

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«Утверждаю»
Декан факультета ВСО
профессор Рустамова Х.Е.
«-----» ----- 2011г.

По предмету «Теория сестринского дела»

Текст лекции № 1

На тему: Введение в предмет. Теория, философия, история развития профессию сестринского дела. Роль международной проект “Лемон” в развитии сестринского дела.

Для студентов I курса факультета
“высшее сестринское образование”

Лектор: Разикова И.С.

Аннотация

лекционного материала по предмету «Теория сестринского дела»

Тема лекции Введение в предмет. Теория, философия, история развития профессии сестринского дела. Роль международной проект “Лемон” в развитии сестринского дела.

Эта лекция посвящена истории развития философии и научной теории сестринского дела. Знание как развивалось сестринское дело в разные времена за рубежом и в нашей стране, о деятельности и заслугах выдающихся деятелей сестринского дела, философии и теории сестринского дела поможет студентам глубже и всесторонне понять цели и задачи, назначения сестринского дела в здравоохранении.

Задачи лекции является рассмотреть со студентами исторические сведения о становлении заботы и ухода за больными в обществе. Разобрать со студентами три ранних образа медицинской сестры, которые стояли у истоков развития сестринского дела. Рассмотреть со студентами роль и значение деятельности Ф. Найтингейль в развитии сестринского дела. Проанализировать со студентами развития сестринского дела в Узбекистане. Обсудить со студентами определение сестринского дела, его цели и задачи. Рассмотреть со студентами философию сестринского дела. Обсудить со студентами научные теории сестринского дела.

Как всякая наука, сестринское дело имеет свою историю, которая охватывает тысячелетия. Зарождение медицинн связано с ранними этапами развития человека и человеческого общества. Весьма реально, что вначале медицина была достоянием всех и каждого, а не профессией немногих избранных. Впоследствии, женщина, став главой человеческого рода, первой начала сознательно обобщать этот народный опыт и в силу своего ответственного положения в обществе, использовать его на практике в целях излечения сородичей. История дает основания полагать, что именно женщина была первым лекарем нашей планеты, и народный эпос сохранил об этом добрую память. Женщина, как глава рода, заботилась не только о питании, поддержании очага, но также о благополучии и здоровье своих сородичей.

В условиях независимости Республика Узбекистан избрала и реализует курс на построение демократического правового государства и гражданского общества, обеспечивающих неукоснительное соблюдение прав и свобод человека, формирование социально ориентированной экономики на основе рыночных форм хозяйствования, современных технологий, духовного обновления общества, интеграцию в мировое сообщество; Избранная Узбекистаном собственная модель непрерывного образования, которая отражена в Национальной программе по подготовке кадров является уникальной и не имеет аналогов в международной практике. Она предусматривает коренное реформирование структуры непрерывного образования, с включением девятилетнего общего среднего образования, совершенно нового самостоятельного вида -среднего специального (академический лицей) и среднего профессионального образования (колледж), двухуровневую систему высшего образования (бакалавриат, магистратура), разработку содержания соответствующих образовательных и профессиональных программ, а также требований к качеству и уровню подготовки специалистов,

В соответствии с Государственной Программой, а также для решений задач, определенных «Государственной Программой по реформированию системы здравоохранения» в высших и средних медицинских учебных заведениях республики проводится реформа системы образования и в том числе в одном из важных направлений — сестринском деле.

2.1 Лекция № 1

1. Тема: Введение в предмет. Теория, философия, история развития профессии сестринского дела. Роль международной проект “Лемон” в развитии сестринского дела.

2.2 Цель лекции:

Эта лекция посвящена истории развития философии и научной теории сестринского дела. Знание как развивалось сестринское дело в разные времена за рубежом и в нашей стране, о деятельности и заслугах выдающихся деятелей сестринского дела, философии и теории сестринского дела поможет студентам глубже и всесторонне понять цели и задачи, назначения сестринского дела в здравоохранении.

2.3 Задачи:

1. Рассмотреть со студентами исторические сведения о становлении заботы и ухода за больными в обществе.
2. Разобрать со студентами три ранних образа медицинской сестры, которые стояли у истоков развития сестринского дела.
3. Рассмотреть со студентами роль и значение деятельности Ф. Найтингейль в развитии сестринского дела.
4. Проанализировать со студентами развития сестринского дела в Узбекистане.
5. Обсудить со студентами определение сестринского дела, его цели и задачи.
6. Рассмотреть со студентами философию сестринского дела.
7. Обсудить со студентами научные теории сестринского дела.

2.4 Ожидаемые результаты

Студент должен:

1. Знать исторические сведения о становлении заботы и ухода за больными.
2. Знать три вида- три ранних образа медицинской сестры зарубежом.
3. Знать роль и значение деятельности Ф. Найтингейль в развитии сестринского дела.
4. Знать национальную программу подготовки кадров
5. Знать развитие сестринского дела в Узбекистане.
6. Знать историю организации Красного Креста и Красного полумесяца.
7. Знать цели и задачи организации Красного Креста и Красного полумесяца.
8. Знать определение сестринскому делу данное ВОЗ, В. Хендерсон, Ф. Найтингейль, Международным Советом сестер (Новая Зеландия, 1987)
9. Знать цели и задачи сестринского дела.
10. Знать философию сестринского дела.
11. Уметь интерпретировать 4 парадигмы или 4 основные концепции сестринского дела
12. Знать обязательно из 30 концептуальных моделей сестринской помощи наиболее распространенные пять моделей.

2.5 Содержание лекции

План:

1. Развитие и становление сестринского дела как науки
2. Возникновение и развитие сестринского дела за рубежом
3. Развитие сестринского дела в Узбекистане.
 - А) *Определение сестринского дела, его цели и задачи*
 - Б) *Философия сестринского дела*
 - С) *Научные теории сестринского дела*

1. Развитие и становление сестринского дела как науки

Как всякая наука, сестринское дело имеет свою историю, которая охватывает тысячелетия. Зарождение медицины связано с ранними этапами развития человека и человеческого общества. Весьма реально, что вначале медицина была достоянием всех и каждого, а не профессией немногих избранных. Впоследствии, женщина, став главой человеческого рода, первой начала сознательно обобщать этот народный опыт и в силу своего ответственного положения в обществе, использовать его на практике в целях излечения сородичей. История дает основания полагать, что именно женщина была первым врачом нашей планеты, и народный эпос сохранил об этом добрую память. Женщина, как глава рода, заботилась не только о питании, поддержании очага, но также о благополучии и здоровье своих сородичей. Древние славяне называли их «берегинями». Первобытный человек увековечил память о женщинах, оставив их изображения: каменные изваяния женщин-прародительниц, женщин-хранительниц домашнего очага. Женщин «берегинь» находят сегодня на всех континентах и многочисленных островах нашей планеты в археологических слоях, относящихся к позднему палеолиту. Подробных данных о первых женщинах-врачевателях история не сохранила. Но народный эпос из глубины веков донес до нас имена врачевательниц, живших в эпоху матриархата: в Египте - Могучая Полидамна, в Чехии — мудрая Каза, в Колхиде — Медея. В древнейших памятниках письменности сохранились имена женщин-врачевательниц, живших в эпоху первобытного строя.

Так, в «Илиаде» Гомер называет светлокудрую Агамеду, знавшую все целебные травы, «сколько земля их рождает». Можно утверждать, что накапливавшийся в период матриархата опыт врачевания лег в основу медицинских знаний, которые человечество обрело гораздо позднее. Первые медицинские познания зародились в человеческом обществе не в связи с верованиями, а в тесной связи с условиями жизни, питанием, борьбой за существование. Религия возникла в человеческом обществе значительно позже в связи с расслоением его на классы.

Помощь больным, страждущим являлась долгом каждого, кто исповедовал христианство. Основными «лекарями» были священники или знахари, а потому и основными «лечебными учреждениями» были храмы (например, храмы Асклепия). Больницы развивались из церквей. В средние века они скорее походили на прибежище бедняков, на пресловутые приюты. По мере утверждения христианства как государственной господствующей религии в Европе, христианская церковь взяла на себя заботу о немощных и больных. Эта обязанность лежала на дьяконах (от греческого *diakonos* - служитель). Им помогали женщины, называвшиеся дьякониссами. В число дьяконисс нередко вступали лица знатных фамилий и даже особм царского рода.

В византийских христианских монастырях в обязательном порядке создавались богадельни и убежища-кельи для больных; как правило, там проживала небольшая группа бедных (до десяти больных). Это было милосердие «Богу угодное». С XI века дома-кельи стали называться больницами, а в странах Европы - госпиталями. Христиане верили, что спасение в загробной жизни будет зависеть от хорошего обращения друг с другом в этой жизни. Это оказывало сильное воздействие на развитие заботы о бедняках, голодных и больных. Характерным для общества того времени была ценность людей, способных беречь здоровье и исцелять. Древние целительницы использовали то, чему их научили наблюдения и история.

Основными приемами исцеления в рабовладельческом обществе были заклинания, молитвы, амулеты, жертвоприношения. С течением времени, с прибавлением знаний по уходу за больными стали использоваться домашние снадобья — уголь, сажа, зола, холодная и теплая вода, покой, хорошая пища, чистый воздух, травы, различные массажи, молитвы и обряды. В XI веке во многих городах Германии и Нидерландов были созданы общины женщин и девиц, называвшие себя бегинами. Они также занимались уходом за больными. Такие общины сохранялись до XX века.

За больными и умирающими ухаживали не только женщины. Во времена Крестовых походов (XII век) появились военизированные медицинские ордена, например, тевтонских рыцарей. После военных походов было основано много монастырей, где в свод необходимых знаний и умений входило умение оказывать медицинскую помощь. Поскольку там можно было получить образование, многие молодые люди стремились в монастыри с целью изучения медицины. С учреждением рыцарских орденов многие из них посвящали себя уходу за больными. Так, например, члены ордена святого Лазаря в Иерусалиме посвящали себя уходу за прокаженными. От названия ордена св. Лазаря произошло название лазарета. Получил большую известность основанный крестоносцами в Палестине духовно-рыцарский орден госпитальеров, названный по иерусалимскому госпиталю св. Иоанна - странноприимному дому для паломников. Небезынтересно, что великим магистром его в 1798 году был избран российский император Павел I. С XII века появляются духовные попечительства о больных - госпитальные братья и сестры. Орден «Братев милосердия» был основан в 1540 году в Испании. Община св. Елизаветы («Елизаветинки») существовала с XIII века в Германии. В XII веке появились различные учения, трактаты об уходе за больными. Один из трактатов принадлежит Са-лернской школе. Салернская медицинская школа возникла на юге Италии в IX веке и в 1213 году вошла в состав Салернского университета на правах факультета. Ученые этой школы написали множество сочинений, посвященных уходу за больными. Так, Феррарий написал исследование о лихорадке, Музандин - сочинение о приготовлении кушаний и напитков для больных. Арнольд из Виллановы является создателем написанного в стихах трактата под названием: «Regimen sanitatis Salernitanum» - «Салернский кодекс здоровья». В этом кодексе сформулированы правила режима дня и питания, подробно рассматриваются свойства различных пищевых продуктов, плодов и растений и их лечебное действие. Немалое место в этих наставлениях занимают описания рациональных движений и омовений, которым еще древние предшественники Салерно уделяли большое внимание. Салернские предписания для сохранения здоровья не утратили своего значения и в настоящее время и во многом соответствуют современным гигиеническим и диетическим требованиям. Таким образом, дошедшие до нас исторические сведения о становлении заботы и ухода за больными в обществе, дают нам представление о характере оказываемой помощи, о страждущих этой помощи и, наконец, о самих представителях «богу угодного» милосердия, которые являются неиссякаемым источником добра, любви, терпения, умения и сострадания по настоящий день. Женщина в силу своих природных особенностей (меньшая по сравнению с мужской физическая сила, врожденный инстинкт материнства) на первых этапах становления человеческой цивилизации выхаживала больных, раненых, , отождествляя их с беспомощными детьми.

2. Возникновение и развитие сестринского дела за рубежом

Известно, что у истоков развития сестринского дела за рубежом стоят три ранних образа медицинской сестры. Это фольклорный образ «сестра-мать» - период, когда уход за больными осуществлялся на дому женщинами из числа домашних и ограничивался лечением обрядами и травами. Другой религиозный образ «божий работник» - период, характеризующийся появлением всевозможных богаделен, где за больными ухаживали служители церкви. И третий этап («темный» период), это образ «слуги» - когда помощь стали оказывать люди, получившие специальное образование. Особенность и недостаток последнего периода в том, что медицинская сестра выступает лишь в роли исполнителя указаний врача.

В развитии сестринского дела в странах Европы в XIX веке большую роль сыграла деятельность выдающейся личности, англичанки Флоренс Найтингейль (1820-1910). Флоренс родилась во Флоренции (Италии), в богатой аристократической семье и получила блестящее

образование для женщины своего времени. Она прекрасно знала литературу, владела пятью иностранными языками, изучала математику и естественные науки, занималась живописью и музыкой. Но спокойная и обеспеченная жизнь не привлекала девушку. Флоренс искала возможность активно помогать бедным и больным. Но в то далекое время деятельность, связанная с милосердием, оказанием помощи нуждающимся, считалась занятием, не достойным знатной женщины. Девушка пожертвовала личным счастьем, дорогими отношениями с родителями, но осталась верна своему призванию. Благодаря упорству и настойчивости, она в 1851 году поступает в общину сестер пастора Ф. Флендера в Германии, где и получает сестринское образование.

Через два года Флоренс занимает пост заведующей больницей для учительниц в Лондоне. Во время эпидемии холеры в Лондоне, она работает сестрой милосердия в холерной больнице. Имя Флоренс Найтингейль приобретает известность, и ей предлагают заведовать Королевской больницей, но начавшаяся Крымская война (1853—1856) изменила ее планы.

В ходе боевых действий английская армия несла большие потери, которые возрастали из-за плохой организации военно-медицинской службы. Поэтому, военное министерство искало опытного, знающего человека с организаторскими способностями, которому можно было доверить возглавить отряд медицинских волонтеров. Таким человеком и оказалась Флоренс Найтингейль. Она лично отобрала 38 будущих сестер милосердия и отправилась с ними в английский госпиталь в Скутари (Турция). Отважных женщин ожидала страшная картина: прогнившие, грязные бараки, кишасшие паразитами тьюфяки, нехватка белья и перевязочного материала, отсутствие топлива. Более 2000 раненых лежали вповалку на прогнивших нарах, больные тифом и холерой не были изолированы от других больных и раненых.

Сестры милосердия во главе с Флоренс энергично взялись за переустройство госпиталя, за обеспечение в военно-полевых условиях максимально эффективного санитарного режима и сестринского ухода. Они добились снижения смертности с 42% до 2%. По ночам повсюду мелькал огонек Флоренс Найтингейль. Прозванная солдатами «Женщиной со светильником» она не отходила от больных и раненых. К концу войны под руководством Флоренс работало уже 125 сестер милосердия. После окончания войны, перед отъездом в Англию, она на свои деньги поставила на высокой горе над Балаклавой в Крыму большой крест из белого мрамора в память о погибших солдатах, врачах и медицинских сестрах. Помощь на театре военных действий принесла Флоренс еще большую известность. Ее именем на родине был назван корабль. Королева Виктория неоднократно приглашала замечательную женщину в резиденцию и подарила ей бриллиантовую брошь с надписью: «Блаженны милостивы».

После окончания Крымской войны Флоренс Найтингейль продолжила свою деятельность в медицине, но уже на другом уровне. Она пишет много книг и статей о назначении, роли, деятельности и подготовке сестер. Выходят в свет такие работы как «Заметки о госпиталях», «Заметки о сестринском деле», «Как надо ухаживать за больными» и многие другие, которые получают восторженную оценку медиков и в настоящее время. Влияние мисс Найтингейль на положение женщин в Великобритании было огромным. В 1856 году одна высокопоставленная дама так отозвалась о мисс Найтингейль: «Важнейшим делом Флоренс было то, что благодаря ей в обществе возросло мнение о возможностях женщин, их работе».

Много времени и сил отдавала Флоренс делу подготовки медицинских сестер. В 1860 году по инициативе Найтингейль в Лондоне при больнице Святого Фомы была открыта испытательная школа для сестер милосердия. В течение 27 лет этой школой руководила подготовленная Флоренс квалифицированная медицинская сестра. Заканчивая школу, сестры милосердия произносили составленную Найтингейль торжественную клятву, где были такие слова: «Всеми силами я буду стремиться помочь врачу в его работе и посвящу себя обеспечению здоровья тех, кто обратился ко мне за помощью».

Умерла Флоренс Найтингейль в возрасте 90 лет, она похоронена в кафедральном соборе Святого Павла в Лондоне. Самоотверженная женщина стала примером служения людям и проработкой международного милосердия. Медалью с ее изображением награждают за особые

заслуги отличившихся медицинских сестер. На оборотной стороне медали латинская надпись по кругу гласит: «Pro Vera Misericordia et cara Humanitate Perennis decor universalis» -«За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества» и посередине гравированная фамилия владельца. Медаль Флоренс Найтингейль была учреждена в 1912 году. К настоящему времени этой медалью награждено около 1000 человек, из них 46 российских медицинских сестер.

В 1934 году Международный Совет медицинских сестер совместно с Лигой обществ Красного Креста основал международный денежный фонд имени Флоренс Найтингейль, целью которого является содействие делу подготовки и переподготовки медицинских сестер во всем мире. Имя Флоренс известно во всем мире. Ей посвятил поэму «Святая Филомена» американский поэт Т. Лонгфелло. В ее честь в Лондоне и во Франции воздвигнуты памятники. Изображение Флоренс мы можем встретить и на денежных купюрах, и на почтовых марках. Ежегодно, 12 мая, в день рождения Ф. Найтингейль, во многих странах проводится в ее память «День больницы». Ее имя носят многие медицинские школы в разных странах.

3. Развитие сестринского дела в Узбекистане.

В условиях независимости Республика Узбекистан избрала и реализует курс на построение демократического правового государства и гражданского общества, обеспечивающих неукоснительное соблюдение прав и свобод человека, формирование социально ориентированной экономики на основе рыночных форм хозяйствования, современных технологий, духовного обновления общества, интеграцию в мировое сообщество;

Избранная Узбекистаном собственная модель непрерывного образования, которая отражена в Национальной программе по подготовке кадров является уникальной и не имеет аналогов в международной практике. Она предусматривает коренное реформирование структуры непрерывного образования, с включением девятилетнего общего среднего образования, совершенно нового самостоятельного вида -среднего специального (академический лицей) и среднего профессионального образования (колледж), двухуровневую систему высшего образования (бакалавриат, магистратура), разработку содержания соответствующих образовательных и профессиональных программ, а также требований к качеству и уровню подготовки специалистов,

В соответствии с Государственной Программой, а также для решения задач, определенных «Государственной Программой по реформированию системы здравоохранения» в высших и средних медицинских учебных заведениях республики проводится реформа системы образования и в том числе в одном из важных направлений— сестринском деле.

На сегодняшний день в Республике имеется 49 медицинских училищ, призванных готовить средние медицинские кадры для нужд практического здравоохранения. Согласно программе реформирования, 4 из них перепрофилированных в учебные заведения нового типа— медицинские колледжи. Такие колледжи организованы в городе Асаке, Самарканде, Нукусе и Намангане.

Государственной Программой предусмотрено поэтапное перепрофилирование существующих медицинских училищ в медицинские колледжи путем реконструкции и нового строительства до 2005 года.

Педагогическую деятельность в этих колледжах по специальным предметам в перспективе будут осуществлять выпускники факультетов медико-педагогического дела медицинских институтов.

Министерством здравоохранения разработаны и внедрены новые Государственные образовательные стандарты для медицинских колледжей по восьми направлениям (сестринское дело, лечебное дело, акушерское дело, стоматология, ортопедическая стоматология, фармация, оптика, медико-профилактическое дело), а также соответствующие экспериментальные учебные планы и программы.

Во вновь организованных колледжах проводится апробация этих экспериментальных планов и программ.

В Указе Президента "О коренном реформировании системы здравоохранения» особое внимание уделено совершенствованию системы оказания первичной помощи населению, где немаловажное место занимают медицинские сестры. В связи с этим возрастает роль сестринского персонала в оказании качественных сестринских услуг населению, санитарном просвещении по таким важнейшим направлениям как формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний, половое воспитание, здоровое материнство и детство. Сегодня роль медицинской сестры в первую очередь должна соответствовать нуждам здоровья людей, Медицинская сестра должна быть хорошо образованным специалистом, равноправным членом медицинской бригады. . Соответственно этому учебная программа медицинского колледжа ориентирована на подготовку медицинских сестер для работы с населением, прежде всего в сельских и городских врачебных пунктах, семейных поликлиниках.

Государственная программа реформирования системы образования и здравоохранения Республики Узбекистан создала правовую базу для многоуровневой подготовки медицинских сестер. А именно: первый уровень- это базовая сестринская подготовка в медицинских колледжах или училищах и второй уровень — подготовка кадров с высшей квалификации сестер на базе медицинских институтов. Согласно Указа Президента в 1999-2000 учебном году впервые осуществлен набор на отделение медицинской сестры высшей квалификации.

Соответственно этому сестринское дело в Республике Узбекистан поднялось ещё на одну ступень своего развития. Начиная с 1999 года появились студенты новой формации — медицинские сестры, с высшим образованием сегодня могут выпускники медицинских училищ и колледжей, а также практикующие медицинские сестры. Данные отделения организованы на базе медицинских ВУЗов и готовят специалистов по следующим направлениям: менеджер, акушерка родильного блока, медицинская сестра хирургического блока и медицинская сестра отделения реанимации и анестезиологии. Подготовка такого вида медицинских сестер позволит в первую очередь обеспечить высококвалифицированными сестринскими специалистами организованные в Республике центры экстренной и неотложной медицинской помощи, а также специализированные медико-профилактические учреждения.

Основной целью подготовки специалистов нового направления является углубленное профессиональное образование в области сестринского дела для удовлетворения потребности здравоохранения в кадрах соответствующей квалификации, способных обеспечить высокий уровень медицинского обслуживания населения, владеющих высокими профессиональными, нравственными и другими качествами, а также лидеров, способных возглавить соответствующие сестринские коллективы. В подготовке медицинской сестры с высшей квалификацией немаловажное значение придаётся анализу самого процесса инновационного поиска, его роли в формировании личности, способной- не только искать и находить новые нестандартные решения, но и реализовать их на практике, развитию навыков управления и ведения экономики, анализу состояния пациента с установлением сестринского диагноза, изучению основных аспектов психологии, этики общения с личностью, решению ряда проблем больного.

Реформа среднего медицинского образования позволит изменить традиционно сложившиеся стереотипы о роли медицинской сестры как помощника врача и его; покорного исполнителя.

Нам предстоит в ближайшее время создать многоуровневые системы управления средним медицинским персоналом, рационально распределить задачи и полномочия между сестрами-руководителями, обеспечить рациональное соотношение и взаимодействие медицинских сестёр с другими работниками здравоохранения. Одним из приоритетных направлений в области развития сестринского дела являются научные исследования, которые позволят на основе полученных данных защищать диссертации и получать соответствующие учёные степени и звания. Внедрение этого процесса будут решать в ближайшем будущем. Всё это позволит в корне изменить существующее положение в сестринском деле как составной части

организационной технологии здравоохранения, направленной, на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения.

После Октябрьской революции 1917 года практически все центры подготовки сестер милосердия подчинялись Главному управлению Российского Общества Красного Креста (РОКК). 7 августа 1918 года Совнарком РСФСР издал декрет, которым Советскому Красному Кресту были присвоены юридические права общественной организации, работающей на основе Женевской конференции 1864 года.

15 октября 1921 года Международный Красный Крест опубликовал Постановление о признании Советского Красного Креста. До революции практически не существовало подготовки медицинских сестер по охране материнства и младенчества.

В 1918 году Институтом охраны материнства и младенчества был поставлен вопрос о необходимости подготовки сестер данного профиля. Были открыты 9-месячные курсы по их подготовке, которые через четыре года стали 2-годовалыми. После Октябрьской революции подготовкой медицинских сестер занимались школы, открытые в 1920 году. Для этих школ Наркомздрав утвердил «План обучения и программы школ сестер милосердия». В 1927 г. утверждается Положение о медицинской сестре, в котором были четко определены обязанности медицинской сестры по уходу за больными.

С этого времени профессиональный статус медицинской сестры был определен.

25—30 октября 1922 года была проведена 1-я Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию, на которой были определены типы средних медицинских учебных заведений и основные профили подготовки медицинских сестер. Для практической работы лечебных учреждений было признано необходимым готовить медицинскую сестру по следующим направлениям: сестра для лечебных учреждений, по охране материнства и младенчества (позже сестра-воспитательница), для социальной помощи. В стране начали создаваться фельдшерско-акушерские школы, школы по подготовке сестер по уходу за больными, сестер по охране материнства и младенчества, курсы по переквалификации ротных фельдшеров. В Москве был организован специальный профилактический техникум по подготовке сестер социальной помощи.

В январе 1926 года в Москве состоялась 2-я Всероссийская конференция по среднему медицинскому образованию, которая подготовила реформу по унификации обучения среднего медицинского персонала. Все медицинские училища, школы, курсы были преобразованы в медицинские техникумы, в которых всем поступающим давалась единая общемедицинская подготовка с дальнейшей специализацией. Срок обучения медицинских сестер в них составил 2,5 года.

В 1927 году Красным Крестом стали создаваться первые санитарные дружины. Были организованы курсы Советского Красного Креста, носившие название «Курсы сестер запаса». Преподавание на этих курсах велось бесплатно, окончившие их получали удостоверение, дававшее право выполнять обязанности медицинских сестер в военное время. На 3-й и 4-й Всероссийских конференциях по среднему медицинскому образованию, проходивших в 1925-1929 гг., принцип политехнического образования медицинских сестер был закреплен и углублен. На смену определения «сестра милосердия» пришло другое - «медицинская сестра».

В 1930 году руководство средним медицинским образованием было передано в ведение наркомздравов союзных республик. В 1931 году срок обучения на всех отделениях медицинских техникумов был сокращен до 2 лет. Вместе с этим был взят курс на узкую специализацию, впервые началась подготовка рентгентехников, лаборантов, помощников санитарных врачей. В этот период стали открываться вечерние и заочные отделения. До 1936 года система подготовки средних медицинских работников в союзных республиках была различной как по профилям подготовки, так и по срокам обучения. Единая система среднего медицинского образования в СССР была определена постановлением СНК СССР от 8 сентября 1936 года «О подготовке средних медицинских зубоветеринарных и фармацевтических кадров».

В связи с развитием сети лечебных и профилактических учреждений было решено принимать на службу наряду с выпускницами техникумов также и сестер запаса. В связи с этим организациями Красного Креста были созданы полноправные двухлетние курсы и курсы деэквалификации. В 1934 году их окончили 20 000 человек, получивших юридические права медицинских сестер с полным курсом обучения. На курсах Красного Креста обучение происходило без отрыва от производства. Красный Крест организовывал также подготовку сестер-парашютисток, борт сестер, была начата подготовка колхозных медицинских сестер по особым сокращенным программам.

В 1938 году Общество Красного Креста и Красного Полумесяца передало свои лечебные учреждения органам здравоохранения. Постановлением СНК СССР от 8 сентября 1936 года была создана единая система среднего медицинского образования в СССР. 1 июля 1939 года был организован центральный методкабинет по среднему медицинскому образованию при Наркомздраве СССР. К 1940 году обеспеченность населения средними медицинскими кадрами по сравнению с дореволюционным уровнем возросла в 8 раз и составила 24 средних медицинских работника на 10 000 человек.

Медицинские сестры нового поколения, подготовленные в системе Наркомздрава и Общества Красного Креста, получили боевое крещение на полях сражений у озера Хасан (1938), на реке Халхин-Гол, во время вооруженного конфликта с Финляндией, проявив героизм и мужество при оказании медицинской помощи советским воинам. Они работали не только в госпиталях, но и в передовых частях под огнем противника. Хирург профессор М. Н. Ахутин писал: «Эти женщины умели делать все, по мере необходимости они из медицинских сестер превращались в прачек и поварих. Они отлично подчинялись воинской дисциплине и вместе с нами переносили все тяжелые напряженные моменты».

В годы Великой Отечественной войны (1941-1945) вместе со всем народом выполняли свой патриотический долг 500 тысяч средних медицинских работников - фельдшеров и медицинских сестер. С первых дней войны со всей остротой встала проблема организации оказания первой медицинской помощи, выноса и эвакуации раненых с поля боя. От своевременного и правильного проведения этих мероприятий зависели сохранение жизни и скорейшее возвращение раненых в строй. В условиях исключительно напряженных боевых действий, в сложной и опасной обстановке переднего края выполнение этой задачи требовало от средних медицинских работников знаний, умения, личного мужества и самоотверженности. Местом оказания первой медицинской помощи более чем в 84% случаев было поле боя. Впервые в истории войн работа советских военных медиков была приравнена к боевому подвигу.

С началом Великой Отечественной войны Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца вновь включился в организацию подготовки медицинского персонала вместе с Наркомздравом СССР и Главным военно-санитарным управлением Красной Армии. За два первых года войны организациями Красного Креста было подготовлено 516 тысяч медицинских работников, в том числе 205 тысяч медицинских сестер и 285 тысяч сандружинниц. Медицинские сестры работали на фронте в качестве санитарных инструкторов рот, в полковых и дивизионных медицинских пунктах и госпиталях фронта и тыла. Они проявляли замечательные качества русской женщины - исключительную сердечность по отношению к раненым и больным, готовность отдать все свои силы и даже жизнь при выполнении своих обязанностей. 70% раненых и больных воинов благодаря медицинской помощи были возвращены в строй, и в этом успехе значительна роль медицинских сестер. Своей службой медицинские сестры наряду с советскими воинами приблизили историческую победу над фашизмом. Они выполнили торжественную клятву, данную 24 августа 1941 года в Колонном зале Дома Союзов в Москве, где состоялось собрание медицинских сестер: «Страна доверила нам самое дорогое — жизнь доблестных защитников Родины, и мы оправдаем это доверие».

Многие медсестры за проявленные в годы войны мужество и героизм были награждены правительственными наградами, семнадцать наиболее отличившимся из них было присвоено

звание Героя Советского Союза, 41 медицинскую сестру Международный комитет Красного Креста и Красного Полумесяца наградила медалью имени Флоренс Найтингейль, 19 сестер награждены орденом Славы всех трех степеней.

В 1946 году Минздрав СССР утвердил новые учебные планы по подготовке квалифицированных специалистов со средним медицинским образованием для работы в крупных лечебно-профилактических центрах страны. В 1953 году медицинские школы были реорганизованы в медицинские училища, которые готовили всех специалистов со средним медицинским образованием. Были утверждены единые профили подготовки и сроки обучения. В соответствии с потребностью лечебно-профилактических учреждений в кадрах проводится подготовка специалистов более широкого профиля: фельдшеров, акушерок, санитарных фельдшеров, медицинских сестер, медицинских лаборантов, медицинских сестер для детских лечебно-профилактических учреждений, фармацевтов, зубных врачей, зубных техников, техников по монтажу, ремонту и эксплуатации рентгеновской и электромедицинской аппаратуры. В новых учебных планах увеличилось количество часов на предметы общемедицинского и специального циклов, на учебно-производственную практику и т. д.

В 60-х годах для улучшения качества и ухода за больными некоторые больницы в порядке опыта были переведены на двухступенный метод обслуживания, сущность которого заключается в том, что уход за больными осуществляется младшими медицинскими сестрами, имеющими специальную медицинскую подготовку. Практика работы по двухступенной системе показала, что это прогрессивная форма обслуживания, особенно в отношении тяжелобольных, но она требует увеличения штата медицинских сестер.

Рост сети медицинских учреждений, развитие специализированной медицинской помощи, внедрение в практику сложных методов лечения, оснащение лечебных учреждений медицинской аппаратурой вызвали необходимость усовершенствования организации труда средних медицинских работников. Им была предоставлена широкая возможность повышать свою квалификацию: создана специальная медицинская литература, серия книг «Библиотека среднего медицинского работника», журналы «Фельдшер и акушерка» и «Медицинская сестра», организуются семинары, декадни и другие формы учебы. В 1965 году были организованы курсы повышения квалификации средних медицинских работников при крупных учреждениях здравоохранения. А к 1981 году функционировали уже первые 15 училищ повышения квалификации.

В системе здравоохранения стали появляться должности сестер-руководителей. В частности, в 1965 году приказом МЗ СССР № 395 была утверждена должность главной медицинской сестры. В 1977 году приложением № 45 к этому же приказу в штатное расписание лечебных учреждений вводится должность старшей медицинской сестры, а в 1979 году главные медицинские сестры включены в штатное расписание лечебных учреждений с числом коек более пятидесяти.

Главное назначение сестринского дела заключается в оказании помощи пациенту. Дело выхаживания больных и страждущих, пройдя через разные этапы развития подвижничества, стало профессией. В связи с изменениями в системе современного здравоохранения, изменяется и понимание роли медицинской сестры, ее статуса в обществе.

А) Определение сестринского дела, его цели и задачи

На определение сестринского дела оказывают влияние различные факторы. Это, прежде всего, экономическое, социальное и географическое положение страны, существующая система здравоохранения и уровень ее развития, структура сестринского персонала с четко определенными функциональными обязанностями, отношение медицинского персонала и общества к сестринскому делу, наконец, это личное мировоззрение человека, дающего определение сестринской науке. Не удивительно, что определения сестринского дела, данные

врачом, медицинской сестрой, пациентом, его родственниками, администрацией, страховыми и законодательными органами, будут отличаться друг от друга.

Участники Всероссийской научно-практической конференции по теориям сестринского дела (Галицино, 1992 г.) дали следующее определение этой науке: **«Сестринское дело - часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленное на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды».**

Комитет Экспертов ВОЗ еще в 60-е годы **определил сестринское дело как «практику человеческих взаимоотношений», а медицинская сестра «должна уметь распознать потребности больных, возникающие в связи с болезнью, рассматривая больных как индивидуальные человеческие существа».**

Считается классическим определение, которое дала американская медицинская сестра и преподаватель Вирджиния Хендерсон в 1961 году, получившее позже международное признание: **«Оказание 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».**

Другое определение дали американские медицинские сестры в 1984 году: **«Медицинская сестра - человек, который питает, лелеет и защищает; подготовлен для заботы о слабом».**

Но первое определение сестринского дела дала легендарная Флоренс Найтингейль в известных «Записках об уходе» в 1859 году, определив его как **«действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».** При этом задача сестры в создании для больного таких условий, при которых природа оказывала бы свое целительное действие. Она считала, что уход за больными и уход за 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». Она первая отметила, что «по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний», а кроме этого «организации, практической и научной подготовки».

В чем же отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача? Лечебное дело, 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.

Но болезнь ставит перед больным, его семьей, коллективом, в котором он работает или учится, ряд вопросов и проблем. Например, врачи спасли жизнь пострадавшему после тяжелой черепно-мозговой травмы, но не смогли из-за тяжести травмы и повреждения зрительных нервов сохранить пациенту зрение. У пациента и его семьи возникло множество проблем, которые они не в состоянии решить без помощи медицинской и социальной служб, без помощи общества. В этом случае важную часть проблем пациента поможет решить именно медицинская сестра.

Она поможет психологически адаптироваться пациенту и его близким к возникшей ситуации, обучит его элементам самогигиены и самоухода, поможет определить свое место в общественной жизни.

Следовательно, **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 и могут возникнуть в связи с переменами в здоровье.**

Таким образом, сестринское дело - это самостоятельная профессия, обладающая достаточным потенциалом, чтобы стать вровень с лечебным делом. Отсюда ясно, что 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. Она должна быть прекрасным руководителем (на любом уровне), обладающим задатками лидера, менеджера, педагога и психолога. Потребность в деятельности медицинской сестры не имеет ограничений ни по политическим, ни по социальным признакам, ни по национальной и расовой принадлежности, ни по вероисповеданию, ни по возрасту или полу.

На совещании национальных представителей Международного Совета сестер (Новая Зеландия, 1987 г.) была дана следующая формулировка 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».**

Чтобы соответствовать современным требованиям, медицинская сестра должна знать помимо норм здоровья и основ сестринского ухода психологические особенности поведения пациентов. Должна не только ознакомиться с симптомами и синдромами заболевания, определить возможные причины его возникновения, но и разработать комплексную индивидуальную программу ухода за пациентом, включающую врачебно-консультативную помощь, сестринское наблюдение, а также организацию социальной и психологической помощи. В своей работе медицинская сестра исходит из принципа, что медицинская помощь - это право каждого человека, а не привилегия.

Общество предъявляет высокие требования к морали и этическим вопросам. Медицинская сестра вместе с врачом участвует в испытании и апробировании новых лекарственных препаратов, в разработке новых методов исследований, участвует в проведении искусственного осеменения, абортах, стерилизации, продлении жизни. Кто она, послушный помощник или активный участник? Как определить меру ее ответственности, согласия или несогласия с действиями врача?

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 в высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи.**

При этом **основными целями 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 последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;
- выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

Сестринское дело решает следующие задачи:

- развитие и расширение организационных и управленческих резервов по работе с кадрами;
- консолидирование 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 ее 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.

Б) Философия сестринского дела

Философия в медицине - это не ново. 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. Авиценна в свое время создал философскую медицинскую энциклопедию, которую назвал «Книга исцеления». О философии в медицине говорили Платон и Сократ, Гиппократ и Авиценна, Гален и Горацио и многие другие ученые того времени.

Классическое определение дает нам понятие о философии как о форме духовной деятельности, направленной на постановку, анализ и решение мировоззренческих вопросов, связанных с формированием целостного взгляда на мир и на место в нем человека. Следовательно, говоря о философии, мы говорим о том, как человек мыслит, во что верит и как воспринимает жизнь. Это целостная система взглядов на мир (природу, общество, мышление), оказывающих существенное воздействие на деятельность человека. Это способ подумать, кто мы такие и какова наша роль в обществе.

Философия сестринского дела, в свою очередь, отражает мировоззрение сестры в отношении ее деятельности, формирование целостного взгляда на сестринское дело, на роль и место в нем сестринского персонала. В центре этой философии, этого мировоззрения — человек, больной, здоровый или умирающий. Человек, обладающий биологическими, психологическими, социальными и духовными потребностями. Человек, имеющий право на активную, гармоничную жизнь и развитие, на получение сестринских услуг, независимо от вероисповедания и социального положения. Эта философия основана на общечеловеческих принципах этики и морали. Большое внимание здесь уделяется отношению медицинской сестры к пациенту как к человеку, к личности. **Основными принципами философии сестринского дела являются - уважение к жизни, достоинству и правам пациента.**

Философия сестринского дела дает определение сестринским обязанностям, целям и личным качествам медицинской сестры.

Философия сестринского дела устанавливает:

- этические обязанности медицинской сестры по обслуживанию пациентов (соблюдать конфиденциальность, уважать автономию пациента, говорить правду и т. д.);
 - цели, к которым стремится медицинская сестра (независимость, здоровье, знания, умение 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.

Определение сестринского дела дают нам **четыре парадигмы** или четыре основные концепции: **сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье** (WORLD VISION INTERNATIONAL, 1993).

Флоренс Найтингейль говорила, что **сестринское дело** одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах. Искусство и наука проявляются в сестринском деле как в работе сестры-исполнителя, так и в деятельности сестры-руководителя. Например: при осуществлении наложения повязки пациенту сестре необходимо не только знание правил и требований, предъявляемых к наложению повязки (какой будет использоваться перевязочный материал — марлевый бинт, сетчатый, трубчатый, или это будет марля и т. д.; вид накладываемой повязки, цель наложения и т. п.), что говорит о научной стороне дела.

При этом медицинская сестра должна наложить повязку красиво, аккуратно, то есть обладать эстетическим вкусом, ей необходимо побеседовать с пациентом (объяснить с какой целью накладывается данная повязка, как с ней обращаться в домашних условиях и т. п.), то есть проявить искусство заботы о пациенте.

В сфере деятельности сестры-руководителя искусство и научный подход проявляются и в общении с персоналом, с пациентами, и в умении эффективно строить сестринский процесс, и в умении правильно организовать профессиональный рост сотрудников и т. д. Таких примеров и объяснений к ним можно привести множество. Этот подход требует, чтобы воображение и творчество сочетались с научным пониманием.

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.

Понятие **личности** занимает в философии сестринского дела особое место. Вообще проблема личности в философии — это прежде всего вопрос о том, какое место занимает человек в мире. Биологические, психологические, социальные и духовные компоненты составляют единое целое человека, пациента. Они характерны для всех людей, но индивидуальны для каждого из нас - они-то и представляют личность каждого из нас.

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 ее качеств, ее «стержнем».

Работая с разными категориями пациентов, современная медицинская сестра создает атмосферу уважительного отношения к прошлому и настоящему пациента, его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. А учитываем ли это мы, размещая пациентов в палатах? Сколько проблем, обид у пациентов, сколько приступов стенокардии и повышения артериального давления, сколько вызовов дежурной службы из-за психологической несовместимости разных пациентов и не учета этого медицинским персоналом?

Медицинская сестра принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью существует угроза со стороны сотрудников или других людей. В «Этическом

Кодексе Международного Совета медицинских сестер» записано: «Ни назначения врача, ни политика, ни администрация (их решения и действия, проводимая политика) не снимают с медицинской сестры моральной или юридической ответственности за действия и решения». Не случайно основными чертами характера медицинской сестры названы - заступничество, опыт, неравнодушие. Это созвучно и девизу первого международного сестринского общества ЛЮБОВЬ, МУЖЕСТВО, ЧЕСТЬ.

Окружающая среда всегда оказывала влияние на жизнедеятельность человека. Она была распознана еще со времен деятельности Флоренс Найтингейл как существенный фактор в предотвращении заболеваний и поддержании здоровья. Окружающая среда подразделяется на:

- физическую, включающую географическое положение, климат, качество воздуха, воды и т. п.;

— социальную, играющую огромную роль в формировании личности пациента, с которым медсестре придется работать (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.)

В зависимости от окружающей среды, в которой рос, живет и работает пациент, сестре необходимо строить свои взаимоотношения с ним - это та путеводная нить, которая ведет и пациента, и медицинскую сестру к успеху. Именно основой мировоззрения является отношение «человек и окружающий мир» с определенных социально-классовых позиций. Это отношение имеет свою собственную структуру: познание, практическая деятельность.

Здоровье — очень широкая концепция, которая определяется по-разному на различных жизненных этапах. В 1947 году ВОЗ определила здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие заболеваний или неполноценность. Порой трудно определить, что является здоровьем, но следует учитывать, что здоровье — это динамический процесс, который может быть определен как объективно, так и субъективно. Это цель, к которой нужно стремиться. Это понятие включает умение заботиться о самом себе, оно обеспечивает чувство целостности организма и окружающей среды, оно справляется со стрессом путем адаптации. Процессы непрерывного роста и становления являются его составной частью.

«Ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного, повседневного отношения к самому важному и сокровенному для человека: его ЖИЗНИ и СМЕРТИ» (Ф. Найтингейл, 1886).

С) Научные теории сестринского дела

Если содержание процесса или явления слишком велико и абстрактно, тогда оно заменяется моделью, которая облегчает его изучение и анализ. Различают политические модели, экономические, социальные, медицинские и т. д. Медицинская модель существует на протяжении веков, она ориентирована на заболевание, когда усилия врача направлены на постановку диагноза и лечение патологического состояния. Все его внимание сосредоточено на поиске и лечении отклонений, дисфункций и дефектов. Большинство видов деятельности врача — лечение, преподавание или научно-исследовательская работа, так или иначе направлены на различные аспекты заболеваний и недугов. Модель сестринского дела ориентирована на человека, а не на болезнь. Эта модель должна быть приложима к нуждам пациентов, их семей и общества, предоставлять медицинским сестрам широкий выбор ролей и функций для работы не только с больными и умирающими пациентами, но и со здоровым контингентом населения. Модели сестринской помощи отражают существующую действительность, дают возможность сравнивать различные концепции сестринского дела на протяжении длительного времени.

Например, до XIX века сестринское дело было сведено к уходу за пациентом. Как правило, не было никаких попыток активно повлиять на течение болезни. Модель сестринского дела, сложившаяся в США в конце XIX-начале XX века, 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, это заложило основы профилактики.

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

В настоящее время в мировой практике сестринского дела насчитывается более 30 концептуальных моделей сестринской помощи. Они содержат следующие основные положения: определение пациента, источник проблем пациента, приоритетная задача сестры, роль сестры, фокус вмешательства, способы вмешательства, ожидаемый результат.

Наибольшее распространение получили пять моделей: эволюционно-адаптационная (Канадская Ассоциация сестер), добавочно-дополняющая (Хендерсон), модель поведенческой системы (Джонсон), адаптационная модель (Рай); модель дефицита самоухода (Орэм).

Эволюционно-адаптационная **модель** рассматривает пациента как личность, индивидуум. *Источником проблем* пациента являются настоящие или предстоящие изменения в его жизни, особенно в ее критические периоды, которые оказывают негативное влияние на состояние здоровья. *Приоритетной 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, требующие усилия или изменения для поддержания оптимального уровня здоровья. *Способы вмешательства* медсестры включают применение различных способов стимулирования пациента. *Ожидаемый результат* — достижение оптимального уровня здоровья пациента в критические периоды его жизни.

Следующая модель рассматривает пациента как **поведенческую систему**. *Источником проблем* пациента является функциональный и структурный стресс. *Приоритетная задача* сестры в данной модели - обеспечение равновесия поведенческой системы и функциональной стабильности пациента. Медсестра выступает в *роли регулятора и контролера*. *Фокусом вмешательства* сестры являются механизмы контроля и регуляции, а также требования, предъявляемые к пациенту. *Способы вмешательства* подразумевают действия предупреждающие, защищающие, сдерживающие и расслабляющие пациента в ситуациях функционального или структурного стресса. *Ожидаемый результат* — адекватное поведение пациента в ответ на стрессовую ситуацию.

Адаптационная модель рассматривает пациента как человека, находящегося в постоянном взаимодействии с окружающей средой и приспособляющегося к ней с помощью различных адаптационных способов. *Источником проблем* пациента является дефицит активности (пассивность) в результате имеющегося заболевания. *Приоритетной задачей* медицинской сестры является обучение пациента адаптироваться к окружающей обстановке в период болезни. Сестра выступает в *роли педагога-организатора*. *Фокусом вмешательства* является использование всевозможных способов стимулирования пациента обучению приспособлению к окружающей его обстановке. *Способы сестринского вмешательства и ожидаемый результат* — адаптация пациента в результате адекватного восприятия применяемых стимулов.

Модель дефицита самоухода рассматривает пациента как существо, обеспечивающее деятельность по самообслуживанию. *Источником проблем* пациента является дефицит в

самообслуживании, то есть неспособность осуществлять заботу о себе. *Приоритетной задачей медсестры* является создание условий для осуществления пациентом самоухода для достижения и поддержания оптимального уровня здоровья. Сестра выступает в *роли учителя и контролера*. *Фокус вмешательства* — нарушение выполнения элементов самоухода. *Способ вмешательства* — ассистирование. *Ожидаемый результат* — достижение пациентом оптимального уровня самообслуживания.

Неплохо, конечно, что сестринское дело не унаследовало модели из другой эпохи, другого общества. Благодаря этому оно имеет возможность выработать свои собственные модели, которые отразят многочисленные изменения, имеющие место в нашем здравоохранении, его структуре и целях, модели, связанные с задачами здравоохранения XXI века.

2.6 Преподавательские заметки по лекции

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на знания студентов по предметам: история медицины, основы сестринского дела, философия. Лекция рассчитана на студентов, имеющих кругозор по этим предметам.

- ◆ Олий маълумотли хамшираларга уз касбининг тарихи билан таништириш.
- ◆ Олий маълумотли хамширалик ишида янгича дунёкарашлар.

Вначале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (“вызов”), который будет осуществляться путем диалога со студентами о истории развития медицины, о этапах становления сестринского дела как зарубежом так и в стране.

В ходе вызова будут заданы вопросы из раннее пройденного материала по вышеприведенным дисциплинам. Примерная затрата времени на данную фазу составляет 10 минут.

После проведения “вызова” переходим ко второй фазе – “осмысление”

В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Продемонстрировать слайды, рисунки, освещающие сестринский процесс. Примерная затрата времени – 70 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится “размышление”. В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по теме лекции и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ. Примерная затрата времени – 10 минут

2.7 Раздаточный материал

По теме лекции на несколько групп студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекции). Помимо этого при желании студента, может ознакомиться с текстом лекции в электронном формате или распечатанном виде.

2.8 Оснащение лекции

Таблицы, слайды, слайдоскоп.

2.9 Тематика самостоятельной работы студента в соответствии с лекцией и ее содержание

Тема: «Международные организации по сестринскому делу. Венская и Алма – Атинская декларация» 4 часа

2.10 Контрольные вопросы:

1. Расскажите исторические сведения о становлении заботы и ухода за больными в обществе.
2. Какие образы медицинской сестры вы знаете?
3. Когда и где родилась Ф. Найтингейль?
4. Расскажите жизнь и деятельность Ф. Найтингейль
5. Что сделано для увековечивания памяти Ф. Найтингейль?
6. Назовите какие книги были написаны Ф. Найтингейль?
7. В чем заключается национальная программа подготовки кадров в Узбекистане?
8. Расскажите о развитии сестринского дела в Узбекистане
9. Расскажите о деятельности медсестрах Узбекистана, которые были удостоены медали Ф. Найтингейль.
10. Когда впервые был организован Международный Красный Крест.
11. Цель и задачи Красного Креста и Красного полумесяца.
12. Расскажите определение сестринского дела данное ВОЗ, Ф. Найтингейль, В. Хендерсон.
13. Расскажите цели и задачи сестринского дела
14. В чем заключается философия сестринского дела?
15. Расскажите 4 парадигмы сестринского дела
16. Сколько концептуальных моделей насчитывается в настоящее время в мировой практике сестринского дела?
17. Кем предложена добавочно – дополнительная модель сестринского дела?
18. Кем предложена модель поведенческой системы?
19. Какую модель сестринского ухода предложил Рай?
20. Какую модель сестринского ухода предложил Орэм?