процесс - научный метод организации и исполнения системного ухода за пациентами, ориентированный на удовлетворение универсальных потребностей человека, связанных со здоровьем.

Суть сестринского дела состоит в уходе за человеком и в том, каким образом сестра осуществляет этот уход. В основе сестринского процесса находится пациент как личность, требующая комплексного подхода.

Одним из важных условий осуществления сестринского процесса является участие пациента и членов его семьи в принятии решения относительно целей ухода, плана и способов сестринского вмешательства.

Степень участия пациента в осуществлении сестринского процесса зависит от нескольких факторов:

1. взаимоотношения сестры и пациента, степени доверия;
2. отношение пациента к здоровью;
3. уровня знаний, культуры;
4. осознания потребности в уходе.

Слово процесс — означает ход событий, в данном случае последовательность действий, предпринятых медсестрой при оказании помощи. Имеются три основные характеристики сестринского процесса:

1. цель;
2. организация;
3. творческие возможности.

К цели сестринского процесса относится поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма или спокойная смерть.

Данная цель достигается путем решения следующих задач:

1. создание базы информационных данных о пациенте;
2. определение потребностей больного в медицинском обслуживании;
3. определение приоритетов ухода;
4. составление плана ухода и обеспечение ухода за больным, соответствующего потребностям пациента;
5. определение эффективности процесса ухода за больными и достижение цели медицинского обслуживания пациента.

Сестринский процесс состоит из 5-ти последовательных основных этапов:

1. оценка состояния пациента (сбор информации о состоянии здоровья пациента);
2. Интерпретация полученных данных (определение и обозначение

- существующих и потенциальных проблем пациента, т.е. сестринский диагноз);
3. планирование предстоящей работы (определение программы действий);
 4. реализация составленного плана (дальнейшие действия медицинской сестры);
 5. оценка результатов эффективности перечисленных этапов (коррекция ухода в случае необходимости).

Сестринский процесс динамичен, т.к. по ходу развития отношений между Сестрой и пациентом возникают изменения текущей оценки. Это позволяет сестре своевременно реагировать на изменение потребностей пациента.

Третьей характеристикой сестринского процесса является творчество медицинской сестры, проявление которых в немалой степени зависит от влияния преподавателей. Углубление и продолжение образования расширяет творческие способности.

Все три характеристики сестринского процесса взаимосвязаны, т.к. цель сестринского процесса может быть достигнута благодаря правильной организации сестринского ухода, а эффективность сестринского дела зависит от творческих способностей медицинской сестры.

Сестринский процесс - это и:

1. структура, организующая сестринскую практику;
2. систематический метод определения ситуации, в которой находится пациент и медицинская сестра, а также возникающих в этой ситуации проблем с целью выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон;
3. научный метод профессионального решения сестринских проблем.

Преимущества внедрения понятия «сестринский процесс» для сестринского образования и сестринской практики:

1. системный и индивидуальный подход к обеспечению сестринского ухода;
2. активное участие пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода;
3. возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности;
4. повышение компетентности, независимости, творческой активности медицинской сестры, а значит и престижа профессии в целом.

Флоренс Найтингейл писала: «...Важнейший практический урок, который может быть дан медицинской сестре - это научить её тому, за чем наблюдать, как наблюдать, какие симптомы указывают на ухудшение состояния, какие признаки являются существенными, какие можно проигнорировать, какие признаки указывают на недостаточный уход, в чем выражается недостаточность ухода».

Итак, подведя итог всего вышесказанного можно составить сводную таблицу основных положений сестринского процесса (процесса ухода за больными).

Сводная таблица основных положений сестринского процесса

Этап сестринского процесса	Суть данного этапа	Мероприятия выполняемые на данном этапе
1. Оценка состояния пациента (сестринское обследование).	Сбор, оценка и взаимоувязывание информации с целью создания единой информационной системы о больном	1. сбор материала для истории болезни по уходу за больным; 2. проведение субъективного обследования; 3. проведение объективного обследования (общий осмотр, аускультация, пальпация, сбор лабораторных данных и данных
2. Интерпретация полученных данных, постановка сестринского диагноза	Идентификация потребности медицинского обслуживания пациента для формулировки диагноза ухода за больным.	1. анализ и определение ценности полученной информации; 2. сортировка полученной информации; 3. идентификация проблем пациента; 4. формулирование диагноза ухода за больным. 5.
3. Планирование ухода	1. "Определение совместно с пациентом ожидаемых результатов ухода и их запись. 2. Определение характера и объема сестринского вмешательства (разработка стратегии ухода за 'больным) и их документирование. 3. Определение совместно с пациентом продолжительности сестринского вмешательства с фиксацией в документации. 4. Определение возможных 'последствий ухода.	1. идентификация целей пациента; 2. выбор конкретных мер по уходу за больным; 3. установление возможных последствий ухода; 4. написание плана по уходу.
4. Выполнение (реализация) плана сестринского ухода.	Выполнение (непосредственная реализация) действий, направленных на достижение поставленных целей.	Непосредственная реализация составленного плана ухода за пациентом. При этом медицинской сестре обязательно нужно обратить внимание на то: как
	•	вмешательствах; когда их выполнять; как координируются все вопросы ухода; какова ответственность и

5. Оценка эффективности сестринского процесса	1. Определение степени достижения поставленных целей ухода. 2. Определение эффективности сестринского вмешательства при решении конкретных проблем пациента. 3. Дача новой информации для переоценки потребностей пациента и нового планирования ухода (в том случае, если "цель не была достигнута).	1. сопоставление итоговой реакции самочувствия пациента с устанавливаемыми критериями целей ухода; 2. подведение итогов ухода и анализ причины полученных результатов; 3. при необходимости корректировка планов по уходу за больным.
---	---	---

Сестринский процесс - динамичный, циклический процесс, информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств, действий медицинской сестры.

Документация сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента, составной частью, которой является план сестринского ухода.

Одним из достижений новых сестринских технологий является внедрение сестринского обслуживания в практическое здравоохранение с использованием стандартов профессиональной деятельности.

Стандарт - это эталон, образец, норма, модель - единый и обязательный, принимаемый за исходное для сопоставления с ним других подобных объектов, действий и т.п.

Стандартный план ухода - это базовый уровень сестринского обслуживания, обеспечивающий качественный уход по определённой проблеме пациента, вне зависимости от конкретной клинической ситуации.

Индивидуальный план ухода - письменное руководство по уходу, представляющее собой подробное перечисление действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода по определённой проблеме пациента с учетом конкретной клинической ситуации.

Таким образом, чтобы осуществить индивидуальный план ухода, медицинской сестре необходимо владеть знаниями стандартов специального ухода, стандартами манипуляций, процедур, ориентироваться на стандартную модель сестринского процесса.

**Стандартный план сестринского ухода за пациентом,
страдающим артериальной гипертензией (АГ)**

Проблема	Цель ухода	Действия сестры	Оценка
Дефицит знаний о: факторах риска АГ" необходимости коррекции питания; необходимости снижения массы тела; необходимости повышения стрессогеностойчивости.	Устранение дефицита знаний	1. беседа; 2. изучение специальной литературы; 3. обучение методике релаксации; 4. обучение контролю за массой тела; 5. подбор диеты; 6. консультации врача (при необходимости).	В течение недели
Нерегулярный и бессистемный прием лекарств	Прием ЛС строго по схеме, назначенной врачом	1. беседа; 2. мотивация пациента; 3. назначенных препаратов.	1 раз в неделю
Чувство тревоги из-за необходимости изменения стиля жизни и угрозы состоянию здоровья	Уменьшение ТХ\ PR C\ 1VH" T- 1 U^JtJVjytVrlDIA.	1. беседа; 2. литература; 3. COLjt^i-iud иетдик.£ измерения АД и ведению дневника самоконтроля; 4. обучение контроля водного баланса; 5. консультация психолога (при необходимости).	1 раз в неделю

Лекция №8

Понятие о внутрибольничной инфекции

Учебные цели. Студент должен знать:

- понятие об инфекционном процессе;
- пути передачи инфекции;
- определение ВБИ;
- основные причины роста ВБИ;
- роль медсестры в профилактике ВБИ.

Сегодня, согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к внутрибольничной инфекции (ВБИ) относят любое клинически распознаваемое заболевание, которое поражает пациента в результате его поступления в больницу или обращения за помощью, или сотрудников больницы, вследствие их работы в данном учреждении, вне зависимости от того, появились симптомы заболевания во время пребывания в больнице или после выписки.

Внутрибольничные инфекции имеют другие названия: госпитальные, нозокомиальные. Они наносят огромный ущерб здравоохранению в целом, как экономический, так и социальный.

Среди заболеваний, относящихся к ВБИ, большинство связано с медицинскими вмешательствами. Примерно 85% от всех ВБИ составляют гнойно-септические заболевания, а 15% - острозаразные инфекции.

К факторам, влияющим на возникновение ВБИ, относятся:

- снижение сопротивляемости организма;
- распространение антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов;
- увеличение удельного веса пожилых пациентов, ослабленных;
- несоблюдение правил инфекционной безопасности при уходе за пациентами;
- перегрузка лечебно-профилактических учреждений;
- устаревшее оборудование и т.д.

Внутрибольничные инфекции в последние годы приобрели исключительно большое значение для всех стран мира. Увеличение числа лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов с иммунодепрессивными свойствами, искусственное подавление иммунитета при пересадке органов и тканей, а также многие другие факторы усиливают угрозу распространения инфекций среди больных и персонала ЛПУ. По оценкам экспертов ВБИ представляет собой основную причину летальных исходов. Полученные в последние годы материалы свидетельствуют о том, что ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах.

Условно можно выделить 3 вида ВБИ:

- у пациентов, инфицированных в стационарах;
- у пациентов, инфицированных при получении поликлинической помощи;
- у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Основные причины роста ВБИ:

1. Создание крупных больничных комплексов с своеобразной экологией: большой плотностью населения, преимущественно ослабленного (пациенты), и медицинским персоналом, постоянно и тесно общающимся с больными.
2. Формирование мощного искусственного механизма передачи возбудителей инфекций, связанного с инвазивными вмешательствами, лечебными и диагностическими процедурами.
3. Активизация естественных механизмов передачи возбудителей инфекционных болезней, особенно воздушно-капельного и контактно-бытового.
4. Широкое, подчас бесконтрольное применение антибиотиков.
5. Формирование внутригоспитальных штаммов большого числа микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью.
6. Увеличение контингента риска - пациентов, выхаживаемых и излечиваемых благодаря достижениям современной медицины. В прошлом эти больные считались обреченными.
7. Возрастание доли пациентов, находящихся на «двух полюсах жизни», у которых снижены защитные силы организма.
8. Снижение неспецифических защитных сил организма у населения в целом в силу его эволюционной неподготовленности к стремительно изменяющимся условиям жизни в связи с бурным научно-техническим прогрессом.
9. Все более широкое использование для диагностики и лечения сложной техники, которая требует особых методов стерилизации.
10. Медленная психологическая перестройка части клиницистов, по-прежнему рассматривающих многие ВБИ как неинфекционную патологию и несвоевременно осуществляющих профилактические и противоэпидемические мероприятия или вовсе их не проводящих.

Нарушение санитарно-гигиенического режима в ЛПУ приводит к резкому росту заболеваемости ВБИ и возникновению вспышек.

Присоединяющиеся ВБИ сводят, на нет результаты операций на жизненно важных органах, перечеркивают усилия, затраченные на выхаживание новорожденных, увеличивают послеоперационную летальность, влияют на детскую смертность. Наслаиваясь на основное заболевание, по поводу которого пациент поступает, в стационар, они порождают новые проблемы и увеличивают длительность госпитализации больных.

Среди заболеваний, относящихся к ВБИ, большинство связано с медицинскими вмешательствами. Примерно 85% от всех ВБИ составляют гнойно-септические заболевания, а 15% - острозаразные инфекции.

К факторам, влияющим на возникновение ВБИ, относятся:

- снижение сопротивляемости организма;
- распространение антибиотико-резистентных штаммов микроорганизмов;
- увеличение удельного веса пожилых пациентов, ослабленных;
- несоблюдение правил инфекционной безопасности при уходе за пациентами;
- перегрузка лечебно-профилактических учреждений; - устаревшее оборудование и т.д.

В профилактике ВБИ в стационарах среднему персоналу отводится главенствующая роль - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция. Ежедневное, тщательное и неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и

составляет основу профилактики ВБИ. Определение понятия «инфекционный процесс»

Понятие «инфекционный процесс» определяет взаимодействие макро- и микроорганизмов, способствующее возникновению инфекционной болезни.

Главным условием возникновения инфекционного процесса является наличие возбудителя болезни.

Возбудители инфекции находятся в резервуарах (источниках) инфекции.

Резервуаром (источником) внутрибольничной (госпитальной) инфекции являются:

- пациент;
- окружающая среда: персонал, пыль, вода, продукты питания;
- инструментарий.

Типичными местами обитания ВБИ являются изделия из резины (катетеры, дренажные трубки), приборы, в которых используется вода и антисептики (дистилляторы, ингаляторы, ионизаторы и др.), аппараты для искусственного дыхания, инструментарий.

Преимущественными местами обитания ВБИ в организме человека являются кожа и мягкие ткани, мочевыводящие пути, полости - рта, носоглотки, влагалища, кишечника.

Различают аэрозольный (воздушно-капельный), контактно-бытовой и искусственный (артифициальный) механизмы передачи инфекции.

Факторы, влияющие на восприимчивость хозяина к инфекции. Основными факторами являются возраст человека, неблагоприятные условия окружающей среды, недостаточная иммунная защита организма, множество лечебно-диагностических процедур, хронические заболевания организма, невыполнение правил асептики и антисептики, нарушение правил дезинфекции и стерилизации медицинского инструментария и приборов.

Профилактика внутрибольничных инфекций

С целью профилактики внутрибольничных инфекций в учреждениях здравоохранения осуществляется следующий комплекс мероприятий.

1. Соблюдается санитарно-гигиенический режим.
2. Соблюдается порядок приема пациентов в стационар (осмотр и обработка при выявлении педикулёза, измерение температуры, взятие мазков из носа и зева на стафилококк.)
3. Уборка, дезинфекция уборочного инвентаря.
4. Санитарная обработка пациентов.
5. Дезинфекция предметов ухода и предметов медицинского назначения.
6. Проводится активное выявление инфекционных пациентов.
7. Соблюдается режим питания.
8. Соблюдаются правила сбора, хранения и удаления отходов.

ГЛОССАРИЙ

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) — организации призванные оказывать медицинскую помощь населению.

Паллиативная помощь - помощь, оказываемая умирающим пациентам для облегчения страданий.

Реабилитация - система мероприятий, имеющая целью восстановление здоровья и трудоспособности.

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

Сестринское дело - наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

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

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

Стандарт — образец, норма, эталон, модель — единая и обязательная принимаемая за исходное для сопоставления с ними других подобных объектов, действий и т.д.

Планирование - это установление очередности, определение целей и ожидаемых результатов сестринского вмешательства.

План сестринского ухода - это направление сестринского ухода, зафиксированное в сестринской истории болезни.

Концептуальная модель - способ осмысления дисциплины в ясных и точных терминах, которые могут быть переданы другим.

Иерархия - расположение частей элементов целого в порядке от высшего к низшему.

Инфекционный процесс - это противоборство между микроорганизмом и макроорганизмом.

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

Личность - общественная сущность человека.

Деонтология - от греческого dejn, deontos - должное, надлежащее и logos -учение, учение о должном поведении.

Этика - от греческого ethika - обычай, нрав, характер, философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности.

Профессиональный уход - научно-обоснованная система мероприятий, обеспечивающих максимальную адаптацию конкретного пациента к жизни в условиях болезни.

Самоуход — осознанная практическая деятельность, осуществляемая людьми, с целью поддержания качества жизни, здоровья и хорошего самочувствия.

Образ жизни - способ удовлетворения человеком своих потребностей.

Комфорт - состояние, при котором человек самостоятельно удовлетворяет свои потребности.

Потребность - физиологический или психологический дефицит, который человек испытывает на протяжении всей своей жизни.

Литература:

1. И. Скобцева. Домашний медицинский справочник. Уход за больными. Ростов-на-Дону.:Феникс. 348 с.
1. Учебно-методическое пособие по «Основам сестринского дела» - А.И. Шпирина
2. Сборник «Сестринское дело» - Мальцева Н.С., Чернявский В.Е.
3. Лемон: Пакет учебных материалов по сестринскому делу.
4. «Теоретические основы сестринского дела» - Мухина С.А., Тарновская И.И.

5. «Медицинская сестра» Практическое руководство по сестринскому делу.
6. «Теоретические основы сестринского дела» - Островская И.В., Широкова Н.В.
7. «Основы сестринского ухода» - Обуховец Т.П., Склярлова Т.А., Чернова О.В.