



**ЕДИНЫЙ
ЦЕНТР
ПОДГОТОВКИ
КАДРОВ**

+7 (812) 389-57-74



+7 (800) 505-03-74

info@fpb-spb.ru



ецпк.рф



Система и политика здравоохранения. Теория сестринского дела

Россия, 196084, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д. 21, к. 1, лит. А | Почтовый адрес: 196105, г. Санкт-Петербург, а/я 206

Автономная некоммерческая организация
дополнительного профессионального образования
"Единый Центр Подготовки Кадров"

Содержание

1.	Система организации здравоохранения в РФ	3
2.	Система здравоохранения	10
3.	Организационные основы здравоохранения в Российской Федерации	19
4.	Правовые основы охраны здоровья граждан	35
5.	Демография	40
6.	Медико-социальные проблемы заболеваемости населения.	44
7.	Организация работы среднего медицинского персонала комплексного терапевтического участка	46
8.	Теоретические основы сестринского дела. Философия сестринского дела. Медицинская этика и биоэтика	49
9.	Понятие о сестринском процессе	86



Лекция 1. Система организации здравоохранения в РФ

Согласно Конституции Российской Федерации и Гражданского кодекса, охрана здоровья граждан и укрепление общественного здоровья лежит в основе социальной и экономической политики государства. Выполнение этой важной социальной политики призвана осуществлять государственная система здравоохранения.

Всю профилактическую работу по сохранению и поддержанию санитарно-противоэпидемического состояния в городах, поселках и сельских районах призваны осуществлять подразделения санитарно-эпидемического контроля Минздрава Российской Федерации. Указанная служба осуществляет контроль за качеством питьевой воды, продуктов питания, санитарным состоянием городов, соблюдением гигиенических норм труда, жилища, объектов питания и др. В задачи санитарно-эпидемиологической службы входит проведение профилактических прививок как плановых, так и по эпидемиологическим показаниям при опасности распространения группа, кори, полиомиелита, скарлатины и других инфекционных заболеваний.

Под здравоохранением как общественной функциональной системой понимается весь комплекс государственных, коллективно-групповых и личных мероприятий, направленных на защиту жизни и здоровья каждого человека и всего населения. В таком широком плане здравоохранение включает все элементы окружающей природной и социальной среды, в т.ч. и системы непосредственного жизнеобеспечения, а также образ и условия жизни населения, уровень его образования и культуры – все то, что способствует защите жизни и здоровья, максимальному продлению активной творческой жизни человека.

В более узком плане системой здравоохранения называют ту совокупность служб, органов и учреждений, которые непосредственно заняты медико-санитарным делом, изучением здоровья и его нарушений, профилактикой, распознаванием и лечением болезней.

Современная концепция здравоохранения рассматривает его не как социальную сферу, которая финансируется по остаточному принципу, а как *сферу жизнеобеспечения и безопасности*.

Как система сохранения и укрепления здоровья человека в РФ, здравоохранение включает следующие формы:

- **государственная система здравоохранения** – обеспечивает возможности обязательного применения медицинскими учреждениями единых наиболее эффективных методов работы, проведения плановых

оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий, а также принципа общедоступности;

- **система страховой медицины;**
- **частная медицина** (клиники, кабинеты).

Система здравоохранения имеет два направления:

1. Профилактическое, основной задачей которого является предупреждение ослабления здоровья и развития заболевания.

Включает следующие виды деятельности:

- санитарно-гигиенические мероприятия;
- диспансерный метод, имеющий следующие особенности:

1) активное выявление больных с ранними стадиями заболевания и постоянное наблюдение за ними.

2) активное наблюдение за больными и их систематическое лечение.

3) патронаж – составная часть диспансерного метода – активное систематическое наблюдение за больными в домашней обстановке, изучение социально-бытовых и гигиенических условий их жизни.

Проводится в следующих учреждениях:

а) поликлиники (до 90% больных). Нуждающиеся в лечении после обращения направляются в больницы на госпитализацию.

б) диспансеры: специализированные или кабинеты при поликлиниках (туберкулезные, онкологические, психоневрологические)

Диспансеры являются лечебно-профилактическими учреждениями.

II. Лечебное – выполняют различные клиники, основная задача которых – оказание лечебной помощи с использованием медикаментозных методов лечения, физических методов, оперативного метода в хирургических отделениях.

Особую категорию занимает родильный дом, где оказывают лечебную и профилактическую помощь.

Лечебно-профилактические учреждения здравоохранения:

1. Амбулаторные.

а) амбулатория – лечебные учреждения, мед. помощь осуществляется в самом учреждении и на дому. От поликлиники отличается меньшим числом специалистов и объемом диагностических исследований.

б) поликлиника – самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение, или входит в состав объединения больницы, имеет лаборатории, диагностические кабинеты, процедурный кабинет, прием проводят врачи всех специальностей.

в) здравпункт – на промышленных предприятиях и ФАП в сельских местностях, оказывают первую квалифицированную медицинскую помощь,

проводят профилактические осмотры, следят за санитарным состоянием предприятия и соблюдением техники безопасности.

г) диспансер – лечебно-профилактическое учреждение, где находятся под наблюдением больные с определенным заболеванием (туберкулезом, кожно-венерологическим, психоневрологическим, онкологическим заболеваниями). Проводят лечение, профилактику, патронаж больных.

д) женская консультация – лечебно-профилактическое учреждение, где осуществляется лечение и профилактика гинекологических заболеваний, наблюдение за беременными, обучают уходу за новорожденными и личной гигиене.

е) станции скорой помощи – обеспечивают население мед. помощью в острых случаях.

2. Стационарные.

а) больницы – лечебные учреждения для больных, нуждающихся в постоянном лечении и уходе. Строительство больниц осуществляется и расчета 100 коек на 10000 жителей. В зависимости от величины и подчинения различают больницы: республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские; по профилю: общего профиля и специализированные (туберкулезные, инфекционные, психиатрические).

б) госпитали – больница для лечения военнослужащих или инвалидов.

в) клиники – больничные учреждения, где осуществляется стационарное лечение больных и обучение студентов и выполнение НИР.

Главным направлением совершенствования организации здравоохранения становится обеспечение его целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, стандартизации, лицензированию и сертификации. При этом положительное влияние должна оказать система обязательного медицинского страхования как основа финансирования медицинской помощи в рамках государственных гарантий. На федеральном уровне утверждаются методики расчета нормативов обеспечения учреждений здравоохранения материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами.

Программы здравоохранения субъектов Российской Федерации включают в себя программы государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью.

Развитие и совершенствование государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации являются важнейшим условием улучшения охраны здоровья населения страны. В основе законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан закреплён приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения. Министерством здравоохранения Российской Федерации

разработан и осуществлен ряд организационных мероприятий, направленных на совершенствование и дальнейшее развитие этой важной сферы деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Этапы лечения и оздоровления в РФ.

В отечественном здравоохранении выделяют следующие **этапы** лечения и оздоровления:

1. **Диагностический** – выявление на раннем этапе изменений физиологических систем организма (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварения). Для этой цели используются традиционные методы, а также современные экспресс-методы.

II. **Лечебно-профилактический** – восстановление ослабленных или нарушенных систем организма. В экстренных случаях назначается лечение (медикаментозное, оперативное).

III. **Реабилитационно-рекреационный** – осуществляется в условиях учреждений санаторно-курортной отрасли:

– *профилакторий* – оздоровительные учреждения для ослабленных или для долечивания после выписки из клиники;

- *санаторий местного типа* – профилактическое учреждение для лиц, перенесших сложные заболевания и с метеореакциями. Лицам, которым не рекомендуются поездки на отдаленные курорты с риском ухудшения здоровья. Показания для направления в них гораздо шире.

- *санаторий* – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное, для лечения, профилактики и медицинской реабилитации с использованием приоритетно природных лечебных физических факторов;

- *пансионат с лечением;*

- *детский санаторий;*

- *санаторий матери и ребенка;*

- *санаторно-оздоровительный центр;*

- *дом отдыха;*

- *турбаза;*

В целом, в отечественном здравоохранении была разработана и эффективно действовала **трехэтапная система реабилитации**, где санаторно-курортным мероприятиям отводилась значительная роль.

1 этап – *поликлинический*, где могут получить первичную медицинскую помощь по месту жительства, как дети, так и взрослые. Для этих целей развернута сеть детских поликлиник, а также для обслуживания взрослых с 16 лет. Для студенческой молодежи функционируют студенческие поликлиники, для занимающихся физкультурой и спортом –

врачебно-физкультурные диспансеры, где наблюдаются высококлассные спортсмены и проходят медицинские осмотры перед соревнованиями.

Существуют, как было указано ранее, и другие диспансеры – противотуберкулезные, кожно-венерические, кардиологические и другие. В задачи последних входит раннее выявление, профилактика и лечение больных, а также длительное наблюдение за ними.

На поликлиническом или диспансерном этапах получают лечение до 75-90% всех первичных больных, а пациенты с осложненным течением, с обострением хронического заболевания или в экстренных случаях направляются на *клиническое лечение* или **II этап (клинический)**.

В условиях стационарного пребывания больные получают курс медикаментозной или комплексной терапии, а по показаниям им проводят *экстренные или плановые операции*. После оперативных вмешательств обязательным является назначение восстановительного лечения с использованием средств лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии.

В среднем, стационарный этап в терапевтических клиниках составляет 14-18 дней, в хирургических 10-14 дней. В кардиологических (инфарктных) отделениях сроки пребывания удлиняются до 30-45 дней и объясняются тяжестью заболевания и этапностью реабилитации.

После выписки из стационара наступает **III этап – восстановительный** (поддерживающий), который проводится в условиях поликлинического наблюдения или санаторно-курортного оздоровления. Наибольший оздоровительный эффект отмечается при преемственности лечения и наблюдения за больными. Перевод пациента для восстановления физической и психологической активности в санаторий или профилакторий местного типа, которые обычно располагаются по месту жительства в загородной зоне, позволяет за срок пребывания 30-45 дней получить значительные результаты.

По показаниям и с целью закрепления результатов лечения пациенты направляются в санаторно-курортные организации. Выбор курортов зависит от наличия курортных лечебных факторов, таких, как минеральные воды, лечебные грязи, благоприятный климат и других специфических лечебных факторов (нафталан, кумысолечение, спелеолечение и др.).

Показания к назначению курортного лечения и сезонность пребывания определяются лечащим врачом. При этом необходимо строгое соблюдение медицинских предписаний, невыполнение которых снижает оздоровительную эффективность, а в отдельных случаях, является причиной обострения заболевания и даже гибели людей, например в постинфарктном состоянии, при микроинсультах и др.

Сущность и осуществление курортной мемдицины

Функционирование курортной отрасли требует разработки новых структурно-организационных форм, основанных на учете исторических, региональных и национальных особенностей курортного дела. В последние годы под сомнение ставится и сам термин «Курортология». Он был предложен видным энтузиастом курортного дела И.А.Багашевым на Всероссийском съезде по улучшению естественных лечебных местностей (т.е. курортов) в Петрограде в 1915г. Термин «курортология» образован от немецкого слова «курорт» (die Kuhr - лечение, der Ort - место).

Курортология охватывает достаточно полно многообразие содержания предмета, это емкий термин (включающий климатологию, бальнеологию, гидротермальную медицину, ландшафтотерапию и др).

Курортотерапия отражает лечебную сторону курортного дела. Чаще в этом контексте употребляют более официальное словосочетание «санаторно-курортное лечение».

В отличие от западных курортов, где основное курортное учреждение – гостиница с барами, казино, кабаре и т.д., и где не обязательно развитие курортной медицины, отечественные курорты, не имея гостиничного сектора высокого класса, заслуженно считают своим главным достоинством развитую курортную медицину, позволяющую оптимально использовать курортные ресурсы для оздоровления людей.

Таким образом, в курортной медицине предусматривается организация работы по формированию санаторно-курортного продукта, в основе которого заложена лечебная или оздоровительная технология, улучшающая качество жизни. Социальное значение курортной медицины заключается в создании значимой части целостной системы охраны здоровья за счет формирования подсистемы «отдых» (для здоровых).

Отечественная курортология разработала комплексную систему показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению и оздоровлению при различных заболеваниях. При этом внедрены рациональных схемы комплексной реабилитации с учетом, возрастных, половых и профессиональных особенностей организма отдыхающих.

Вместе с тем, в связи с вступлением России в рыночную экономику изменились условия функционирования курортной отрасли, что требует разработки новых структурно-организационных форм, основанных на учете исторических, региональных особенностей и рекреационно-оздоровительных возможностей курортных факторов ослабленных и больных и повышении рентабельности санаторно-курортной отрасли за счет внедрения закономерностей бизнеса и технологии управления качеством обслуживания.

Курортная медицина занимает особое место в системе здравоохранения. При правильном ее использовании оказывает существенное положительное влияние на уровень здоровья как отдельных людей, так и народа в целом. После успешно проведенного курортного лечения число дней нетрудоспособности снижается в 3-4, а то и 6-8 раз.



Лекция 2. Система здравоохранения

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - это совокупность взаимосвязанных мероприятий, которые содействуют укреплению здоровья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах, в общинах, в физическом и психосоциальном окружении, а также в секторе здравоохранения и связанных с ним секторах.

Целью системы здравоохранения является непрерывный, постоянный процесс улучшения здоровья населения.

В связи с этим в России существуют три направления в системе здравоохранения:

- государственная медицина
- страховая медицина
- частная (коммерческая)

Основное отличие их заключается в механизмах финансирования.

Государственная система - финансируется за счет государственного бюджета. И наше правительство, учитывая особенности развития экономики страны, стремится при всем многообразии форм собственности сохранить в здравоохранении государственную систему охраны здоровья и предоставить государственные гарантии в реализации конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Также развивается система медицинского страхования.

Финансирование системы обязательного медицинского страхования осуществляется за счет средств страховщика. В его роли могут выступать предприятия, организации и частные лица. В программу обязательного медицинского страхования внесены условия, при которых случай признается страховым, перечень медицинских учреждений, оказывающих услуги страховщикам, а также категории населения, которым услуги будут оказываться бесплатно.

И совсем молодая отрасль - частная или коммерческая медицина, финансирование которой построено на хозяйственном расчете и самооплачиваемости. Но пока такой уровень медицинского обслуживания доступен лишь небольшому контингенту населения нашей страны.

Сегодня в мире, а особенно в России, происходят стремительные перемены в социальной, экономической и политической жизни. Это:

- ухудшение качества услуг здравоохранения и просвещения,
- увеличение числа бедных;
- рост безработицы;
- доступность услуг здравоохранения становится все более ограниченной;

- значительная миграция через границы как по экономическим, так и политическим причинам, рост числа беженцев,-

- деградация окружающей среды;

изменение демографии и эпидемиологии: рост числа пожилых людей, увеличение числа хронических заболеваний и болезней, несчастных случаев и самоубийств, возвращение старых эпидемических заболеваний (туберкулез, холера, дифтерия, чума)

- непрерывный рост преступности и насилия, что приводит к усилению чувства опасности и изолированности.

Всё эти изменения привели к тому, что значительно ухудшилось здоровье населения всей планеты и нашей страны в частности, медицинское обслуживание населения перешло на более низкий уровень.

В условиях децентрализации системы здравоохранения, развития рыночных отношений и перехода к бюджетно-страховой медицине стало очевидным, что качество и безопасность медицинской помощи, а также эффективность предоставляемых населению услуг в значительной степени зависят от организации и системы управления медицинской помощью.

Исходя из перечисленных выше факторов, можно сделать вывод о том, что в России давно назрел вопрос о реформе здравоохранения.

На примере опыта многих стран можно утверждать, что реформа здравоохранения, в первую очередь, начинается с реформы сестринского дела.

Профессия медсестры - одна из самых массовых в здравоохранении. В России трудится около 1,5 млн. медработников со средним специальным образованием, они составляют третью часть любого ЛПУ и играют важную роль в лечебном процессе, в немалой степени определяя конечный результат - здоровье пациента.

До 1993 года в сестринском деле наблюдалась тенденция упрощения, снижения квалификации среди медицинских работников, когда сестринское дело рассматривалось как длинный список конвейерных операций, и медицинские сестры обучались выполнению определенных задач, не требующих высокого профессионального мастерства. Это направление подкреплялось аргументами о невысокой затратности такого обучения. Врач традиционно считался руководителем деятельности медсестры, зачастую не владея ни основами, ни тонкостями этой профессии.

Система, когда врач отвечал за деятельность медсестры, медсестра отвечала за деятельность младшего медицинского персонала, и когда порой эта работа занимала большую часть основного рабочего времени, не только

устарела, но и тормозила развитие профессионализма медицинской сестры, внедрение новейших технологий.

В настоящее время в сестринском деле наметились тенденции, ведущие к профессионализации и специализации. В свете Государственной Программы развития сестринского дела в Российской Федерации, принятой на 1-м Всероссийском съезде средних медицинских работников в Санкт-Петербурге в ноябре 1998 года, основные направления деятельности среднего медицинского персонала в России следующие:

- первичная медико-санитарная помощь с акцентом на профилактическую деятельность;
- лечебно-диагностическая помощь, в том числе обеспечение интенсивного стационарного лечения и ухода;
- реабилитационная помощь и медико-социальная помощь хроническим больным, старикам и инвалидам;
- медико-социальная помощь incurable больным и умирающим.

Для успешной реализации намеченных направлений должна быть четко продумана и обеспечена система взаимодействия и сотрудничества сестринского персонала с врачами, другими специалистами и службами.

Современные условия требуют подготовки медсестер, обладающих знаниями в области управления, экономики, законодательства и права, психологии и педагогики. Они должны уметь:

- планировать свою работу по уходу и работу коллектива,
- рационально использовать материальные ресурсы, - активно участвовать в обучении больного и его семьи, сестринского персонала в проведении профилактики и реабилитационных мероприятий.

Направления деятельности среднего медицинского персонала определяют четыре уровня деятельности медсестры:

1. Укрепление здоровья населения.
2. Профилактика заболеваний и травм.
3. Реабилитация утраченных или нарушенных функций организма.
4. Облегчение страданий.

Согласно этих уровней, медсестра работает не только с больными, но и со здоровыми людьми.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТРУКТУРЫ, ЗАНИМАЮЩИЕСЯ ВОПРОСАМИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Все вопросы по сестринскому делу курирует Министерство здравоохранения РФ.

Нормативные и законодательные акты, утвержденные Министерством

здравоохранения РФ, распространяются в областные и городские департаменты здравоохранения. В городских и областных департаментах здравоохранения есть внештатные сотрудники (главная медсестра области и главная медсестра города), занимающиеся проблемами сестринского дела.

Департамент здравоохранения города осуществляет руководство работой главных врачей и главных медицинских сестер больниц и поликлиник. Контроль работы главных медсестер больницы осуществляют главные врачи больниц и поликлиник. В ведении главных медсестер больниц и главных медсестер поликлиник находится работа всех старших медицинских сестер отделений, которым подчиняется средний и младший медицинский персонал отделения больницы или поликлиники.

Сейчас во многих городах России создаются ассоциации медицинских сестер, которые являются организациями, призванными защищать права среднего медперсонала и улучшать условия труда и быта медицинских сестер. Межрегиональная Ассоциация медицинских сестер, официально зарегистрированная в 1994 году, насчитывает 19 тысяч членов, представляет 63 территории России. Ассоциация медицинских сестер России является независимой, неправительственной профессиональной организацией медицинских сестер. Цели и задача Ассоциации следующие:

- повышение роли специалистов со средним образованием в системе здравоохранения;
- повышение престижа профессии;
- повышение уровня и качества сестринских услуг;
- возрождение традиций сестринского милосердия, медицинской этики;
- обеспечение социально-экономических и профессиональных интересов медсестер, акушерок, фельдшеров;
- влияние на формирование национальной концепции здравоохранения;
- разработка и внедрение Федеральных стандартов профессиональной деятельности и системы контроля качества работы медсестры;
- проведение семинаров, конференций;
- укрепление связей между региональными и специализированными Ассоциациями России.

Но эти организации не обладают правом законодательного решения вопросов, касающихся среднего медицинского персонала,

ТИПЫ ЛПУ

ЛПУ - это организации, призванные оказывать медицинскую помощь населению. Они различны по своим задачам, функциям, объему и

содержанию работы сестринского персонала.

БОЛЬНИЦЫ (стационары) - это лечебные учреждения, где осуществляют уход за больными, нуждающимися в постоянном наблюдении, с применением методов лечения, которые трудно осуществить на дому или в поликлинике (динамическое наблюдение за состоянием пациента, оперативные вмешательства, оказание экстренной медицинской помощи).

Выделяют монопрофильные и многопрофильные больницы. В многопрофильных стационарах оказывают помощь пациентам с различными заболеваниями (терапия, хирургия, гинекология, педиатрия и так далее), а монопрофильные призваны лечить больных с каким-либо одним заболеванием (например, онкологический стационар).

В состав больниц входят: приемное, лечебное, диагностическое отделения, лаборатория, аптека и так далее.

Приемное отделение

В состав приемного отделения входят:

- зал ожидания
- кабинет дежурной медсестры
- смотровые кабинеты (для осмотра пациента врачами)
- процедурный кабинет
- перевязочная или малая операционная
- изолятор
- санпропускник (ванна, комната для переодевания)
- сан.узел
- лаборатория
- рентгенкабинет

Функции приемного отделения:

- прием и регистрация больных
 - осмотр и первичное обследование больных с постановкой предположительного диагноза
 - оказание экстренной и квалифицированной медицинской помощи
 - санитарно-гигиеническая обработка поступивших больных
 - транспортировка пациентов в лечебные отделения
- Должностные инструкции медсестры приемного отделения:
- заполнение медицинской документации
 - выполнение назначений врача
 - вызов специалистов для консультации
 - санитарная обработка пациентов
 - оказание неотложной медицинской помощи
 - контроль работы младшего мед. персонала

Лечебное отделение

В состав лечебного отделения входят:

- палаты для пациентов
- процедурный кабинет
- ординаторская (для врачей)
- кабинет зав. отделением
- кабинет старшей медсестры
- помещение для постовой (палатной) медсестры
- манипуляционная (клизменная)
- бельевая (для хранения чистого постельного и нательного белья)
- столовая для приема пищи
 - буфетная для раздачи пищи
 - сан. узел (туалет, ванна, душ) для пациентов
 - кабинеты для лечебных и диагностических служб (ЭКГ, ФГДС)

Функции лечебного отделения:

- оказание экстренной медицинской помощи
- диагностика заболеваний
 - проведение лечения, которое невозможно в амбулаторных условиях

Должностные инструкции постовой (палатной) медсестры:
(зависят от профиля отделения)

- выполнять все назначения врача
 - вести медицинскую документацию
 - контролировать работу младшего мед. персонала
 - собирать биологический материал для исследований (кал, моча, мокрота)
 - следить за соблюдением санэпид режима в отделении
 - измерять температуру тела и записывать данные в температурный лист
 - следить за состоянием больных и докладывать о нем врачу
 - определять водный баланс, АД, Ps

Должностные инструкции медсестры процедурного кабинета:

- соблюдать правила внутреннего распорядка, трудовой дисциплины, правила асептики и антисептики
 - вести необходимую медицинскую документацию
 - осуществлять инъекции (внутривенные, внутримышечные, подкожные), по назначению врача
 - обеспечить исправность аппаратуры и инструментария
 - вовремя получать необходимые медикаменты, перевязочный

материал

- контролировать работу младшего медицинского персонала
ПОЛИКЛИНИКА - многопрофильное ЛПУ, занимающееся оказанием специализированной помощи населению в амбулаторных условиях и на дому.

Поликлиники работают по участково-территориальному принципу, то есть за участковым врачом и медсестрой закреплена территория с определенным количеством населения, где они должны проводить все лечебные и профилактические мероприятия, а также вести санитарно-просветительную работу среди населения.

В состав поликлиники входят кабинеты специалистов (кардиологов, эндокринологов, окулистов и так далее), диагностические кабинеты, процедурный кабинет, лаборатория.

Должностные инструкции медсестры поликлиники:

- вести необходимую мед документацию
- выполнять назначения врача на дому у больного и в поликлинике
- инструктировать пациентов о подготовке к различным методам исследования

- помогать врачу во время приема больных

АМБУЛАТОРИЯ - ЛПУ, расположенное в сельской местности, где оказывается медицинская помощь больным в амбулаторных условиях и на дому. Обязанности медперсонала те же, что и у работников поликлиники. Отличие заключается в меньшем количестве работников и в более ограниченных возможностях диагностики и объема оказания медицинской помощи.

ДИСПАНСЕРЫ - медицинские учреждения, предназначенные для оказания специализированной помощи больным, с определенными заболеваниями (кожно-венерологический, онкологический и так далее). В задачу медицинского персонала диспансеров входит выявление, учет и регистрация больных среди населения, оказание специализированной помощи, изучение причин и условий возникновения заболеваний, профилактических мероприятий, а также санпросвет, работа среди населения.

МЕД.-САН.ЧАСТЬ - объединяет ряд ЛПУ, предназначенных для оказания медицинской помощи и медицинского обслуживания рабочих и служащих крупных предприятий и организаций.

В состав МСЧ входят: поликлиника, стационар, диспансер, профилакторий и др. Их функции и деятельность медицинского персонала в

данных учреждениях были рассмотрены ранее. Особенностью работы персонала МСЧ является то, что здесь систематически проводятся профилактические осмотры работающих, изучаются конкретные условия труда и проф. вредности, разрабатывается комплекс профилактических мероприятий для улучшения условий труда и быта работников предприятия.

СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - являются лечебным учреждением и призваны круглосуточно оказывать неотложную медицинскую помощь больным при опасных для жизни состояниях и родах, а также транспортировать пациентов в медицинские учреждения. В данных учреждениях медсестры могут исполнять только обязанности диспетчеров, принимающих вызовы от больных и передающих их бригадам скорой помощи.

ЖЕНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ И РОДИЛЬНЫЕ ДОМА - учреждения охраны материнства и детства. Женские консультации предназначены для выявления и лечения больных с гинекологическими заболеваниями, наблюдения за беременными, их лечения, санпросвет, работы с беременными и роженицами.

В родильных домах оказывают помощь женщинам при родах, в раннем послеродовом периоде и осуществляют уход за новорожденными.

Обязанности медперсонала сходны с обязанностями работников стационаров и поликлиник.

САНАТОРИИ, ПРОФИЛАКТОРИИ - МТУ, деятельность которых основана на использовании природных факторов при лечении больных и проведение профилактических мероприятий в свободное от работы время.

Работа медицинского персонала сходна с работой сотрудников стационаров, поликлиник, диспансеров.

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

В обязанности медсестер, работающих в любом подразделении ЛГТУ, входит четкое, грамотное заполнение и ведение документации этого подразделения. Документация заполняется с целью:

1. Ведения статистического учета, на основе которого осуществляют планирование, прогнозирование и обеспечение здравоохранения.
2. Отображения лечебно-диагностического процесса, который проходит пациент, чтобы иметь возможность наблюдать динамику процесса, провести его анализ, внести коррективы.
3. Обеспечения преемственности между средним медицинским персоналом и врачами.
4. Контроля за содержанием и использованием материально-технических средств, которые применяются в работе ЛПУ.

5. Учета выполненной работы и рабочего времени медперсонала.

6. Осуществления научной и педагогической работы.

Все это говорит о важности профессионального ведения документации. Из всего многообразия медицинских документов можно выделить три основные группы, на которые необходимо обратить пристальное внимание:

1. Медицинская документация амбулаторно-поликлинических учреждений.

2. Медицинская документация приемного отделения стационара

3. Медицинская документация лечебного отделения стационара



Лекция 3. Организационные основы здравоохранения в Российской Федерации

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии со ст. 2 ст. 41 Конституции РФ, ст. 12-14 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в РФ выделяют три системы здравоохранения:

- 1) государственную;
- 2) муниципальную;
- 3) частную.

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, а также находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, аптечные, санитарно-профилактические учреждения и некоторые другие предприятия, учреждения, организации.

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, и находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

В то же время по сложившейся практике в Российской Федерации действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

Организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ представлена на рис.1.

Возникает вопрос, не противоречит ли Конституции РФ функционирование в России единой системы здравоохранения, ввиду того, что п. 2 ст. 41 Конституции РФ предусматривается автономное существование государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения? Если создание единой системы здравоохранения РФ не противоречит Конституции, то можно ли рассматривать эту единую систему в качестве конституционного института? Несмотря на отсутствие прямых

норм, Конституция дает основания считать, что единая система здравоохранения РФ функционирует в правовом поле. Согласно подпункту «ж» п. 1 ст. 72 Конституции координация вопросов здравоохранения отнесена к вопросам совместного ведения Российской Федерации и субъектов РФ. Исходя из понимания того, что координация осуществляется для обеспечения определенного единства функционирования обособленных элементов системы, то выделение, таким образом, в Конституции вопросов координации здравоохранения в качестве предмета совместного ведения следует расценивать как необходимость системного подхода в охране здоровья граждан, что невозможно без создания единой системы здравоохранения. Такая цель может быть достигнута при формировании единой системы здравоохранения, состоящей из трех иерархически упорядоченных подсистем:

- 1) здравоохранение федерального уровня;
- 2) здравоохранение уровня субъектов РФ;
- 3) здравоохранение уровня муниципальных образований. Координацию деятельности этих подсистем как составляющих единой системы здравоохранения РФ должен осуществлять федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения.

На уровне каждой из перечисленных подсистем соответствующим органом управления здравоохранением должно осуществляться управление деятельностью организаций здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности, входящих в эту подсистему.

Субъекты частной системы здравоохранения вправе, наряду с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, участвовать в реализации государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью.



Рис. 1. Организационно-функциональная структура системы здравоохранения Российской Федерации

Деятельность частных организаций здравоохранения должна основываться на принципах применения единых в сфере здравоохранения нормативно-правовых актов, стандартов медицинской помощи и этических норм.

Только в этом случае может быть обеспечена эффективная деятельность федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, соответствующих органов управления здравоохранением субъектов РФ и муниципальных образований в решении задач по сохранению и улучшению здоровья населения Российской Федерации.

Для обеспечения легитимности функционирования единой системы здравоохранения РФ необходимо закрепление данного положения в Основях и его конкретизация соответствующими федеральными подзаконными актами и правовыми актами субъектов РФ.

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учреждения, входящие в систему здравоохранения РФ, оказывают населению различные виды медицинской помощи. Существует несколько принципов классификации медицинской помощи населению. Согласно ст. 37.1-42 Основ выделяют:

- первичную медико-санитарную помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь;
- медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями;
- медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Наиболее массовый вид медицинской помощи - первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Первичная медико-санитарная помощь - это основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания, включающий лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний, санитарно-гигиеническое образование, проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

ПМСП оказывается жителям муниципального района и городского округа учреждениями муниципальной системы здравоохранения и предоставляется населению в рамках территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. В оказании ПМСП могут участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения, индивидуальные предприниматели, имеющие соответствующую лицензию на данный вид деятельности.

С учетом номенклатуры учреждений здравоохранения, а также стоящих перед ними задач выделяют следующие виды медицинской помощи:

- амбулаторно-поликлиническую (внебольничную) медицинскую помощь;
- больничную (стационарную) медицинскую помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- санаторно-курортную медицинскую помощь.

Кроме того, медицинскую помощь с учетом этапов ее оказания и уровня специализации можно классифицировать следующим образом:

- первая;
- доврачебная;
- первая врачебная;
- скорая;
- специализированная;
- высокотехнологичная.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В системе здравоохранения Российской Федерации действуют некоммерческие и коммерческие организации здравоохранения. Основной формой некоммерческих организаций здравоохранения служат учреждения.

Номенклатура учреждений здравоохранения утверждается федеральным органом управления здравоохранением. Можно использовать и другие подходы для классификации учреждений здравоохранения:

- по форме собственности: государственные, муниципальные, частные;
- по территориально-административной подчиненности: федеральные, субъектов РФ, муниципальные;
- по ведомственной принадлежности: системы МЗ, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции, Российской академии медицинских наук и др.;
- по месту расположения учреждений: городские и сельские;
- по организационно-функциональной структуре: объединенные и необъединенные;
- по специализации: многопрофильные и специализированные;
- по возрастному признаку: детские, взрослые, гериатрические и др.;
- по степени интенсивности лечения: интенсивного, восстановительного, паллиативного лечения и др.

Можно выделить и другие характеристики, по которым разделяются организации здравоохранения, однако каждая из них, как правило, включает в себя несколько признаков, относясь с учетом решаемых задач к той или иной номенклатурной группе учреждений здравоохранения.

Кроме того, к некоммерческим организациям здравоохранения относятся некоммерческие партнерства, автономные некоммерческие

организации и автономные учреждения. Сравнительная характеристика некоммерческих организаций здравоохранения представлена в табл. 1.

К основным формам коммерческих организаций здравоохранения относятся государственные и муниципальные унитарные предприятия, а также хозяйственные товарищества (полные и коммандитные) и хозяйственные общества (акционерные, с ограниченной или дополнительной ответственностью), сравнительная характеристика которых представлена в табл. 2.

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Понятие	Некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера	Некоммерческая организация, созданная для выполнения работ, оказания услуг в целях осуществления полномочий органов государственной власти, органов местного самоуправления в здравоохранении, а также в иных сферах. Осуществляет свою деятельность на основании заданий учредителя	Некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера	Основанная на членстве некоммерческая организация, учрежденная для содействия ее членам в осуществлении деятельности, направленной на достижение социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей	Не имеющая членства некоммерческая организация, учрежденная на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг

Таблица 1. Сравнительная характеристика основных организационно-правовых форм некоммерческих организаций здравоохранения

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Правовая основа деятельности	Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс РФ	Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс, Федеральный закон «Об автономных учреждениях»	Гражданский кодекс РФ, Бюджетный кодекс РФ	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»
Учредители, участники	Российская Федерация, субъект РФ, муниципальное образование	—	Физическое или юридическое лицо	Члены НП — физические и (или) юридические лица	Учредители: физические и (или) юридические лица
Число учредителей, участников	1		1	От 1 и более	От 1 и более

Продолжение табл.1

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Имущество	Имущество закрепляется на праве оперативного управления. БУ не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться закрепленным за ним имуществом и имуществом, приобретенным за счет средств, выделенных ему по смете	Имущество закрепляется на праве оперативного управления. Без согласия учредителя АУ не вправе распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за АУ учредителем или приобретенным за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. Остальным имуществом, в том числе недвижимым, автономное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно	Имущество закрепляется на праве оперативного управления. ЧУ не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества	Имущество, переданное НП его членами, является собственностью НП	Имущество, переданное АНО ее учредителями, является собственностью АНО. Учредители не сохраняют прав на имущество, переданное ими в собственность АНО

Продолжение табл.1

Признаки	Учреждение			Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное		Частное		
	бюджетное	автономное			
Учредительные документы	Устав			Устав, может заключаться учредительный договор	
Ответственность по обязательствам	БУ отвечает по своим обязательствам находящимся в его распоряжении денежными средствами. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам БУ несет собственник его имущества	Отвечает по своим обязательствам закрепленным за ним имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за ним учредителем или приобретенных автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. Собственник имущества АУ не несет ответственность по обязательствам АУ	ЧУ отвечает по своим обязательствам находящимся в его распоряжении денежными средствами. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам ЧУ несет собственник его имущества	Члены НП не отвечают по его обязательствам, а НП не отвечает по обязательствам своих членов	Учредители не отвечают по обязательствам созданной ими АНО, а она не отвечает по обязательствам своих учредителей

Продолжение табл.1

Признаки	Учреждение		Частное	Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное				
	бюджетное	автономное			
Обязательные органы управления	1. Учредитель. 2. Руководитель	1. Учредитель. 2. Наблюдательный совет. 3. Руководитель.	1. Учредитель. 2. Руководитель	1. Высший орган управления – общее собрание членов. 2. Коллегиальный, единственный исполнительный орган	1. Коллегиальный высший орган управления. 2. Коллегиальный / единственный исполнительный орган
Предпринимательская деятельность	Вправе заниматься предпринимательской деятельностью с согласия учредителя	–	–	НП вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, соответствующую целям, для достижения которых оно создано	АНО вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, соответствующую целям, для достижения которых она создана

Продолжение табл. 1

Признаки	Учреждение		Частное	Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
	Государственное, муниципальное				
	бюджетное	автономное			
Распределение прибыли от предпринимательской деятельности	Доходы, полученные от деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения, учитываются на отдельном балансе	Доходы АУ поступают в его самостоятельное распоряжение и используются им для достижения целей, ради которых оно создано. Собственник имущества не имеет права на получение доходов от осуществления автономным учреждением деятельности и использования закрепленного за автономным учреждением имущества	Доходы, полученные от деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения, учитываются на отдельном балансе	Доходы от предпринимательской деятельности не могут перераспределяться между членами и должны использоваться только для достижения уставных целей	Доходы от предпринимательской деятельности не могут перераспределяться между членами и должны использоваться только для достижения уставных целей

Окончание табл. 1

НП - некоммерческое партнерство; БУ - бюджетное учреждение; АУ - автономное учреждение; ЧУ - частное учреждение; АНО - автономная некоммерческая организация.

Таблица 2. Сравнительная характеристика основных организационно-правовых форм коммерческих организаций здравоохранения

Признаки	Хозяйственные общества				Хозяйственные товарищества		Унитарные предприятия (государственное, муниципальное), основанные на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Понятие	Хозяйственное общество, учрежденное одним или несколькими лицами, уставный капитал которого разделен на определенное число акций, доли которых в нем определены определенными документами	Коммерческая организация, уставный капитал которой разделен на определенное число акций, доли которых в нем определены определенными документами. Акционеры несут риск лишь в пределах стоимости принадлежащих им акций	Коммерческая организация, акции которой распределяются только среди его участников или иного заранее определенного круга лиц. Акционеры имеют преимущественное право приобретения акций, продаваемых другим акционерами. Акционеры несут риск лишь в пределах стоимости принадлежащих им акций	Хозяйственное общество, учрежденное одним или несколькими лицами, уставный капитал разделен на доли, размеры которых определены учредительными документами	Товарищество, участники которого (полное товарищество) в соответствии с заключенным договором занимаются предпринимательской деятельностью от имени товарищества и несут ответственность по его обязательствам принадлежащим им имуществом	Товарищество, в котором наряду с полными товарищами может быть или несколько участников — вкладчиков (командитистов), которые несут риск убытков, связанных с деятельностью товарищества, — в пределах сумм внесенных ими вкладов и не принимают участия в осуществлении товариществом предпринимательской деятельности	Коммерческая организация, наделенная правом собственности на имущество, закрепленное за ней собственником	
Правовая основа деятельности	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 8 февраля 2008 г. № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью»	Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 26 декабря 1995 г. № 208-ФЗ «Об акционерных обществах»		Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 8 февраля 2008 г. № 14-ФЗ «Об обществах с ограниченной ответственностью»	Гражданский кодекс РФ		Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон от 14 ноября 2002 г. № 181-ФЗ «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях»	

Продолжение табл. 2

Признаки	Хозяйственные общества				Хозяйственные товарищества		Унитарные предприятия (государственное, муниципальное), основанные на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Учредители, участники, члены	Учредители (участники) — физические и (или) юридические лица	Учредители (участники) — физические и (или) юридические лица		Учредители (участники) — физические и (или) юридические лица	Участники (полные товарищи) — индивидуальные предприниматели и (или) коммерческие организации	Участники (полные товарищи) — индивидуальные предприниматели и (или) коммерческие организации Вкладчики — граждане и юридические лица	Учредители — государственный орган / орган местного самоуправления	
Число участников, членов, вкладчиков	Не более 50	Не ограничено	Не более 50	Не более 50	От 2 участников и более		1	
Уставный, дополнительный паевой капитал, фонд	Уставный капитал составляется из номинальной стоимости долей его участников размером не менее 100 МРОТ	Уставный капитал составляется из номинальной стоимости акций, приобретенных акционерами, размером не менее 1000 МРОТ	Уставный капитал составляется из номинальной стоимости акций, приобретенных акционерами, размером не менее 100 МРОТ	Уставный капитал составляется из номинальной стоимости долей его участников размером не менее 100 МРОТ	Осложненный капитал разделен на доли (вклады) участников	Размер уставного фонда государственного предприятия — не менее 5000 МРОТ, муниципального предприятия — не менее 1000 МРОТ		

Продолжение табл. 2

Признаки	Хозяйственные общества			Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое				
Имущество	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит ООО на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит АО на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности, принадлежит СПО на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов участников, а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности принадлежит товариществу на праве собственности	Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное в процессе деятельности принадлежит товариществу на праве собственности	Имущество находится в государственной / муниципальной собственности, неделимо и не может быть распределено по воледам (долгам, паям), в том числе между работниками	Имущество находится в государственной / муниципальной собственности, неделимо и не может быть распределено по воледам (долгам, паям), в том числе между работниками
Учредительные документы	Устав, учредительный договор	Устав	Устав	Учредительный договор		Устав	Устав

Продолжение табл. 2

Признаки	Хозяйственные общества			Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое				
Ответственность по обязательствам	ООО несет ответственность по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом, но отвечает по обязательствам своих акционеров. Участники ООО не отвечают по его обязательствам и несут риск убытков, связанных с его деятельностью, в пределах стоимости внесенных ими вкладов	АО несет ответственность по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом, но отвечает по обязательствам своих акционеров. Акционеры не отвечают по обязательствам АО и несут риск убытков, связанных с его деятельностью, в пределах стоимости принадлежащих им акций	Участники солидарно несут субсидиарную ответственность по его обязательствам своим имуществом в одинаковой для всех кратном размере к стоимости их вкладов	Участники несут субсидиарную ответственность своим имуществом по обязательствам ПТ. Участник ПТ, не являющийся его учредителем, отвечает наравне с другими участниками по обязательствам возникшим до его вступления в ПТ. Участник, выбывший из ПТ, отвечает по обязательствам ПТ, возникшим до момента его выбытия, наравне с оставшимися участниками в течение двух лет со дня утверждения отчета о деятельности ПТ за год, в котором он выбыл из ПТ	Участники несут субсидиарную ответственность своим имуществом по обязательствам КТ. Участник КТ, не являющийся его учредителем, отвечает наравне с другими участниками по обязательствам возникшим до его вступления в КТ. Участник, выбывший из КТ, отвечает по обязательствам товарищества возникшим до момента его выбытия, наравне с оставшимися участниками в течение двух лет со дня утверждения отчета о деятельности товарищества за год, в котором он выбыл из товарищества	Предприятие отвечает по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом. Предприятие не несет ответственности по обязательствам собственника его имущества	Предприятие отвечает по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом. Предприятие не несет ответственности по обязательствам собственника его имущества

Продолжение табл. 2

Признаки	Хозяйственные общества				Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Обязательные органы управления	1. Высший орган управления — общее собрание участников. 2. Единственный исполнительный орган — генеральный директор, президент и др. 3. Разwiseнная комиссия / ревизор (при наличии более 15 участников)	1. Высший орган управления — общее собрание акционеров. 2. Совет директоров (при наличии акционеров — владельцев голосующих акций более 10%). 3. Совет директоров (наблюдательный совет) или коллегиальный орган — владельцы голосующих акций более 50%. 4. Единственный исполнительный орган — директор / генеральный директор	1. Высший орган управления — общее собрание участников. 2. Единственный исполнительный орган — генеральный директор, президент и др. 3. Разwiseнная комиссия / ревизор (при наличии более 15 участников)	Управление деятельностью осуществляется по общему согласию всех участников		1. Собственник имущества. 2. Руководитель предприятия		
Предметная цель деятельности	Измeнeнe прeблeжeнe являeтcя цeльeу дeятeльнocтeи	Измeнeнe прeблeжeнe являeтcя цeльeу дeятeльнocтeи	Измeнeнe прeблeжeнe являeтcя цeльeу дeятeльнocтeи	Измeнeнe прeблeжeнe являeтcя цeльeу дeятeльнocтeи		Измeнeнe прeблeжeнe являeтcя цeльeу дeятeльнocтeи		

Окончание табл. 2

Признаки	Хозяйственные общества				Хозяйственные товарищества		Унитарное предприятие (государственное, муниципальное), основанное на праве	
	Общество с ограниченной ответственностью	Акционерное общество		Общество с дополнительной ответственностью	Полное товарищество	Товарищество на вере (командитное товарищество)	хозяйственного ведения	оперативного управления (казенное предприятие)
		Открытое	Закрытое					
Распределение прибыли от предпринимательской деятельности	Решение о распределении частей прибыли между участниками принимается единогласно раз в полугодие или раз в год. Часть прибыли, оставшаяся для распределения между участниками, распределяется пропорционально их доли в уставном капитале ООО	Решение о выплате дивидендов по заявленным акциям, номиналом которых является часть прибыли, принимается по результатам первого квартала, полугодия, 9 месяцев финансового года и (или) по результатам финансового года	Решение о распределении чистой прибыли между участниками принимается единогласно раз в полугодие или раз в год. Часть прибыли, предназначенная участникам, распределяется пропорционально их доли в уставном капитале общества	Прибыль ПТ распределяется между его участниками пропорционально их долям в складочном капитале	Прибыль ПТ распределяется между полными товарищами и вкладчиками пропорционально их долям в складочном капитале. В первую очередь дивиденды выплачиваются вкладчикам. Размер дивиденда на одну долю вклада у полных товарищей не может быть выше, чем у вкладчиков	Условия использования прибыли определяются в уставе		

МРОТ - минимальный размер оплаты труда; ООО - Общество с ограниченной ответственностью; АО - акционерное общество; ОДО - Общество с дополнительной ответственностью; ПТ - Полное товарищество; КТ - Командитное товарищество; ГП - Государственное предприятие; КП - Казенное предприятие.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Социально-экономические модели здравоохранения

Несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют пять устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- 1) модель здравоохранения без государственного регулирования;
- 2) модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан;

3) модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан;

4) монополярная государственная модель здравоохранения;

5) модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга: во-первых, степенью участия государства в финансировании здравоохранения; во-вторых, формами собственности производителей медицинских услуг; в-третьих, степенью охвата населения программами государственной поддержки; в-четвертых, источниками финансирования здравоохранения.

Условно первые две модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние три - к государственным моделям здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

Модель здравоохранения без государственного регулирования

Эта модель основана на простых законах потребительского рынка. Виды и объем медицинской помощи формируются путем саморегулирования спроса и предложения на медицинские услуги. Неимущие слои населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи. Для такой модели характерно отсутствие существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан. Производители медицинских услуг представлены врачами частной практики. Участие государства сводится к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в общественных местах. Государство также берет на себя обязанность по изоляции и лечению больных, представляющих опасность для общества (инфекционных, психиатрических и т.п.).

В этой системе здравоохранения оплата медицинской помощи осуществляется непосредственно потребителями медицинских услуг - пациентами. Для нее характерны следующие признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи - личные средства граждан;
- свободные (нерегулируемые) цены на медицинские услуги;
- свободный выбор врача;
- высокие доходы врачей;
- ограниченная доступность медицинской помощи большинству граждан.

Такая модель здравоохранения существует в ряде стран Азии и Африки.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан

Эта модель здравоохранения возникла в эпоху раннего капитализма. Ее появление было связано с развитием сложных медицинских технологий

(полостная хирургия, наркоз, рентген и т.п.), потребовавших больших дополнительных материальных и финансовых затрат. Это, в свою очередь, поставило перед населением проблему оплаты дорогостоящего лечения.

Одним из решений проблемы стали создание больничных касс, развитие частного медицинского страхования. Страховые компании использовали принцип общественной солидарности, при котором богатый платит за бедного, молодой - за старого, здоровый - за больного. Это оказалось удобно для большинства пациентов. Механизм страхового дела оттачивался в течение десятилетий. Формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между страхователями, пациентами, страховыми компаниями, частными производителями медицинских услуг, адвокатскими конторами, которые регулировали спорные вопросы, и т.д.

В этот период стала постепенно усиливаться роль государства в формировании правовой базы, начали вводиться отдельные элементы обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан (программы для неимущих и инвалидов в США). Таким

образом, появилась государственная поддержка отдельных категорий граждан в получении медицинской помощи. Однако эта поддержка государства не носила всеобщего характера.

При этой модели взаимоотношения между производящими, финансирующими, контролирующими и потребляющими субъектами основываются на свободном выборе, независимости и двусторонних договорных обязательствах. Для нее характерны следующие признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи - личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих конкурентную среду на рынке медицинских услуг;
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
- высокие доходы врачей, других медицинских работников;
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения;
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении «легких» заболеваний;
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;
- гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;
- государственная поддержка отдельных категорий граждан. Такая модель характерна для здравоохранения США, ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан

Более прогрессивная и совершенная модель обязательного медицинского страхования зародилась в конце XIX в. в Германии и получила

развитие в период после Первой мировой войны в большинстве европейских стран. Основная характеристика такой модели состоит в том, что государство с целью обеспечения гарантированной медицинской помощью большинства населения (за исключением самых богатых) обязывает всех работодателей и самих граждан отчислять часть дохода на медицинскую страховку в рамках государственных нормативов по программе обязательного медицинского страхования (ОМС). Работодатели перечисляют деньги в страховые компании, те,

в свою очередь,- в лечебные учреждения, которые оказывают медицинскую помощь населению.

Основная роль государственных органов управления здравоохранением при этом сводится к выполнению функции экспертноаналитических, арбитражных служб и контроля над санитарноэпидемиологическим благополучием в стране.

Для этой модели здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего ОМС характерны следующие положительные стороны:

- наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками);

- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;

- наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);

- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;

- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;

- обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Основной недостаток - неполный охват населения программами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется регулируемой системой страхования здоровья.

Монопольная государственная модель здравоохранения

После Октябрьской революции (1917) в СССР была создана монопольная государственная модель здравоохранения. Она была ориентирована на высокий уровень централизации управления отраслью. Организация материально-технического и лекарственного обеспечения производится на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам. Формирование и развитие медицинских учреждений осуществляется в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и т.п. Монопольная государственная модель здравоохранения имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- высокую степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;
- воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем иммунизации населения;
- высокую степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

В то же время к существенным недостаткам этой модели следует отнести:

- низкоэффективную бюрократическую систему управления;
- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;
- низкую заработную плату медицинских работников;
- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;
- отсутствие системы независимого контроля над качеством медицинской помощи;
- диспропорции развития стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;
- низкую эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

Эта модель, несомненно, сыграла положительную роль в эпоху политических кризисов и войн в обществах с устойчивыми и традиционными представлениями о медицине как о социальном благе, в равной степени доступном и бесплатном для всех граждан. Однако развитие рыночных отношений, а также эволюция потребностей граждан в пользу получения все более разнообразных и качественных медицинских услуг приводят к тому, что государство оказывается не в состоянии эффективно финансировать и управлять национальной системой здравоохранения.

Основным отрицательным фактором монопольной государственной модели здравоохранения служит то, что финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из госбюджета по остаточному принципу.

В этой модели не предусмотрено использование принципов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования.

Модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования

После Второй мировой войны ряд ведущих стран мира (Италия, Испания, Япония, Канада) заимствовали у Советского Союза положительные стороны монопольной государственной модели здравоохранения и построили новые страховые модели, которые существенно отличаются от предыдущих частных моделей обязательного медицинского страхования и которые можно охарактеризовать как модели государственного медицинского страхования.

Для этой модели здравоохранения, основанной на всеобщем государственном медицинском страховании, характерно то, что государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны. Система государственного страхования это наиболее экономичная и рациональная модель организации медицинского обслуживания населения. Фактически это модель XXI в. для стран, которые стремятся ограничить расходы, не потеряв эффективность и качество медицинской помощи.

Такие модели не допускают отделения государства от управления, управления от финансирования, финансирования от ответственности за производство услуг и качество обслуживания населения. В функции государственных органов управления входит также ответственность за сбор средств, управление финансами, формирование госзаказа и установление цен на медицинские услуги.

Действующая в настоящее время в Российской Федерации система здравоохранения, которая в основном базируется на принципах государственного и всеобщего обязательного медицинского страхования, наиболее приближена к этой модели.

Всемирная организация здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) - это крупнейшая международная медицинская организация, основная цель деятельности которой - достижение народами всех стран возможно высшего уровня здоровья. В уставе ВОЗ впервые на международном уровне было провозглашено право каждого человека на здоровье, утвержден принцип ответственности правительств за здоровье своих народов.

ВОЗ была создана после Второй мировой войны. В 1946 г. в Нью-Йорке была созвана международная конференция по здравоохранению, на которой был разработан устав ВОЗ, вступивший в силу 7 апреля 1948 г. Этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья.

В числе стран-учредителей ВОЗ, активно участвовавших в разработке ее устава, был Советский Союз, правопреемником которого в этой организации стала Российская Федерация.

С самого начала ВОЗ создавалась как поистине всемирная организация: прием в ее ряды открыт для всех государств, независимо от их социально-политического строя и уровня экономического развития. Все государства - члены ВОЗ наделены одинаковыми правами. Сегодня это одна из самых крупных и авторитетных международных организаций, объединяющая в своих рядах около 200 государств мира.

В качестве своих официальных языков организация использует шесть наиболее распространенных языков мира, в том числе русский, на нем издаются публикации ВОЗ, он используется при проведении международных совещаний.

Высший орган ВОЗ - Всемирная ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства - члены ВОЗ. Сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Между сессиями высшим органом ВОЗ

служит исполком, который собирается на очередные сессии 2 раза в год. Центральным административным органом ВОЗ является секретариат, возглавляемый генеральным директором, который избирается Ассамблеей сроком на 5 лет. Штабквартира секретариата находится в Женеве. У генерального директора есть шесть помощников, один из них - представитель Российской Федерации. Структурно секретариат ВОЗ состоит из пяти отделов: 1) отдел гигиены окружающей среды и отдел санитарной статистики; 2) отдел укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи; 3) отдел неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;

4) отдел административного руководства и персонала;

5) отдел бюджета и финансов.

Для оказания государствам адекватной помощи, с учетом специфических для данной страны вопросов здравоохранения, в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств-членов ВОЗ, входящих в данный географический район. Исполнительными органами этих организаций служат региональные бюро, которые находятся в следующих странах:

- Европейское - в Копенгагене (Дания);
- Американское - в Вашингтоне (США);
- Восточно-Средиземноморское (Средиземноморское) - в Александрии (Египет);
- Юго-Восточной Азии (Азиатское) - в Дели (Индия);
- Западной части Тихого океана (Тихоокеанское) - в Маниле (Филиппины);
- стран Африки южнее Сахары (Африканское) - в Браззавиле (Конго).

Ежегодный бюджет ВОЗ составляет более 550 млн долларов. Он формируется за счет взносов стран-членов.

Основные направления деятельности ВОЗ - это:

- укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения;
- предупреждение и борьба с неинфекционными и инфекционными заболеваниями;
- охрана и оздоровление окружающей среды;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- подготовка медицинских кадров;
- разработка международных стандартов, номенклатуры и классификации болезней;
- развитие медико-биологических исследований.

ВОЗ сотрудничает с большинством неправительственных международных организаций, в том числе с Лигой обществ Красного Креста, Международным обществом реабилитации, Всемирной медицинской ассоциацией, Советом международных медицинских научных организаций, Всемирной федерацией помощи слепым и др.

Лекция 4. Правовые основы охраны здоровья граждан

Элементы регулирования медицинской деятельности появились со времен зарождения медицины. Существовавшие на разных этапах развития человеческого общества писанные и неписанные правила и обычаи не могли не затронуть взаимоотношений пациента и врача, а позднее - и медицинской сестры. Однако в нашей стране длительное время отсутствовало подробное правовое регулирование деятельности медицинских работников по оказанию медицинской помощи. Если медицина и соприкасалась с правом, то в большинстве случаев с уголовным.

В последние десятилетия кардинальные реформы социально-экономического уклада, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения наряду с государственной и муниципальной вызвало потребность в совершенствовании правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью, перехода их на новую, более высокую ступень. Стремительно меняется правовая база здравоохранения. Вступают в силу новые федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Изменилась правовая ситуация в здравоохранении, медицина стала доступна для претензий и исков пациентов. Именно поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступит для него в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей. Эти требования могут быть соблюдены только при наличии соответствующей нормативной правовой базы.

Система законодательства об охране здоровья граждан

На вершине системы действующего в настоящее время российского законодательства о здравоохранении стоит Конституция Российской Федерации, принятая в 1993 г. Ее вторая глава формулирует ряд прав и свобод гражданина, касающихся охраны здоровья и жизни любого человека, деятельности медицинских работников, и устанавливает следующие принципы:

- о праве на жизнь (ст. 20);

- об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21);
- о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту, в случае болезни и инвалидности (ст. 39);
- о праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);
- о праве на благоприятную окружающую среду и о возмещении ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

Основополагающим нормативным правовым актом для каждого медицинского работника является ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 3 апреля 2017 года)

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Наряду с Конституцией и ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами.

Так, общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по пересадке органов и тканей человека, сформулированы в **Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»**.

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо

восстановления его здоровья. Трансплантация органов и тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации только в том случае, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основании констатации необратимой гибели всего головного мозга. Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Общие правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в **Законе Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»**.

Согласно этим правилам донорство крови и ее компонентов - это свободно выраженный добровольный акт. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике инфекционных болезней регулирует **Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»**. Иммунопрофилактика инфекционных болезней - это система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок согласно Национальному календарю профилактических прививок, устанавливающему сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок.

Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза» устанавливает правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Этот закон определяет права и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением или госпитализированных в связи с туберкулезом, а также медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, порядок организации оказания противотуберкулезной помощи, порядок установления диспансерного наблюдения и др.

Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), сформулированы в **Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»**.

Согласно этому закону, ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами в соответствии с действующим законодательством. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Медицинское освидетельствование граждан на наличие у них ВИЧ-инфекции в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работники отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РФ. Работники государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В **Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»** сформулированы общие правила оказания психиатрической помощи.

В законе зафиксированы: гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического

освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическими расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике, сформулированы в **Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах»**.

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в особый Перечень.

Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

- государственной монополии на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- приоритетности мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков;
- лицензирования всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ.

В России запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи.

Федеральный закон РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Лекция 5. Демография

Демография (демос-народ, графия - писать)- наука о населении в его общественном развитии.

Медицинская демография- дисциплина, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с социально- гигиеническими факторами и разрабатывающая на этой основе медико – социальные меры, которые направлены на обеспечение благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Изучение народонаселения ведется в 2 направлениях:

1. Статика населения – численность и состав населения на определенный момент времени

Статика изучается путем переписи населения – сплошной учет и выборочными социально- демографическими обследованиями. Состав изучается по ряду признаков: пол, возраст, социальные группы, образование, семейное положение, размещение и плотность населения.

Текущая оценка численности населения- сумма численности населения по итогам последней переписи, числа родившихся за период, числа прибывших на территорию, за вычетом умерших и выбывших.

Типы населения:

- прогрессивный – доля лиц в возрасте 0-14 лет превышает долю лиц 50 лет и старше
- регрессивный – доля лиц 50 лет и старше выше доли лиц от 0-14 лет
- стационарный тип – эти доли равны
- демографически старый тип населения - доля лиц 60 лет и старше более 12%.

2. динамика населения:

а. механическая динамика- миграция.

Изучается путем выявления показателей:

- число прибывших
- миграционный прирост
- коэффициент эффективной миграции

Виды миграционных процессов:

- урбанизация- отток населения из села в город

- маятниковая миграция – отъезд-возвращение
- сезонная миграция-отъезд возвращение, которые связаны с сезоном.

б. естественная динамика - рождаемость, смертность и др.

Естественная динамика населения изучается путем выявления показателей:

1. рождаемость - – процесс возобновления новых поколений, основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизводству. Все дети с рождения до 1 мес. Регистрируются в органах ЗАГС. Регистрация производится на основе « Медицинского свидетельства о рождении».

2. коэффициент плодовитости - показатель количества детей родившихся у женщин детородного возраста (15-49 лет)

3. живо-мертвоорожденность

Живорождение - полное изгнание или извлечение плода из организма матери в независимости от срока беременности, если плод дышит или проявляет другие признаки жизни – сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное движение мускулатуры, независимо от того перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

Мертворождение 8-9% – смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери, без признаков жизни.

ЗАГС регистрирует родившихся:

- вес 1000гр.

Дл-35 см., срок беременности – 28 нед.

- вес 500-999 гр., если они прожили 7 дней после рождения

- Недоношенность – беременность сроком 37 недель

- Доношенность – 37-41 неделя

- Переношенность 42 недели и более.

- Малая масса тела – 2500 гр.

- Очень малая масса – 1500 гр

- Крайне малая – менее 1000 гр.

4. естественный прирост населения – разность числа родившихся и числа умерших за год в расчете на общую численность населения.

5. смертность – число умерших за год. По случаю смерти выдается «Врачебное (фельдшерское) свидетельство о смерти», которое регистрируется в ЗАГС в течении 3 дней.

Запрещается выдача фельдшерских свидетельств:

- насильственная смерть или асфиксия
- действие крайних температур или электричества
- аборт вне больницы
- внезапная смерть детей вне медицинского наблюдения
- лицам с неустановленной личностью
- скоропостижная смерть по неясным причинам
- заочная выдача

В таких случаях справка выдается после вскрытия судебно - медэкспертизой.

Свидетельства помечаются: окончательное, предварительное, взамен предварительного, корешки с росписями и печатями хранятся 1 год.

6. структура причин смерти –

7. детская, материнская смертность

Материнская смертность – делится на 2 группы:

- связанные с акушерскими причинами (осложнения беременности, роды, послеродовый период, вмешательства, лечение)
- связанные косвенно с акушерскими причинами (существующая ранее болезнь или возникшая в ходе беременности, но не связанная с акушерскими вмешательствами)

Детская смертность:

1. Перинатальная смертность 18-20% – «смерть вокруг родов» с 22 недель внутриутробного развития до полных 7 дней 9168 часов) после родов

1. периода перинатальной смертности:

а. антенатальный – 22 недели беременности до родов

б. интранатальный – период родов

в. постнатальный – 168 часов жизни.

2. Младенческая смертность – 17-20% - это смертность детей на 1 году жизни:

а. ранняя неонатальная –

б. поздняя неонатальная – 2-4 неделя жизни
постнеонатальная с 29 дня до 1 года жизни

3. Смертность детей до 5 лет 6-8%

4. Смертность детей 5 -15 лет

Данные для расчета этих показателей учреждениям статистики предоставляют органы внутренних дел и ЛПУ в установленном законом порядке и форме.

Демографические показатели необходимы для:

1. планирования системы здравоохранения

2. расчета потребности в поликлиниках и стационарной помощи общей и специализированной

3. определения необходимого объема финансирования ЗО

4. расчета показателей характеризующих деятельность ЛПУ

5. организации противоэпидемической работы.

Лекция 6. Медико-социальные проблемы заболеваемости населения.

Заболеваемость населения является важной составляющей комплексной оценки состояния здоровья населения. Анализ заболеваемости необходим для правильного планирования и прогнозирования развития сети учреждений здравоохранения, оценки потребности населения в различных видах медицинской помощи.

Учет заболеваемости ведётся практически всеми медицинскими учреждениями. Основными источниками получения информации о заболеваемости населения являются : данные, полученные в результате обращений пациентов за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения, данные медицинских осмотров и данные о причинах смертности населения.

Основными первичными учетными документами для регистрации заболеваний по обращаемости являются: «Медицинская карта амбулаторного больного» ф. 025/у-04, «Талон амбулаторного пациента» ф. 025-12/у-04, «Статистическая карта выбывшего из стационара» ф. 066/у-02, «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» ф.058/у, «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» ф. 089/у, «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» ф. 090/у.

Для объективной оценки здоровья населения недостаточно использовать только данные по обращаемости за медицинской помощью. Это связано, во-первых, с субъективным отношением пациента к своему заболеванию (часть населения, имея какие-то жалобы, не обращается в учреждение здравоохранения); во-вторых, с разным уровнем качества и доступности медицинской помощи; в-третьих, с ошибками статистического учета заболеваемости (как недостаточный учет заболеваемости, так и излишний учёт, когда один и тот же диагноз шифруется специалистами по-разному и пациент дважды учитывается по одному и тому же диагнозу. Поэтому для более полной характеристики общественного здоровья показатели заболеваемости по данным обращаемости нужно уточнять и дополнять. Для этого используют данные о заболеваемости населения, полученные при медицинских осмотрах. Для регистрации этого вида заболеваемости служат «Медицинская карта амбулаторного больного» ф. 025/у-04, «Контрольная карта диспансерного наблюдения» ф. 030/у.

Кроме того, должны регистрироваться заболевания, которые привели к гибели больного, но не явились причиной обращения в лечебно-профилактические учреждения при жизни. Эти случаи регистрируются при патолого-анатомических исследованиях, данные отражаются в «Медицинском свидетельстве о смерти», ф. 106/у-08.

Заболеваемость по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров и по данным о причинах смерти составляет полную картину о заболеваемости населения и отражается в показателе исчерпанной (истинной) заболеваемости. Этот показатель отсутствует в государственной статистике, его рассчитывают, проводя специальные исследования.

На практике для статистического анализа заболеваемости населения применяют такие показатели, как:

- показатель первичной заболеваемости,
- показатель общей заболеваемости (болезненность, распространенность),
- показатель структуры заболеваемости.

В последнее десятилетие в целом по Российской Федерации отмечается рост заболеваемости, с 2003 по 2013 г. темп прироста составил 15%. Рост заболеваемости не должен однозначно рассматриваться как отрицательное явление, поскольку отчасти объясняется доступностью медицинской помощи, диспансеризацией, улучшением диагностики.

В структуре общей заболеваемости всего населения в 2013 году на первом месте стоят болезни органов дыхания (24,2 %), на втором – болезни системы кровообращения (14,2%), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,3%)

У взрослого населения (18 лет и старше) на первом месте – болезни системы кровообращения (19,1%), на втором – болезни органов дыхания (14,2%), на третьем - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,8%).

Лекция 7. Организация работы среднего медицинского персонала комплексного терапевтического участка

В основе организации медицинской помощи жителям села лежат те же принципы, что и в случае городского населения. Однако особенности проживания в сельской местности влияют на формирование системы ее оказания. Главное отличие в обеспечении медицинской помощью сельского населения заключается в ее этапности (рис. 13.1).

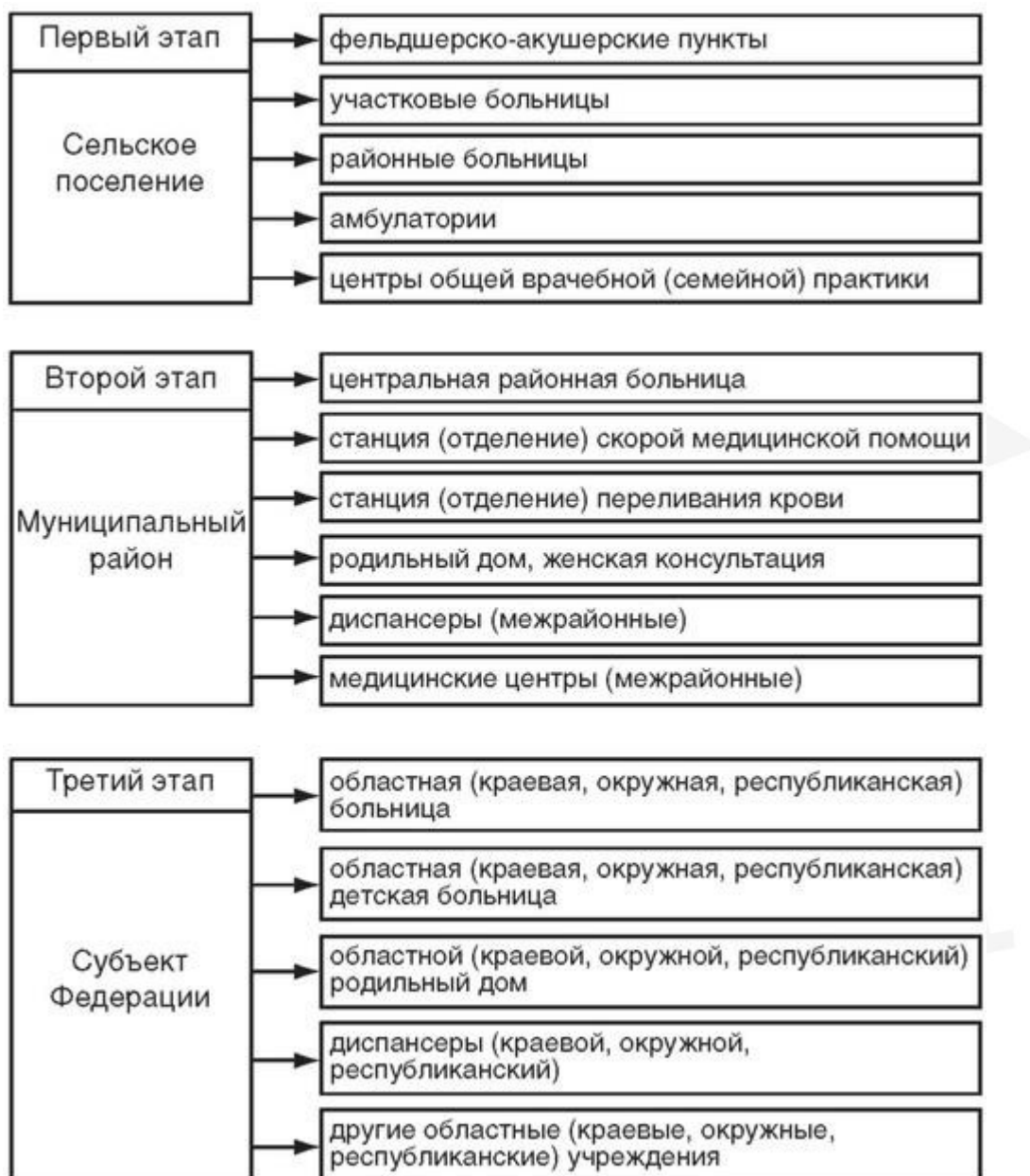


Рис. 13.1. Этапы оказания лечебно-профилактической помощи сельскому населению

Первый этап - учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав комплексного терапевтического участка. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды квалифицированной медицинской помощи (терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую).

Первое и важнейшее структурное подразделение учреждений здравоохранения (участковой, районной, центральной районной больницы), в которое обращается сельский житель, - это ФАП. ФАП организуют в населенных пунктах с числом жителей от 700 и

более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.

На ФАП возлагается большой комплекс медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения; снижение смертности, прежде всего - детской, материнской, в трудоспособном возрасте; повышение санитарно-гигиенической культуры населения;
- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- участие в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест;
- проведение подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания.

Таким образом, деятельность ФАП имеет большую профилактическую направленность. На ФАП могут возлагаться функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптекарских товаров.

Основные формы первичной учетной медицинской документации ФАП:

- «Медицинская карта амбулаторного больного», ф. 025/у-87;
- «Книга записей вызова врача на дом», ф. 031/у³;
- «Журнал записи родовспоможения на дому», ф. 032/у;
- «Книга регистрации листков нетрудоспособности», ф. 036/у;
- «Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, колхозного роддома», ф. 039-1/у-88;
- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку», ф. 058/у;
- «Журнал учета инфекционных заболеваний», ф. 060/у;
- «Карта профилактических прививок», ф. 063/у;
- «Журнал учета профилактических прививок», ф. 064/у;
- «Журнал регистрации амбулаторных больных», ф. 074/у;
- «Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта», ф. 075/у;
- «Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь», ф. 079/у;
- «Журнал учета приема больных и рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта», ф. 098/у;
- «История родов для фельдшерско-акушерского пункта», ф. 099/у;
- «Медицинское свидетельство о рождении», ф. 103/у-98;

- «Медицинское свидетельство о смерти», ф. 106/у-98;
- «Рецепт», ф. 107/у;
- «Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)», ф. 116/у.



Лекция 8. Теоретические основы сестринского дела. Философия сестринского дела. Медицинская этика и биоэтика.

Содержание сестринского дела менялось на протяжении веков так же, как менялись запросы общества и условия жизни. Сегодня однозначно ответить на вопрос, что такое сестринское дело, очень трудно. В настоящее время существует множество определений этого понятия. Каждое из них выводилось под влиянием целого ряда факторов: конкретного исторического периода, социально-экономического уровня и географического положения страны, потребностей в сестринской помощи, количества медицинских сестёр и выполняемых ими обязанности, взглядов и опыта человека, которые объясняют значение этого термина. Если попросить людей разного возраста, любых профессий и слоёв общества определить, что такое сестринское дело, то получим различные толкования.

Первое научное определение специальности «Сестринское дело» дала Ф. Найтингейл в «Записках об уходе» (1859). Она считала, что сестринское дело

- это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». При этом цель сестринского ухода была сформулирована так: «Создать для пациента наилучшие условия для активации его собственных сил». Под «наилучшими условиями» Ф.

Найтингейл подразумевала чистоту, свежий воздух, правильное питание. Называя сестринское дело искусством, она считала, что это искусство требует «организации, практической и научной подготовки». Ф. Найтингейл была твёрдо убеждена, что «по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний».

Одно из определений сестринского дела принадлежит американской медицинской сестре, преподавателю и исследователю Вирджинии Хендерсон. Международный совет медицинских сестёр в 1958 г. обратился к ней с просьбой сформулировать значение данного термина и написать книгу об основополагающих принципах ухода за пациентами. Она была названа

«Основные принципы деятельности по уходу за пациентами» и переведена на 25 языков. Определение сестринского дела, данное В. Хендерсон в 1961 г., актуально до сих пор.

В. Хендерсон утверждает, что уникальной задачей медицинской сестры является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие бы предпринял он сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. Медицинская сестра осуществляет эту работу, помогая пациенту выполнять все назначения, предписанные врачом, и быстрее обрести независимость. Она является членом бригады медицинской помощи, содействует другим (так же, как и последние ей), совместно с коллегами участвует в планировании и выполнении полной программы действий - будь то профилактика болезней, выздоровление или поддержка умирающего. Никто из участников бригады не может возлагать на другого такие тяжёлые обязанности, которые будут препятствовать выполнению непосредственных функций. Никто из медицинского персонала не должен отвлекаться от выполнения своей главной задачи, несмотря на необходимость производить уборку, вести записи, регистрацию и совершать другие действия. Все медицинские работники должны понимать, что центральной фигурой является пациент, а они все призваны служить ему. Усилия бригады медицинской помощи будут напрасны, если пациент не приемлет помощи и не участвует в ней. Чем скорее пациент сможет о себе заботиться, наблюдать за состоянием своего здоровья и выполнять назначения врача, тем лучше. Такой взгляд на медицинскую сестру, как на замену того, что недостаёт пациенту для «целости», «невредимости» или «независимости», может показаться несколько ограниченным. Однако это не так. Достигнуть названной цели трудно, поэтому задачи и функции медицинской сестры очень сложны.

Как редко встречаются люди умственно и физически «целые и невредимые»? В какой степени хорошее здоровье является наследственным, а

в какой степени - приобретённым? Считается, что уровень умственного развития и образования связан с состоянием здоровья. И если крепкого здоровья трудно добиться большинству людей, то медицинской сестре помочь человеку в достижении этой цели намного сложнее. Она должна просто «встать на место» каждого пациента, чтобы понять его нужды. «Сестра то находится в сознании, то впадает в беспамятство, то любит жизнь, то склоняется к самоубийству. Медицинская сестра - это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребёнку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружён в себя, чтобы говорить».

На совещании национальных представителей Международного совета медицинских сестёр (Новая Зеландия, 1987) единогласно была принята такая формулировка: «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 сёстрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность».

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела (Голицыно, 1993) было дано следующее определение сестринского дела: «Сестринское дело как часть системы здравоохранения является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды».

Новое содержание сестринского дела

«Много создано и написано о том, что каждая женщина хорошо себя проявляет в качестве сестры милосердия. Я же, напротив, полагаю, что эти основы ухода почти неизвестны», - писала Ф. Найтингейл в «Записках об уходе». Эти слова сказаны более 100 лет назад, однако и сегодня представление о сестринском деле как о профессии постоянно изменяется. Эта специальность возникла и существует, чтобы служить обществу. От

социальных условий и потребностей здравоохранения зависит роль медицинского персонала.

О роли Ф. Найтингейл в развитии сестринского дела написано много. После Крымской войны она сделала попытку изменить мнение о месте и роли сестры милосердия в медицинской практике. Благодаря её активной жизненной позиции и подвижничеству произошли огромные изменения во взглядах на профессию медицинской сестры. Она предложила изменить систему профессионального образования, новую теорию ухода за пациентами, технику гигиены. Её деятельность была направлена на профилактику болезней.

Долго медицинские сёстры выполняли только назначения врача. Им категорически запрещалось принимать самостоятельные решения по уходу за пациентами. Однако развитие сестринского дела, борьба за права человека в мире, в том числе и в нашей стране, стали стимулом к переменам в одной из основных медицинских профессий. Медицинская сестра в своей деятельности становится более самостоятельной.

До недавнего времени уход за пациентами в значительной степени носил интуитивный или эмпирический характер (когда сёстры полагались больше на практический, часто рутинный опыт или наблюдения, чем на научные исследования). Путём проб и ошибок медицинская сестра находила средства, которые должны были помочь пациенту, и многие медицинские сёстры становились профессионалами благодаря накапливающемуся опыту ухода за пациентами.

Ранее сестринское дело получало научную основу либо из области медицины (лечебное дело), либо из области физиологии, биологии, психологии, социологии. Сейчас сестринское дело стремится создать собственную, уникальную базу знаний. Некоторые аспекты практики по уходу за пациентами окончательно не разработаны и решаются на интуитивном уровне, но основа научного подхода в этой области уже создана и будет развиваться. При этом следует учитывать, что «темпы развития сестринского

дела зависят от практики, поэтому можно наблюдать значительные вариации между его различными областями, а также его особенности в разных странах...

В различные времена сёстры выполняли (и выполняют до сих пор) работу врачей, диетологов, уборщиц и клерков... Всё это вносит неразбериху в понимание уникальной роли сестры», - писала Ф. Найтингейл. По её словам, можно прийти к выводу, что сестринское дело означает уход за человеком, а не просто решение его медицинских проблем - «лучше знать человека в определённом состоянии, чем само то состояние, которое приносит ему страдание»

Время, когда работа медицинской сестры в основном сводилась к тому, чтобы помогать больному вытирать пот с лица, уходит. Сегодня она по-прежнему выполняет назначения врача, но становится всё более самостоятельной в принятии независимого решения.

Доктор Т. Бильрот писал: «Суметь помочь страдающему - несомненно, одна из самых прекрасных способностей, которыми только располагает человек. Но тем не менее "пособие" должно быть возведено в "искусство", должно соединять знание и умение, если желают достигнуть его полного благотворного действия на себя и других».

И действительно, сегодня сестринское дело - это и искусство, и наука. Оно требует и понимания, и применения специальных знаний и умений. Сестринское дело основывается на теории и практике, созданных на базе гуманитарных и естественных наук: биологии, медицины, психологии, социологии и др. Медицинская сестра принимает на себя ответственность и действует с надлежащими полномочиями, непосредственно исполняя профессиональные обязанности, и отвечает за те медицинские услуги, которые предоставляет. Она имеет право самостоятельно решать, необходимо ли ей продолжить образование по управлению, обучению, работе в клинике и научным исследованиям, и предпринять шаги, чтобы удовлетворить эти потребности. Миссия сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический,

умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне независимо от меняющихся условий проживания и работы. Это требует от медицинских сестёр работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

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.

Новая концепция заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела профессиональной моделью. Высококвалифицированная практикующая медицинская сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты ухода, отвечающего потребностям конкретного пациента. При этом делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровление и восстановление здоровья пациента.

Миссия и функции медицинской сестры

Из истории медицины известно, что пациенты нуждались и получали помощь и лечение задолго до того, как сестринское дело официально стало специальностью. До конца XIX в. на Западе и до 30-х годов XX в. в России члены семьи обычно самостоятельно выхаживали больных родственников, а больницы предназначались только для бедняков или людей со значительными умственными отклонениями. И сегодня семья - это по-прежнему наиболее доступная в мире «служба здравоохранения».

В последнее время изменилось понятие о функциях медицинской сестры. Если раньше оно было ориентировано на уход за пациентами, то сейчас медицинская сестра совместно с другими специалистами считают главной задачей поддержание здоровья, предупреждение заболеваний, обеспечение максимальной независимости человека в соответствии с его индивидуальными возможностями. Однако до сих пор в большинстве стран, в

том числе в России, считаются предпочтительными уход и лечение в стационарных условиях.

Фактически Ф. Найтингейл в «Частных заметках» писала о необходимости изменения подобной функции медицинской сестры: «Мой взгляд на этот вопрос... заключается в том, что конечная цель всего сестринского дела состоит в уходе за больными в их собственном доме... Я рассчитываю на упразднение всех больниц и... лазаретов... Однако об этом бесполезно говорить до 2000 года». И действительно, более чем через 100 лет после выхода книги Всемирная организация здравоохранения выступила в 1988 г. с глобальной программой «Здоровье для всех к 2000 году».

Какова же миссия медицинской сестры? Она заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в изменяющихся условиях окружающей среды, в которой они живут и работают. «Это потребует от сестёр выполнения ими определённых функций, способствующих укреплению и сохранению здоровья, а также профилактике заболеваний. Сестринское дело включает в себя планирование и осуществление ухода и в период болезни, и в период реабилитации, воздействуя не только на физические, но также и на психологические и социальные аспекты жизни человека, составляющие его единое целое. Все эти аспекты в какой-то степени воздействуют на здоровье человека, на его болезнь, инвалидность или смерть»

Функции медицинской сестры следуют из миссии сестринского дела в обществе. Они имеют огромное значение независимо от места (дом, работа, школа, университет, тюрьма, лагерь беженцев, больница, клиника и другие места) и времени оказания помощи, тяжести состояния пациента, его финансового положения

Медицинская сестра должна активно привлекать пациента к самообслуживанию, а членов его семьи, друзей к уходу за ним. Она должна помочь ему сохранить самостоятельность и независимость.

Функции сестринского персонала определяются целями сестринского дела, которые в различной степени должны разделять и другие работники системы здравоохранения. К таким целям относятся:

-помощь человеку, семье, группе в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья и благополучия в связи с их социальным и экологическим окружением;

- укрепление и сохранение здоровья;

- максимальное вовлечение человека в заботу о своём здоровье;

- облегчение или снижение до минимума отрицательного воздействия болезни на личность;

- удовлетворение потребностей людей в физической, эмоциональной или социальной заботе в случае нездоровья, немощности или смерти.

Функции медицинской сестры (а они могут быть разными в зависимости от потребностей общества) определяются для СНГ Европейским региональным бюро (ЕРБ) ВОЗ по сестринскому делу в рамках проекта «Лемон».

Первая функция - осуществление сестринского ухода. Это могут быть профилактические меры, сестринские вмешательства, связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи. Она наиболее эффективна, если осуществляется в рамках сестринского процесса, и заключается в выявлении и оценке потребностей человека или его семьи; определении первоочередных проблем со здоровьем; планировании и осуществлении необходимого сестринского ухода; вовлечении в самоуход пациента, а при необходимости членов его семьи, друзей к уходу.

Вторая функция - обучение пациентов и их близких навыкам, связанным с сохранением и поддержанием здоровья на определённом уровне.

Третья функция - исполнение медицинской сестрой как зависимой, так и независимой роли в составе бригады медицинских работников, обслуживающих пациента.

Без этих функций сестринское дело не сможет занять должного места в системе здравоохранения. Некоторые компоненты этих важных функций - сотрудничество с пациентом, семьёй и другими сотрудниками здравоохранения в планировании, организации, управлении, обсуждении плана и результата ухода за пациентом - успешно реализуются уже сегодня в лечебно-профилактических учреждениях многих регионов РФ.

Четвёртая функция - исследовательская деятельность в области сестринской практики и последующее её изменение в соответствии с новыми научными фактами - также начинает реализовываться в нашей стране. Примером тому служат стандарты некоторых простых и сложных медицинских услуг, протоколы ведения пациентов, в создании которых активное участие принимают медицинские сёстры.

Итак, эти функции, определяемые ЕРБ ВОЗ, позволяют по-новому осмыслить профессию медицинской сестры.

Философия сестринского дела

Одно из наиболее широко распространенных в настоящее время определений понятия «философия»: философия - это наука о взаимодействии субъекта и объекта и об изменениях отношений между ними, возникающих в результате этого взаимодействия.

С началом реформы сестринского дела в России активно используется понятие «философия сестринского дела» - «выраженный в понятиях дух этой профессии, определение её миссии в обществе, а также лежащей в её основе системе ценностей».

Философия и сестринское дело. Какая связь между ними? Зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела? Эти вопросы обсуждались на I Всероссийской научнопрактической конференции по теории сестринского дела.

Впервые в нашей стране были даны определения таких ключевых в сестринском деле терминов, как «медицинская сестра», «пациент», «сестринское дело», «окружающая среда». Были установлены отношения и

взаимодействия, возникающие между указанными субъектами и объектами. Наконец, сформулированы этические ценности, которыми должна обладать профессиональная медицинская сестра.

На основе принятых определений были изложены принципы философии сестринского дела в России. Ниже приведён полный текст этого документа.

«Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек. Сестринское дело опирается на древнюю традицию, целью которой является удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основным принципом философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам человека. Мы верим в священный дар жизни и в связи с этим рассматриваем каждую отдельную личность как единое целое с её внутренними возможностями к росту и развитию физическому, философскому, социальному, 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 признаёт важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса.

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

Современное сестринское дело является наукой и искусством. Успешное применение философии сестринского дела в России, развитие творческого

потенциала сестёр возможны только в том случае, если общество выполнит все свои обязательства по отношению к ним.

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и умениями, несёт ответственность за процесс ухода и проявляет милосердие. Сестра - уникальная, общественно активная личность, которая совершенствует свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход. Сестра действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения, с тем чтобы удовлетворить потребности общества и отдельных пациентов в защите здоровья.

Обязательства сестёр 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. Сестринское дело не имеет ограничений по национальным, расовым признакам, полу, политическим или религиозным убеждениям, социальному положению.

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

Сестра принимает участие в решении экологических проблем. Современные сёстры обращаются к опыту основоположников сестринского движения, подвижничеству таких легендарных личностей, как Флоренс Найтингейл, Екатерина Бакунина, Дарья Севастопольская и другие.

Сёстры оптимистично смотрят в будущее и развивают сестринское дело как науку и искусство.

С новым сестринским делом для новой России в новое столетие!»

Составляющие сестринского дела

Согласно международной договорённости, философия сестринского дела основывается на 4 основных понятиях: пациент как личность, сестринский уход как наука и искусство, окружающая среда, здоровье. Ниже приведены 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 изменяющейся окружающей среды.

Сестринское дело должно быть сконцентрировано на заботе о пациентах. Свои знания и навыки медицинская сестра использует для того, чтобы укреплять их здоровье.

Эта работа должна быть целенаправленной и систематической. Искусство сестринского дела заключается в том, чтобы воображение и творчество по уходу за пациентами сочетались с научным обоснованием. Искусство ухода жизненно важно для сохранения контакта с пациентом. Медицинская сестра должна уметь не только распознавать важные проблемы со здоровьем, но и понимать мысли, чувства человека.

Искусство ухода подразумевает также защиту пациента, если он не в состоянии самостоятельно принимать решения, что особенно важно для детей и людей пожилого и старческого возраста.

Осуществляя свои уникальные функции, медицинская сестра действует независимо (в рамках сестринского процесса), взаимозависимо (в составе бригады) и в зависимости от врача (выполняя его назначения). В разных 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 личность. Медицинская 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 определёнными биологическими, психологическими, социальными и духовными проблемами.

Медицинская сестра должна быть готова к целостному (холистическому) подходу к человеку.

Окружающая среда - совокупность природных, социальных, психологических, духовных факторов жизнедеятельности человека.

Окружающая среда, по мнению американских специалистов, - «это все события, факторы и влияния, которым подвергается человек (или система), проходя через стадии развития. Всё то, что не является человеком, рассматривается как окружающая среда...»

Ещё Ф. Найтингейл считала окружающую среду важным фактором в предупреждении заболеваний. Некоторые теоретики сестринского дела подразделяют её на физическую, социальную и культурную.



Рис. 1. Холистический подход к здоровью на основе 5 основных аспектов

Физическая среда - это прежде всего материальный мир: воздух, вода, свет, звуки, климат. Загрязнённый воздух приводит к заболеваниям дыхательных путей, аллергии. Некачественная вода и продукты питания - спутники инфекционных заболеваний, отравлений химическими веществами (и воздух, и вода часто содержат канцерогенные вещества, т.е. вызывающие рак). Шум и свет способствуют развитию стресса, в некоторых случаях могут даже дезориентировать человека. А непосредственно сам шум при длительном воздействии приводит к снижению слуха. К физической окружающей среде относится и созданная человеком инфраструктура (здания, мосты, парки и т.п.). Среда обитания должна быть безопасной. В жилых и общественных помещениях уровни температуры окружающего воздуха, влажности, освещённости, яркости, звука, вибрации следует поддерживать в пределах допустимых значений.

Социальная среда - это семья, соседи, друзья, коллеги. Семья, как правило, играет главную роль в удовлетворении физиологических и социальных потребностей. Школа, коллеги, соседи, друзья заставляют каждого из нас выполнять определённые обязанности.

Культурная среда определяет поведение человека, его взаимоотношения, веру, а также язык, традиции, обычаи и манеру общения. Она может как изменяться, так и быть стабильной.

Последней основной составляющей сестринского дела является здоровье.

Существует несколько его определений. Ниже приведено одно из них.

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

Помимо определений 4 основных понятий, необходимо знать и значения других терминов, существенных для сестринского дела.

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

Медицинская сестра - специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право на сестринскую работу.

Убеждения и ценности, на которых основывается сестринское дело, должны становиться важными также и для других работников системы здравоохранения. Они включают:

- уважение личности каждого человека; убеждение, что люди являются сложной целостностью (холизм);
- признание факторов, которые влияют на опыт человека в отношении здоровья и болезни;
- потребность укреплять и сохранять здоровье на протяжении жизни;
- убеждение, что люди имеют право на участие в принятии решений относительно получаемого ухода.

Именно эти убеждения и ценности сестринского дела заложены в его философии.

Этическими элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетель (совершенство).

Медицинская 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 своему делу, уважать право (пациента) на самостоятельность.

Этическими ценностями (на которых также основана философия), определяющими цели, к которым стремится медицинская сестра, являются профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое достоинство, забота (уход).

Добродетель (совершенство) определяет личные качества, которыми должна обладать хорошая медицинская сестра. Добродетель - это черты характера, которые располагают человека к хорошим поступкам: сострадание, милосердие, терпение, целеустремленность.

Конечная цель сестринского дела - это помощь пациенту и/или его семье, но важнейшими средствами достижения этой цели являются забота, уход и выхаживание.

Если кто-то выбирает профессию медицинской сестры, он принимает на себя обязанность придерживаться тех ценностей, на которых основана философия сестринского дела. Этический кодекс медицинской сестры России, принятый в 1996 г. Ассоциацией медицинских сестёр России, отражает современные этические принципы, нормы и стандарты, обязательные в профессиональной деятельности медицинских сестёр.

Основными принципами ухода являются:

- обеспечение безопасности пациента;
- конфиденциальность;
- уважение к пациенту и поддержание его чувства собственного достоинства;
- общение;
- поддержание независимости пациента;
- обеспечение инфекционной безопасности.

Принимая философию ухода, медицинская сестра должна осуществлять уход в рамках этих принципов.

Философия сестринского дела предполагает очень конкретные обязательства перед пациентом. Так, в одном из отделений госпиталя в г. Лидс (Великобритания) философия ухода была сформулирована так: «Наша цель - восстанавливать здоровье в тех случаях, когда это возможно. Обеспечивать пациенту комфорт и поддерживать в нём чувство достоинства. Поощрять независимость там, где это возможно. Давать возможность пациенту раскрыть весь его потенциал. Выявлять все физиологические, социальные и духовные потребности пациента. Планировать уход и обсуждать план ухода с пациентом и/или всей его семьёй. Помните! Мы здесь для вас, говорите с нами в любое время, помогайте нам помогать вам».

В другом (онкологическом) отделении этого же госпиталя философия ухода была несколько иной: «Наше отделение способно обеспечить высочайшие стандарты сестринского ухода, используя холистический подход.

Мы уверены, что вам будут предоставлены необходимый уход и внимание. Мы стремимся обеспечить вашу независимость. Мы прибегаем к такому решению проблем, где мы совместно оцениваем и планируем уход для удовлетворения ваших потребностей. Наша цель - дать вам и вашим родственникам возможность выбора сестринского ухода и содействовать решению спорных вопросов. Мы надеемся на взаимную поддержку персонала и пациентов».

Во многих госпиталях текст философии ухода вывешен так, чтобы все его видели и могли с ним ознакомиться. В некоторых госпиталях пациенты и (или) их близкие обязательно получают на руки текст философии ухода данного лечебного отделения.

Что такое здоровье?

В древнем мире люди были озабочены поддержанием своего здоровья гораздо больше, чем сегодня. Так, в Древней Греции достижение совершенства, основанное на идеале Платона, требовало здорового разума в здоровом теле. В работе «Республика» Платон утверждает, что «... в хорошо устроенном и развивающемся обществе у каждого человека... нет времени, чтобы тратить свою жизнь на болезни и лечение... Нет ничего более изнурительного, чем болезнь дома, а также в армии и в любом гражданском заведении».

Известный врач Гален (201-131 до н.э.) считал, что здоровье в абстрактном понимании - это идеальное состояние, которого никто не достигает. Он рассматривал здоровье как состояние разумного (приемлемого) выполнения всех функций и отсутствие боли, даже небольшого недомогания.

Конечно, это достаточно старое определение здоровья, но профессионалы-специалисты ВОЗ и широкая общественность во многих странах мира и сегодня считают, что здоровье не является абсолютным качеством. Это понятие постоянно изменяется в процессе приобретения

знаний и культурного развития. В 1946 г. ВОЗ определила термин «здоровье», как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не просто отсутствие заболевания или немощности». Исчерпывающего определения здоровья не существует, но следует помнить, что здоровье - это динамический процесс, который определяется субъективно и объективно; это умение заботиться о себе; это целостность личности с оптимальным функционированием организма в целом; это адаптация к стрессам, вызванным болезнью, смертью, разводом; процессы непрерывного роста и становления личности. Это цель, к которой нужно стремиться.

Под здоровьем А. Перри и П. Поттер понимают состояние, при котором человек использует во внешних условиях свои адаптационные возможности.

Здоровье - это не только отсутствие болезни. Здоровый человек имеет хорошее самочувствие в рамках физического, психического, психосоциального и духовного аспектов.

В результате успехов в области медицинских технологий, а также информации и знаний, которые население получает через средства массовой информации, ожидания частью населения «лучшего здоровья» постоянно растут. Однако даже при таком положении некоторые люди настаивают на том, что они «абсолютно здоровы», несмотря на достаточно серьёзное заболевание или нетрудоспособность. С другой стороны, человек с не выявленным заболеванием может доказывать, что он «нездоров», поскольку чувствует себя плохо.

Медицинская сестра должна уметь оценить состояние человека, его самочувствие и помочь ему укрепить здоровье или предупредить заболевание в рамках своей компетенции.

Существует много различных моделей, связанных с понятием «здоровье-болезнь». Одна из них рассматривает эту цепь как непрерывность (рис. 2).

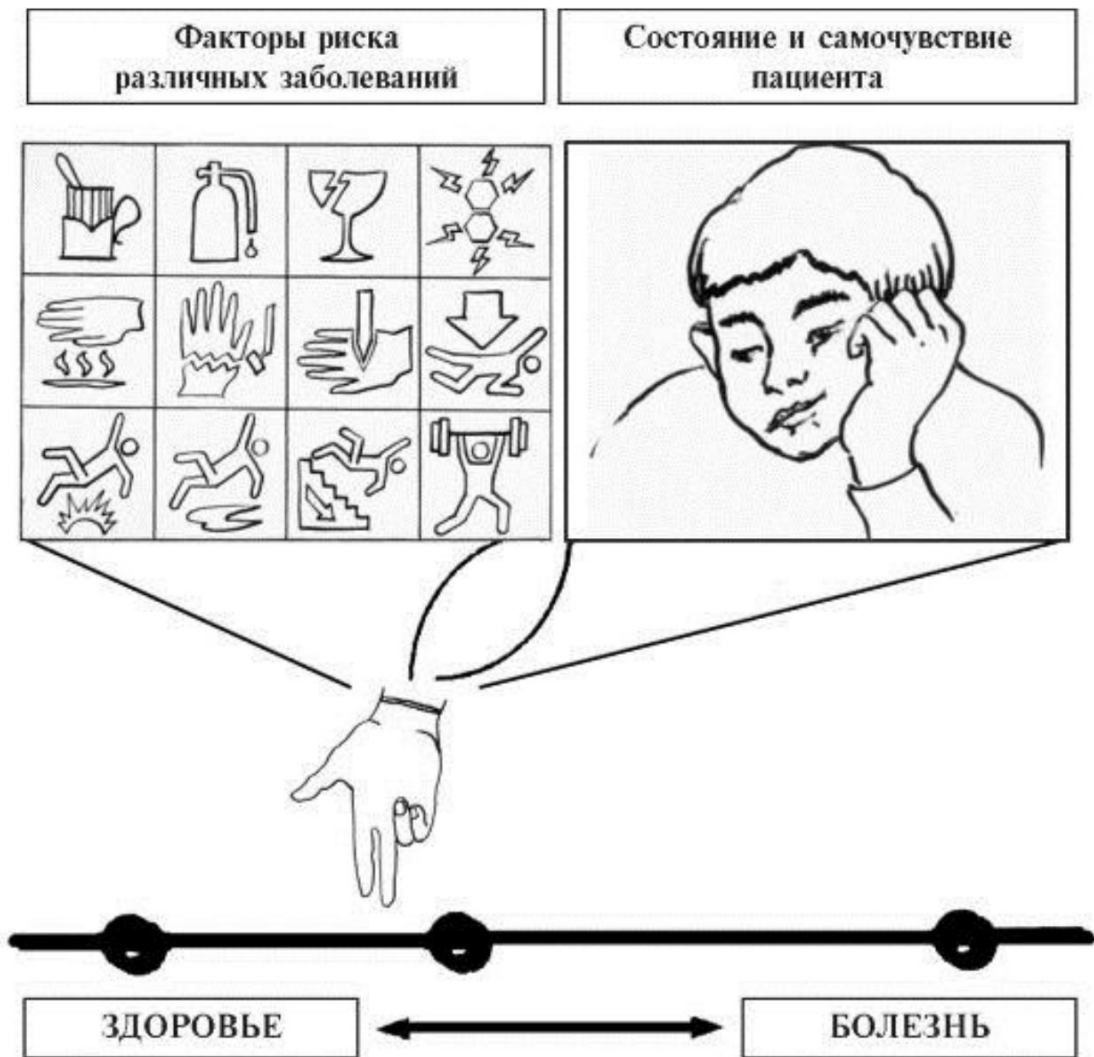


Рис. 2. Модель непрерывности здоровье-болезнь

Пациент (на рисунке - это точка) располагается вдоль непрерывной линии, с одной стороны которой - здоровье, с другой - болезнь. Местонахождение точки (пациента) может меняться в зависимости от изменения его состояния в любой момент. На состояние здоровья человека могут оказывать влияние факторы риска различных заболеваний, настоящее и предшествующее состояние, его самочувствие в конкретный момент. Согласно этой модели здоровым считается человек, у которого нет болезни.

Самочувствие человека всегда субъективно. Так, например, болезненный от природы великий философ Иммануил Кант в своей работе «О власти души» писал, что воспринимает слабости и недуги своего тела так, как будто они его не касаются, он их просто игнорирует и ведёт себя как совершенно здоровый

человек. Понятия «здоровье» и «болезнь» относительны. Вспомним, что ранняя потеря слуха, зрения, зубов прежде считалась естественным процессом старения. В настоящее время благодаря современным методам профилактики и лечения удаётся сохранить или восстановить их.

Многие люди через средства массовой информации узнают о новых медицинских технологиях и предъявляют более высокие требования к уровню своего здоровья. Некоторые, несмотря на достаточно серьёзное заболевание или даже нетрудоспособность, настаивают на том, что они «здоровы». Существуют и те, кто настаивает на том, что «нездоровы», хотя и не имеют никакого заболевания.

Другая модель здоровья - это модель «высокого уровня хорошего самочувствия», при котором используется наиболее полно потенциал всей жизни. Это возможно с учётом единства разума, тела и духа. Автор этого подхода (Данн Г.Л., 1959) полагает, что сестринский уход должен быть направлен на улучшение качества жизни независимо от тяжести заболевания пациента.

Многие утверждают, что того, кто чувствует себя хорошо и живёт так, как считает наиболее целесообразным, можно считать «здоровым» даже при значительных физических и умственных отклонениях. Поведение человека обусловлено в значительной степени его отношением к своему здоровью или болезни, представлением ценности здоровья.

На рис. представлена эта концептуальная модель здоровья, используемая в некоторых колледжах США (в частности, в штате Вирджиния). В основе этой концепции - человек, уникальное творение природы. Он изображён в центре диаграммы.

В следующем круге показаны жизненно важные (основные) потребности человека, которые необходимы для его роста и развития.

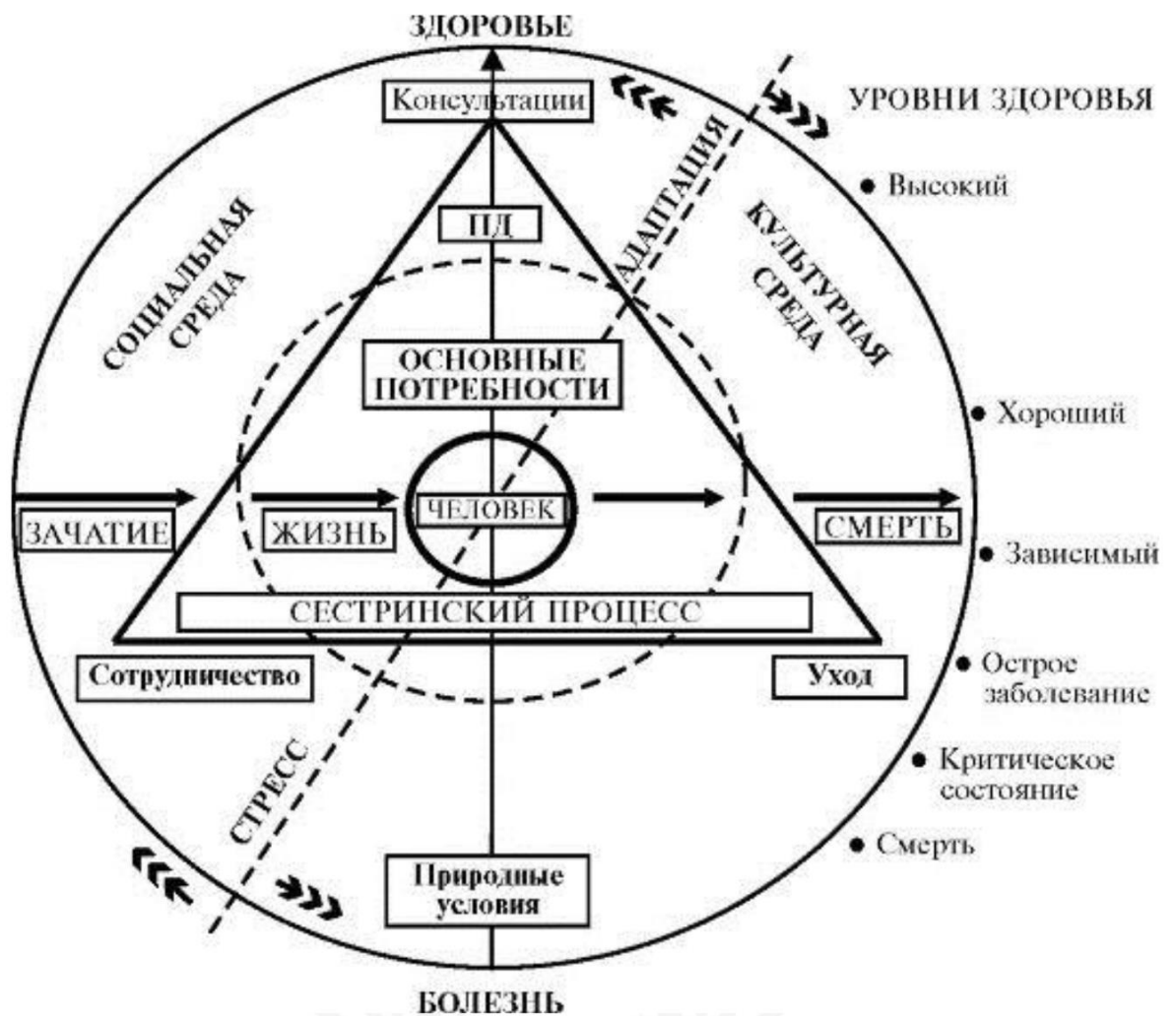


Рис. 3. Модель «высокого уровня хорошего самочувствия». ПД - повседневная деятельность.

Далее - повседневная деятельность, удовлетворяющая эти потребности, необходимые для поддержания физического, психического, социального и творческого благополучия (она расположена на линии здоровье-болезнь).

Внешний разорванный круг иллюстрирует социокультурную среду и природные условия (окружающая среда), которые влияют на человека и на которую сам он оказывает влияние и адаптируется к ней.

Линия, пересекающая по вертикали окружности, отражает непрерывность состояния здоровье-болезнь. На протяжении своей жизни человек постоянно изменяется и приспосабливается к различным стрессовым ситуациям. При этом он использует и физиологические, и психологические механизмы, позволяющие сохранить определённый уровень здоровья. Они обозначены линией стресс-адаптация. Уровни здоровья (от высокого до

критического состояния и смерти) представлены за окружностью. Сестринский процесс, обозначенный треугольником, - деятельность, дающая возможность сестре осуществлять уход, поддерживая здоровье пациента на максимально возможном для него уровне, обеспечивающем достойное качество его жизни. Сестринский процесс осуществляется сестринскими технологиями ухода, при этом могут потребоваться консультации пациенту и членам его семьи по вопросам, связанным с поддержанием или восстановлением здоровья.

Уход и консультации будут успешными при условии сотрудничества всех людей, самого пациента и оказывающих ему помощь. Эти три элемента сестринского дела (уход, консультации и сотрудничество) расположены по углам равностороннего треугольника, поскольку их значимость для поддержания здоровья человека равноценна.

Профилактические мероприятия, как пассивные, так и активные, помогают людям оставаться здоровыми, предупреждать заболевания и травмы, способствовать сохранению и поддержанию здоровья. Они должны начинаться уже в перинатальном периоде (а в некоторых случаях до зачатия, когда проводится генетическое консультирование) и продолжаться в течение всей жизни, чтобы избежать или снизить воздействие факторов риска на здоровье человека.

В настоящее время во всем мире возрождается личная ответственность каждого человека за своё здоровье.

Термин «самоуход» употребляется всё чаще, когда речь идет о деятельности служб здравоохранения, членов семьи, друзей, групп само- и взаимопомощи. Самоуход предполагает деятельность самого человека, направленную на удовлетворение его жизненно важных потребностей, в результате чего обеспечивается достаточный для него уровень здоровья.

Ещё Ф. Найтингейл в своих «Записках об уходе» (1859) писала, что уход за здоровым человеком - это «поддержание человека в состоянии, при котором болезнь не может наступить», а уход за больным - это «помощь страдающему

от болезни человеку в его стремлении жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение».

На одной из конференций в 1988 г. в Великобритании, где рассматривалась программа ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году», участники напомнили, что задачи, стоящие перед здравоохранением, основаны на «...предпосылке, что здоровье - это не просто отсутствие заболевания, но и благоприятная возможность создать обстановку благополучия и реализовать возможности человеческого потенциала».

Сестринская деонтология

Этические элементы принятой философии и раньше считались незаменимыми для сестринской работы. Моральные и нравственные качества медицинской сестры всегда имели не меньшее значение в её профессиональной деятельности, чем практические навыки.

Специфика медицины, существенно отличающая её от других видов человеческой деятельности, заключается прежде всего в необходимости постоянного, каждодневного, ежечасного общения медицинской сестры с пациентом. При этом следует помнить, что человек, имеющий проблемы со здоровьем, по характеру мышления, глубине переживаний, силе психоэмоционального напряжения по отношению к самому себе и окружающим, как правило, существенно отличается от человека, у которого таких проблем нет. Болезнь, особенно хроническая, для многих людей представляет тяжёлую психическую травму, которая приводит не только к ухудшению физического состояния и самочувствия, но и к серьёзным сдвигам

в психоэмоциональной сфере. Пациент, доверяющий медицинской сестре своё здоровье, а нередко и свою жизнь, хочет как можно скорее получить эффективную сестринскую помощь. Он должен быть уверен не только в высоком профессионализме медицинской сестры, но и в её порядочности, честности, доброте, милосердии, чуткости и отзывчивости. Поэтому уже с древних времен общество предъявляло высокие требования именно к моральным, нравственным качествам сестринского персонала. И медицинская

сестра берёт на себя определённые моральные обязательства по отношению к пациенту, обществу, коллегам.

Частью сестринской этики является деонтология (от греч. deon, родительный падеж deontos - нужное, должное и logos - учение) - раздел этики,

в котором рассматриваются проблемы долга и должного. Этот термин был впервые введен И. Бентамом, который употребил его для обозначения теории нравственности в целом. Деонтология учит, как с точки зрения сестринской этики должна поступать медицинская сестра в конкретных ситуациях, возникающих в процессе её профессиональной деятельности.

Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ (460-377 до н.э.): «Должно обращать внимание, чтобы всё, что принимается, приносило пользу». Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующими качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здравым смыслом, хладнокровием...»

Какие же качества необходимы медицинской сестре для её профессиональной деятельности?

«Любовь и забота - лучшее лекарство», - писал Парацельс. Эти же качества, обязательные для сестринского персонала, отмечает и И. Харди в книге «Врач, сестра, больной» (1981): «Нежность, ласковость, терпение и вежливость - вот составные элементы хорошего стиля работы, в них выражаются заботливость, внимание и любовь сестры к больным». На наш взгляд, точнее всего принципы сестринской этики и деонтологии отражены в клятве, которую дают выпускники сестринских школ во многих странах. Это клятва Флоренс Найтингейл:

«Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности. Я буду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарства, могущего принести вред. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду держать в секрете всю личную информацию, которая

окажется в моём распоряжении во время работы с пациентами и их родными.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных моей заботе». Медицинская сестра должна понимать, что все люди заслуживают, чтобы к ним относились так, как гласит золотое правило: Относитесь к людям так, как вы хотели бы, чтобы относились к вам. Своим поведением на рабочем месте медицинская сестра должна создавать атмосферу уважения и заботы. Отношение к работе в моральном и этическом плане оказывает непосредственное воздействие и на качество сестринской помощи, и на коллег.

Философия сестринского дела

Согласно общепринятому определению философия — это форма духовной деятельности, направленная на постановку, анализ и решение мировоззренческих вопросов, связанных с формированием целостного взгляда на мир и на место в нем человека. Это специфический тип мышления, эмоциональный настрой, система мировоззрения.

Философия медицины начала формироваться в Древней Греции. Выдающийся греческий философ Эпикур утверждал, что медицина и философия бесполезны, если первая не излечивает тело, а вторая — душу. Ф. Бэкон, представитель эпохи Нового времени, писал, что медицина, не основанная на философии, не может быть надежной.

Современная философия медицины руководствуется критерием духовной ценности человеческой жизни. Роль такой философии состоит в том, что она определяет общие идеи медицины, являющиеся стержневыми не только в области медико-философской проблематики, но и в жизни человека вообще. Система ценностей, которая является предметом философского осмысления, выступает фактором влияния философии на медико-биологические науки и практическое здравоохранение. Она является основой выполнения лечебных манипуляций и веры пациента в свое выздоровление, становится духовным элементом терапевтического воздействия.

Философия любой профессии, в частности сестринского дела, всегда находится в развитии. Взгляды общества на те или иные ценности постоянно претерпевают изменения, поэтому меняется и мнение о профессии медицинской сестры. Философия сестринского дела существенно отличается не только в разных регионах, национальных группах, но и в лечебно-профилактических, медицинских образовательных учреждениях. Реформа здравоохранения в России подразумевает выработку нового взгляда и на сестринское дело, потому что будущему среднему медицинскому персоналу придется работать при новых социально-экономических условиях.

В философии сестринского дела можно выделить четыре основных понятия:

- 1) сестринское дело как искусство и наука;
- 2) пациент как личность;
- 3) окружающая среда;
- 4) здоровье.

Искусство оказывает большое воздействие на духовный мир человека. Сила воздействия искусства на общее состояние и настроение человека и его благотворное влияние на здоровье были замечены еще в глубокой древности.

В свое время Ф. Найтингейл говорила, что сестринское дело — одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах.

Как *наука* сестринское дело опирается не только на медицинские знания, но и на психологию, социологию, культурологию, историю, этику и эстетику.

В процессе профессиональной деятельности у сестринского персонала вырабатывается определенный концептуальный подход, на базе которого составляются обширные описательные характеристики особенностей сестринского дела. Они образуют прочную основу для создания теории сестринского дела.

Понятие «*личность*» занимает в философии сестринского дела особое место. Проблема личности в философии — это прежде всего вопрос о том,

какое место занимает человек в мире. Человек — это целостная, динамическая, саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой. Биологические, психологические, социальные и духовные компоненты составляют единое целое человека, пациента. Они характерны для всех людей, но индивидуальны для каждого и образуют уникальную личность. Медицинская сестра должна быть готова иметь дело с любым пациентом, уважительно относиться к его прошлому и настоящему, жизненным ценностям, обычаям и убеждениям.

Окружающая среда всегда оказывала влияние на жизнедеятельность людей. Еще Гиппократ исходил из определяющего влияния факторов окружающей среды на формирование телесных (конструкция) и душевных (темперамент) свойств человека. Он выделял эти факторы (климат, погода, состояние ветров, воды, почвы, рельеф местности, образ жизни людей, их привычки, законы страны, даже формы государственного устройства и др.) с точки зрения их влияния на человека. Ф.Найтингейл также считала окружающую среду существенным фактором в предотвращении заболеваний и поддержании здоровья.

Окружающая среда — это совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и условий, в которых происходит жизнедеятельность человека. Она подразделяется:

- на физическую, включающую географическое положение, климат, качество воздуха, воды и т.п. В дополнение к природной окружающей среде необходимо учитывать и техногенную;
- социальную, оказывающую огромную роль на личность пациента (семья, школа, знакомые, рабочий коллектив и т.д.);
- культурную, которая включает поведение человека, его взаимоотношение с другими людьми (язык, традиции, обычаи, вера, манеры общения и т.п.).

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

В 1947 г. ВОЗ определила *здоровье* как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие заболеваний или неполноценности. Порой трудно определить, что является здоровьем, но следует учитывать, что это динамический процесс. Здоровье можно определить как объективно, так и субъективно: это цель, к которой нужно стремиться; оно включает умение заботиться о самом себе; обеспечивает чувство целостности; справляется со стрессом путем адаптации; его составной частью являются процессы непрерывного роста и становления.

В любой момент жизни каждый человек должен стремиться к здоровью.

Таким образом, **философия сестринского дела** отражает отношение медицинской сестры к своей деятельности, формирует целостный взгляд на сестринское дело, роль и место в нем сестринского персонала.

Этика и деонтология сестринского дела

Медицинская этика (лат. *ethica*, от греч. *ethice* – изучение нравственности, морали), или **медицинская деонтология** (греч. *deon* – долг; термин «деонтология» широко использовался в отечественной литературе последних лет), – совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

По современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

научный – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников;

практический – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трём основным направлениям:

медицинский работник – пациент,

медицинский работник – родственники пациента,

медицинский работник – медицинский работник.

Четыре универсальных этических принципа включают в себя: *милосердие, автономию, справедливость и полноту медицинской помощи.*

Прежде чем приступать к обсуждению применения принципов на практике, дадим краткую характеристику каждому из них.

Принцип милосердия гласит: "Я принесу добро пациенту, или, по крайней мере, не причиню ему вреда". Милосердие подразумевает чуткое и внимательное отношение к пациенту, выбор методов лечения пропорциональных тяжести состояния, готовность и способность пациента справиться с предписанным медицинским вмешательством. Главное, чтобы любое действие медицинского работника было направлено во благо конкретного пациента!

Принцип автономии требует уважения к личности каждого пациента и его решениям. Каждый человек может рассматриваться только как цель, но не как средство ее достижения. С принципом автономии связаны такие аспекты оказания медицинской помощи, как конфиденциальность, уважение к культуре, религии, политическим и иным убеждениям пациента, информированное согласие на медицинское вмешательство и совместное планирование и осуществление плана ухода, а также самостоятельное принятие пациентом решений, либо принятие решений законным представителем данного пациента.

Принцип справедливости /не причинения вреда требует равного отношения медицинских работников и оказания равноценной помощи всем

пациентам вне зависимости от их статуса, положения, профессии или иных внешних обстоятельств. Этот принцип также определяет, что какую бы помощь не оказывал медицинский работник пациенту, его действия не должны нанести вреда ни самому пациенту, ни другим лицам. Сталкиваясь с ситуацией конфликта между пациентом и его близкими или другими медицинскими работниками, руководствуясь данным принципом, мы должны быть на стороне пациента.

Принцип полноты оказания медицинской помощи подразумевает профессиональное оказание медицинской помощи и профессиональное отношение к пациенту, применение всего имеющегося арсенала здравоохранения для проведения качественной диагностики и лечения, реализации профилактических мер и оказания паллиативной помощи. Данный принцип требует абсолютного соблюдения всех норм законодательства, связанных со здравоохранением, а также всех положений этического кодекса.

Моральная ответственность медицинского работника подразумевает соблюдение им всех принципов медицинской этики.

Отношения "медсестра - пациент"

Медицинская сестра обязана быть выдержанной и приветливой в общении с пациентом. Недопустимыми как фамильярность и панибратство так и чрезмерная сухость и официальность. Обращаться к больным следует на «Вы» и по имени и отчеству.

Нельзя в присутствии больных обсуждать поставленный диагноз, план лечения, говорить о заболеваниях соседей по палате. Запрещается подвергать сомнению правильность проводимого лечения в присутствии больного.

Перед тяжелыми и болезненными процедурами медсестра должна разъяснить в доступной форме значение, смысл и необходимость их для успешного лечения и снять психоэмоциональное напряжение.

Отношения "медсестра - родственники (и близкие) пациента:

Необходимо сохранять сдержанность, спокойствие и тактичность;

Лицам, ухаживающим за тяжелобольными разъяснять правильность выполнения процедур и манипуляций;

Беседовать только в пределах своей компетенции (не имеет право рассказывать о симптомах, о прогнозе заболевания, а должна направить к лечащему врачу);

Отвечать на вопросы спокойно, неторопливо, обучать правильному уходу за тяжелобольными.

Отношения "медсестра - врач":

Недопустимы грубость, неуважительное отношение в общении;

Исполнять врачебные назначения своевременно, четко и профессионально;

Срочно информировать врача о внезапных изменениях в состоянии больного;

При возникновении сомнений в процессе выполнения врачебных назначений в тактичной форме выяснить все нюансы с врачом в отсутствие больного.

Отношения "медсестра - медсестра":

Недопустима грубость и неуважительное отношение к коллегам; Замечания должны делаться тактично и в отсутствие больного; Опытные медсестры должны делиться с молодыми своим опытом; В сложных ситуациях должны помогать друг другу.

Отношения "медсестра - младший медперсонал":

Соблюдать взаимоуважение;

Контролировать тактично, ненавязчиво деятельность младшего медперсонала;

Недопустимы грубость, фамильярность, высокомерие; Недопустимо делать замечания в присутствии больных и посетителей.

Биоэтика. Основные понятия

Биоэтика представляет собой сложный феномен современной культуры, возникший в конце 60-х – начале 70-х годов прошлого столетия в США. Термин «биоэтика» предложил в 1970 г. американский онколог Ван Ренсселер Поттер. Он призвал объединить усилия представителей гуманитарных наук и естествоиспытателей (прежде всего биологов и врачей) для того, чтобы обеспечить достойные условия жизни людей.

По Поттеру, «наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности».

Исходя из этого, он предложил для ее обозначения термин биоэтика. Впрочем, довольно скоро смысл термина существенно меняется. На

первое место выходит междисциплинарное исследование:

антропологических; моральных;

социальных;

и юридических проблем;

вызванных развитием новейших биомедицинских технологий (генетических, репродуктивных, трансплантологических и др.).

В 70-е годы в США создаются первые исследовательские и образовательные центры биоэтики, а изучаемые ею проблемы начинают привлекать самое пристальное внимание политиков, журналистов, религиозных деятелей, вообще самой широкой публики.

В следующем десятилетии биоэтика весьма быстро получает признание в Западной Европе, а с начала 90-х годов – в странах Восточной Европы (включая Россию) и Азии (прежде всего в Японии и Китае).

1. Первой важнейшей предпосылкой формирования биоэтики является идеология экологического движения. Научно-технический прогресс

порождает не только несметное количество благ для человека и человечества, но и угрозы самому его существованию и среде его обитания.

2. Правозащитное движение – вторая важнейшая культурная предпосылка формирования биоэтики. Если экологическое движение возникло как ответ на угрозу физическому (природному) благополучию человека, то биоэтика начала бурно развиваться в результате угрозы моральной идентичности человека, исходящей от технологического прогресса в области биомедицины.

3. Осознание необходимости междисциплинарного подхода в осмыслении и практическом решении проблем, порождаемых научно-техническим прогрессом, можно рассматривать в качестве третьей идейной предпосылки формирования биоэтики.

4. Четвертым фактором, повлиявшим на возникновение биоэтики, являются последствия научно-технического прогресса в области биомедицины, очень часто заставляющие осмысливать заново традиционные представления о добре и зле, о благе пациента, о начале и конце человеческого существования. Основная задача биоэтики – способствовать выявлению различных позиций по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики.

Можно ли клонировать человека?

Допустимы ли попытки создания генетическими методами новой «породы» людей, которые будут обладать высокими физическими и интеллектуальными качествами?

Нужно ли спрашивать разрешения у родственников умершего при заборе его органов для пересадки другим людям?

Можно и нужно ли говорить пациенту правду о неизлечимом заболевании?

Является ли эвтаназия преступлением или актом милосердия?

Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений этих и подобных им вопросов, которые встают перед человечеством практически ежедневно.

Читатель, однако, вправе спросить: зачем понадобилось создавать биоэтику, ведь на протяжении веков медицина и наука самостоятельно решали аналогичные проблемы?

В самом деле, все знают, к примеру, о клятве Гиппократата, которая много столетий является фундаментом профессиональной этики врачей, о роли ведущих физиков в движении за запрет испытаний ядерного оружия, о роли биологов в борьбе за охрану окружающей среды.

Основное отличие биоэтики от традиционной, гиппократовской этики – в том, что последняя носит сугубо корпоративный характер.

Она рассматривает врача в качестве единственного морального субъекта, выполняющего долг перед пациентом, который пассивен и не принимает участия в выработке жизненно важного для него решения, поскольку пребывает в роли страдающего индивида.

Биоэтика исходит из идеи «активного пациента», который, будучи моральным субъектом, вступает в сложные диалогические (а подчас и конкурентные) отношения с другими субъектами – врачами и учеными.

Традиционные ценности милосердия, благотворительности, ненанесения вреда пациенту, нравственной ответственности медиков нисколько не отменяются. Просто в нынешней социальной и культурной ситуации они получают новое значение и новое звучание.

Значительно больше внимания уделяется моральной ценности индивида как уникальной и неповторимой личности. В центре морального сознания оказывается идея автономии человека, его неотчуждаемое право (закрепляемое международным и национальным законодательством) самостоятельно принимать наиболее важные решения, касающиеся его собственной жизни.

Отметим также, что если врачи или биологи как эксперты обладают наиболее достоверным знанием, к примеру, о том, как технически клонировать человека, то вопрос о моральной или правовой допустимости подобных действий находится вне их профессиональной компетенции.

Именно поэтому биоэтику развивают представители целого ряда дисциплин:

врачи,

биологи,

философы,

богословы,

психологи,

социологи,

юристы,

политики и многие другие.

В этом смысле биоэтика представляет собой междисциплинарный феномен. Проблемы, порождаемые прогрессом биологии и медицины, столь трудны и многообразны, что для их решения необходимы совместные усилия людей, обладающих разными видами знания и опыта.

И еще одна важная особенность биоэтики. История показывает, насколько опасно пытаться навязать обществу одну на всех систему идеологических, национальных, религиозных или иных ценностей. Все мы различаемся по своим ценностным предпочтениям, но в то же время мы все граждане одного общества.

Необходимо, несмотря на все различия и, более того, в полной мере уважая их, формировать навыки совместной жизни, в которой каждый вправе быть отличным от других.

Поэтому биоэтика не просто изучает моральные проблемы, порождаемые научно-техническим прогрессом, но и участвует в формировании новых политических институтов, характерных для плюралистического общества.

Особую роль в этом играют этические комитеты.

Это — социальный институт, который представляет собой многоуровневую сеть общественных, государственных и международных организаций.

Этические комитеты существуют при :

научно-исследовательских учреждениях и больницах,

профессиональных объединениях (врачебных, сестринских, фармацевтических),

государственных органах (парламентах, президентских администрациях),

международных организациях (ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др.).

Важную роль в деятельности этих комитетов играют представители общественности, связанные с мощными правозащитными движениями. Роль общественности в развитии биоэтики отражена во многих международных и национальных законодательных актах.

«Стороны должны позаботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины (в особенности социально-экономические, этические и юридические аспекты) были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций...». Конвенция Совета Европы «О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», статья 28 (1996).

Кроме того, биоэтические идеи развиваются и социально реализуются в рамках различных общественных организаций и движений. Достаточно упомянуть:

независимые врачебные ассоциации, организации

защиты прав пациентов, организации защиты прав

животных,

сторонников и противников права на аборт и т.д.

Необходимым условием компетентного участия людей в обсуждении и решении острейших проблем, порождаемых новыми биомедицинскими технологиями, является улучшение качества и расширение сфер биоэтического образования.



Лекция 9. Понятие о сестринском процессе.

Профессия медицинской сестры самостоятельна, уникальна и принципиально отличается от деятельности других работников в сфере здравоохранения. Недавно в профессиональный лексикон вошло понятие сестринский процесс как системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента. Цель сестринского процесса состоит в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности, возникающие у пациента.

Выделяют следующие этапы сестринского процесса:

1. обследование пациента;
2. диагностирование его состояния (выявление проблем и постановка сестринского диагноза);
3. планирование помощи, направленной на удовлетворение нарушенных потребностей;
4. осуществление плана сестринских вмешательств;
5. оценка полученных результатов.

Первый этап сестринского процесса - обследование пациента

Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать информацию о нём из всех возможных источников. Она может быть получена от самого пациента, членов его семьи, свидетелей случившегося, самой медицинской сестры, её коллег. На основе собранной информации выявляют и идентифицируют проблемы, составляют план, и реализуют намеченные действия. Успех лечения во многом зависит от качества полученной информации.

Сестринское обследование отличается от врачебного. Цель деятельности врача - поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания

и т.д., а цель деятельности сестринского персонала - обеспечить качество жизни больного человека. Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.

Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной информации ведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к

неэффективному уходу и лечению. Причинами сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:

- неопытность и неорганизованность сестринского персонала;
- неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;
- склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

Источники информации при обследовании пациента

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников:

- 1) от самого пациента;
- 2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;
- 3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;
- 4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данных обследования и т.п.;
- 5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.

На основании полученных данных можно судить о состоянии здоровья пациента, факторах риска, особенностях заболевания, необходимости оказания пациенту сестринской помощи.

Пациент - основной источник субъективной и объективной информации

о себе. В тех случаях, когда он недееспособен, находится в коматозном состоянии, либо это младенец или ребёнок, основным источником данных могут быть его родственники. Иногда они одни знают об особенностях состояния пациента до болезни и в период заболевания, о принимаемых им медикаментах, аллергических реакциях, приступах и т.п. Однако не стоит думать, что эта информация будет исчерпывающей. Из других источников могут быть получены иные данные, возможно, даже противоречащие данным основных. Например, супруг (супруга) может сообщить о напряжённой обстановке в семье, депрессии или пристрастии к спиртным напиткам, которые сам пациент отрицает. Информация, полученная от членов семьи, может повлиять на скорость и качество оказания медицинской помощи. В случае расхождения данных необходимо постараться получить дополнительные сведения от других лиц.

Медицинское окружение пациента - источник объективной информации, основанной на поведении пациента, его реакции на лечение, полученной при

проведении диагностических процедур, общении с посетителями. Каждый член медицинской бригады - потенциальный источник информации, он может сообщать и проверять данные, полученные из других источников.

Основная медицинская документация, необходимая сестринскому персоналу, - карта стационарного или амбулаторного больного. Прежде чем приступить к опросу пациента, сестринский персонал подробно знакомится с такой картой. В случае повторной госпитализации интерес представляют предыдущие истории болезни, запрашиваемые в случае надобности в архиве. Это источник ценных данных относительно особенностей течения заболевания, объёма и качества оказанного сестринского ухода, психологической адаптации, реакций пациента на госпитализацию, негативных последствий, связанных с предыдущим пребыванием пациента в стационаре или обращением за медицинской помощью. В процессе знакомства сестринского персонала с историей заболевания пациента могут появиться гипотезы о возможных причинах его проблем (работа на вредном производстве, отягощённая наследственность, семейные неурядицы).

Нужную информацию также можно почерпнуть из документации с места учёбы, работы, службы, из медицинских учреждений, где наблюдается или наблюдался пациент.

Прежде чем запрашивать документацию или опросить третье лицо, необходимо разрешение на это пациента или его опекуна. Любая полученная информация конфиденциальна и рассматривается как часть официальной медицинской документации пациента.

На завершающем этапе сбора информации сестринский персонал может воспользоваться специальной медицинской литературой по уходу за пациентом.

Существует два вида информации о пациенте: субъективная и объективная.

Субъективная информация - это сведения об ощущениях самого пациента относительно проблем со здоровьем. Например, жалобы на боли - субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её характеристике, продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, жалобы на бессонницу, плохой аппетит, недостаток общения и др.

Объективная информация - результаты проведённых измерений или наблюдений. Примерами объективной информации могут служить показатели измерения температуры тела, пульса, АД, идентификация высыпаний (сыпи) на теле и пр. Сбор объективной информации проводят в соответствии с

существующими нормами и стандартами (например, по шкале Цельсия при измерении температуры тела).

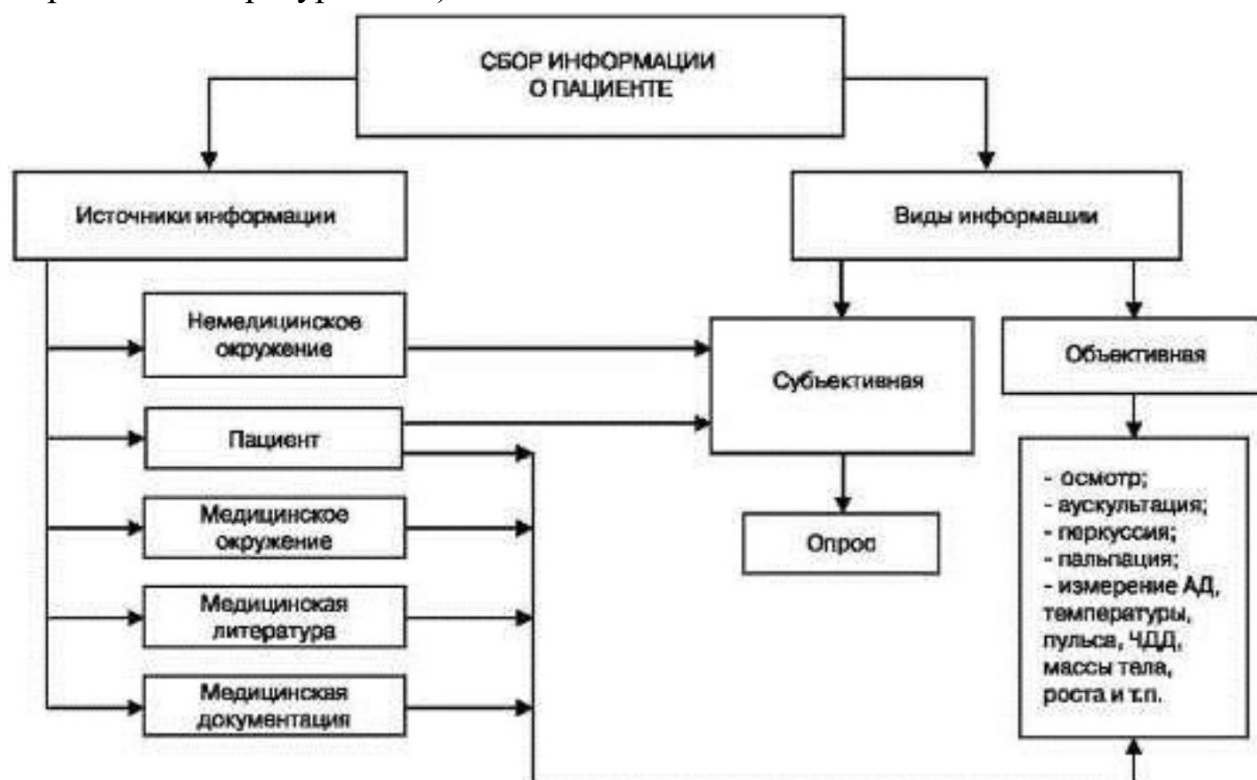


Рис. 1. Содержание первого этапа сестринского процесса

Субъективные данные, полученные от пациента и его немедицинского окружения, подтверждают физиологические изменения, выраженные объективными показателями. Например, подтверждение описания боли пациентом (субъективная информация) - физиологические изменения, выраженные в повышенном кровяном давлении, тахикардии, сильном потоотделении, вынужденном положении (объективная информация).

Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

Опрос как основной метод сбора субъективной информации о пациенте

Сестринское обследование следует, как правило, за врачебным. Первый шаг в сестринском обследовании пациента - сбор субъективной информации с помощью сестринского опроса (сбора первичной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого).

При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сфокусировать внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в

его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.

Цели проведения опроса:

- установление доверительных отношений с пациентом;
- ознакомление пациента с курсом лечения;
- выработка адекватного отношения пациента к состояниям беспокойства и тревоги;
- выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
- получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.

В начале опроса необходимо представиться пациенту, назвать своё имя, положение, сообщить цель беседы. Затем выяснить у пациента, как к нему обращаться. Это поможет ему чувствовать себя комфортно.

Большинство пациентов, обратившись за медицинской помощью и особенно оказавшись в стационаре, испытывают тревогу и беспокойство. Они чувствуют себя беззащитными, боятся того, что им предстоит, боятся того, что у них могут обнаружить, и поэтому надеются на участие и заботу, испытывают радость от оказанного внимания. Пациента необходимо успокоить, ободрить, дать нужные разъяснения и советы.

При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную ему информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные просят дать совет по личному вопросу. Возможность поговорить об этом с медицинским персоналом обычно важнее, чем сам ответ.

Если опрос проходит успешно, появляется возможность установить доверительные отношения с пациентом, вовлечь его в формулирование целей и составление плана сестринского ухода, решить вопросы относительно необходимости консультаций и обучения пациента.

Во время проведения опроса следует наблюдать за пациентом. Его поведение с членами семьи, медико-санитарным окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе. Например, в том случае, когда пациент утверждает, что не волнуется, но выглядит озабоченным и раздражительным, наблюдение даст возможность получить необходимую дополнительную информацию.

Слушая пациента и умело ведя с ним беседу, можно выяснить, что его беспокоит и какие у него проблемы, что стало, по его мнению, причиной его

состояния, как это состояние развивалось, и что он думает о возможном исходе заболевания.

Все, что удаётся узнать, собирая анамнез, помогает оформить историю сестринского наблюдения за пациентом и выделить те проблемы, которым следует уделить особое внимание.

Карта сестринского наблюдения за пациентом

В соответствии с Государственным образовательным стандартом изучение сестринской истории болезни (СИБ) пациента введено в программу подготовки сестринского персонала во всех училищах и колледжах РФ. В соответствии с выбранной моделью сестринского дела каждое учебное заведение разрабатывает свою карту наблюдения за пациентом или сестринскую историю болезни.

В СИБ необходимо указать дату опроса пациента, а в случае быстрой смены обстоятельств - и время.

Изложению информации, полученной от пациента, как правило, предшествуют определённые сведения, носящие вводный характер.

Анкетные данные (возраст, пол, место жительства, род занятий) позволят не только установить, кем является пациент, но и получить примерное представление о том, что это за человек, и какие проблемы со здоровьем у него могут быть.

Способ поступления в медицинское учреждение или обращения за помощью поможет понять возможные мотивы пациента. Пациенты, обратившиеся за помощью по своей инициативе, отличаются от тех, кто поступил по направлению.

Источник получения информации. В СИБ необходимо указать, от кого получены сведения о пациенте. Это может быть он сам, его родственники, друзья, члены медицинской бригады, работники милиции. Нужную информацию можно также почерпнуть из имеющейся у пациента документации.

Надежность источника указывают в случае необходимости.

Субъективное обследование

Основные жалобы. С этого раздела начинается основная часть СИБ. Лучше записывать слова самого больного: «У меня болит живот, мне очень плохо». Иногда пациенты не предъявляют явных жалоб, а излагают цель госпитализации: «Меня положили просто для обследования».

История настоящего заболевания. Здесь следует чётко, в хронологической последовательности указать те проблемы со здоровьем, которые заставили пациента обратиться за медицинской помощью. Информация может исходить от больного либо его окружения. Сестринский

персонал должен упорядочить информацию. Необходимо выяснить, когда началось заболевание; обстоятельства, при которых оно возникло, его проявления и любое предпринятое пациентом самостоятельное лечение (приём препаратов, клизма, грелка, горчичники и т.п.). Если недуг сопровождается болью, выясняют следующие детали:

- место локализации;
- иррадиацию (куда отдает?);
- характер (что она напоминает?);
- интенсивность (насколько она сильна?);
- время появления (когда она начинается, как долго длится, и как часто появляется?);
- обстоятельства, при которых она возникает (факторы окружающей среды, эмоциональные реакции или другие обстоятельства);
- факторы, усугубляющие или облегчающие боль (физическая или эмоциональная нагрузка, переохлаждение, приём лекарственных препаратов (что именно, в каких количествах) и т.п.);
- сопутствующие проявления (одышка, артериальная гипертензия, ишурия, головокружение, тахикардия, расширение зрачков, вынужденная поза, характер мимики и т.п.).

Подобным образом можно детализировать и другие проявления заболевания или состояния пациента (тошноту и рвоту, задержку стула, диарею, беспокойство и т.п.).

В этом же разделе записывают, что сам пациент думает о своём заболевании, что заставило его обратиться к врачу, как болезнь отразилась на его жизни и активности.

В разделе анамнез жизни указывают все перенесённые ранее заболевания, травмы, лечебные процедуры, даты предшествующих госпитализаций, реакцию пациента на проведённое в прошлом лечение и качество оказанной сестринской помощи.

Состояние пациента на момент осмотра, условия жизни, привычки, отношение к здоровью позволяют выявить те сильные и слабые стороны, которые необходимо учитывать при планировании сестринского ухода.

Семейный анамнез даёт возможность оценить риск возникновения у пациента некоторых заболеваний, носящих наследственный характер. В случае обнаружения семейной патологии, к обследованию и лечению могут быть привлечены родственники.

Психологический анамнез помогает узнать пациента как личность, оценить его вероятные реакции на болезнь, его механизмы приспособления к ситуации, силы больного, его тревогу.

Объективное обследование

Основная задача объективного обследования органов и систем пациента - выявить те важные проблемы со здоровьем, которые в беседе с пациентом ещё не были упомянуты. Нередко болезненное состояние пациента вызвано нарушением нормального функционирования органа или системы в целом. Лучше начинать выяснение состояния той или иной системы с обобщающих вопросов: «Как у вас со слухом?», «Вы хорошо видите?», «Как работает ваш кишечник?». Это позволит пациенту сконцентрироваться на предмете разговора.

Сестринский процесс - не обязательная составляющая сестринской деятельности, поэтому обследование пациента рекомендуют проводить по определённому плану с соблюдением необходимых правил, рекомендуемых при врачебном осмотре.

Объективную оценку состояния пациента начинают с общего осмотра, затем переходят к пальпации (ощупыванию), перкуссии (выстукиванию), аускультации (выслушиванию). В совершенстве владеть перкуссией, пальпацией и аускультацией – профессиональная задача врача и медицинской сестры с высшим образованием. Данные осмотра заносят в СИБ.

Оценка общего состояния пациента

Внешний вид и поведение пациента необходимо оценивать, используя данные наблюдений, сделанных при сборе анамнеза и обследовании. Хорошо ли пациент слышит голос медицинской сестры? Легко ли он двигается? Какая

у него походка? Чем он занят в момент встречи, сидит или лежит? Что находится у него на прикроватном столике: журнал, открытки, молитвенник, емкость для сбора рвотных масс или вообще ничего? Предположения, сделанные на основе таких нехитрых наблюдений, могут помочь в выборе тактики сестринского ухода.

Необходимо обратить внимание на то, как пациент одет. Опрятен ли он? Есть ли запах, исходящий от него? Следует обратить внимание на речь пациента, проследить за выражением его лица, поведением, эмоциями, реакциями на окружающее, выяснить состояние сознания.

Состояние сознания пациента. При его оценке нужно выяснить, насколько адекватно тот воспринимает окружающую обстановку, как реагирует на медицинский персонал, понимает ли вопросы, которые ему задают, насколько быстро отвечает, не склонен ли терять нить разговора, замолкать или засыпать.

Если пациент не отвечает на вопросы, можно прибегнуть к следующим приёмам:

- громко обратиться к нему;

- слегка его потрясти, как это делают, когда будят спящего человека.

Если пациент по-прежнему не реагирует, следует установить, не находится ли он в состоянии сопора или комы. Нарушение сознания может быть кратковременным или длительным.

Для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4 лет¹ и взрослых широко используют шкалу комы Глазго² (ШКГ) - The Glasgow Coma Scale (GCS). Она состоит из трёх тестов для оценки: реакции открывания глаз (E), речевых (V) и двигательных (M) реакций. После проведения каждого теста начисляют определённое количество баллов, а затем подсчитывают общую сумму.

Таблица. Шкала комы Глазго

Признак	Виды реакции	Баллы
Открывание глаз (E, eye response)	Произвольное	4
	Как реакция на голос	3
	Как реакция на боль	2
	Отсутствует	1
Речевая реакция (V, verbal response)	Быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	5
	Спутанная речь	4
	Словесная окропка, ответ по смыслу не соответствует вопросу	3
	Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос	2
	Отсутствует	1
Двигательная реакция (M, motor response)	Выполнение движений по команде	6
	Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание)	5
	Одергивание конечности в ответ на болевое раздражение	4
	Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствует	1

Интерпретация полученных результатов:

- 15 баллов - сознание ясное;
- 13-14 баллов - оглушение;

- 9-12 баллов - сопор;
- 6-8 баллов - умеренная кома;
- 4-5 баллов - терминальная кома;
- 3 балла - гибель коры.

Положение пациента. Оно зависит от общего состояния. Различают три вида положения пациента: активное, пассивное и вынужденное.

Пациент, находящийся в активном положении, легко его изменяет: садится, встаёт, передвигается; обслуживает себя. В пассивном положении пациент малоподвижен, не может самостоятельно повернуться, поднять голову, руку, изменить положение тела. Такое положение наблюдают при бессознательном состоянии пациента или состоянии гемиплегии, а также в случаях крайней слабости. Вынужденное положение пациент занимает для облегчения своего состояния. Например, при боли в животе он поджимает колени, при одышке сидит с опущенными вниз ногами, придерживаясь руками за стул, кушетку, кровать. О боли свидетельствуют страдание на лице, усиленное потоотделение.

Рост и масса тела пациента. Выясняют, какова его обычная масса тела, не изменилась ли она в последнее время. Пациента взвешивают, рассчитывают нормальную массу тела, измеряют его рост, выясняют, нет ли у него слабости, утомляемости, лихорадки.

У пациентов с нарушением потребности в питании и выведении продуктов жизнедеятельности из организма данные массы тела и роста используют как основные показатели при лечении. Рост и масса тела человека в большой степени зависят от его режима и характера питания, наследственности, перенесённых заболеваний, социально-экономического положения, места проживания и даже времени рождения.

Сестринскому персоналу нередко приходится определять рост и массу тела пациентов, особенно в педиатрической практике или на профилактических осмотрах. Выпускаемый медицинской промышленностью прибор весы-ростомер позволяет провести эти измерения с большой экономией времени.

По вопросу о нормальной массе тела (должной массе) взрослого человека нет единого мнения. При самом простом способе расчета нормальная масса тела человека должна быть равна его росту в сантиметрах минус 100. Так, при росте человека 170 см нормальная масса тела составляет 70 кг. При расчете идеальной массы тела учитывают рост, пол человека, возраст и тип телосложения. Для определения идеальной массы тела необходимо пользоваться специальными таблицами.

Тип телосложения	Надчревный угол	Отличительные особенности
Астенический	Острый	Тонкий стройный скелет, длинные тонкие конечности, мускулатура развита слабо. Кожа бледная, тонкая. Обмен веществ ускорен. АД понижено. Значительное увеличение вертикальных размеров туловища по отношению к горизонтальным
Нормостенический	Прямой	Правильное телосложение. Нормальный обмен веществ. Кожа нормальной окраски
Гиперстенический	Тупой	Конечности короткие и толстые, голова большая, лицо широкое, шея короткая и толстая. Замедленный обмен веществ. Склонность к повышению АД

Оценка состояния кожи и видимых слизистых

При осмотре, пальпации (при необходимости) кожи и видимых слизистых следует обратить внимание на следующие характеристики.

Окраска кожного покрова и слизистых. Осмотр позволяет выявить пигментацию или её отсутствие, гиперемию или бледность, цианоз или желтушность кожи и слизистых. До проведения осмотра следует спросить пациента, не заметил ли он у себя каких-либо изменений кожного покрова.

Встречаются несколько характерных изменений окраски кожи и слизистых оболочек.

1. Гиперемия (покраснение). Она может быть временной, обусловленной приёмом горячей ванны, алкоголя, лихорадкой, сильным волнением, и постоянной, связанной с артериальной гипертензией, работой на ветру или в жарком помещении.

2. Бледность. Бледность временного характера может быть вызвана волнением или переохлаждением. Выраженная бледность кожных покровов характерна для кровопотери, обморока, коллапса. Гиперемия и бледность лучше всего заметны на ногтевых пластинках, губах и слизистых оболочках, особенно на слизистой оболочке полости рта и конъюнктивы.

3. Цианоз (синюха). Может быть общим и местным, центральным и периферическим. Общий характерен для сердечно-сосудистой недостаточности. Местный, например, для тромбофлебита. Центральная цианоз больше выражен на губах и слизистой оболочке полости рта и языка. Однако губы принимают синюшный оттенок и при низкой температуре окружающей среды. Периферический цианоз ногтей, кистей, стоп также может быть вызван волнением или низкой температурой воздуха в помещении.

4. Иктеричность (желтушность) склер свидетельствует о возможной патологии печени или усиленном гемолизе. Желтушность может появиться на губах, твердом небе, под языком и на коже. Желтушность ладоней, лица и подошв может быть обусловлена высоким содержанием каротина в пище пациента.

Влажность и жирность кожи. Кожные покровы могут быть сухими, влажными или жирными. Влажность кожи, состояние подкожной клетчатки оценивают с помощью пальпации. Сухость кожи характерна для гипотиреоза.

Температура кожных покровов. Прикоснувшись к коже пациента тыльной поверхностью пальцев, можно судить о её температуре. Помимо оценки общей температуры, необходимо проверить температуру на любом покрасневшем участке кожи. При воспалительном процессе отмечают локальное повышение температуры.

Эластичность и тургор (упругость). Необходимо определить, легко ли кожа собирается в складку (эластичность) и быстро ли она расправляется после этого (тургор). Часто применяемый способ для оценки упругости кожи - пальпация.

Снижение эластичности и упругости кожи, её натянутость наблюдают при отёках, склеродермии. Сухая и неэластичная кожа может свидетельствовать об опухолевых процессах и обезвоживании организма. Необходимо учитывать, что с возрастом эластичность кожи человека снижается, появляются морщины.

Патологические элементы кожных покровов. При обнаружении патологических элементов необходимо указать их особенности, локализацию

и распределение на теле, характер расположения, конкретный вид и время их возникновения (например, при сыпи). Следствием зуда кожи могут быть расчесы, которые приводят к риску инфицирования пациента. При осмотре необходимо обратить на них особое внимание, так как причиной их возникновения может быть не только сухость кожи, аллергические реакции, сахарный диабет или другая патология, но и чесоточный клещ.

Волосной покров. При осмотре необходимо обратить внимание на характер оволосения, количество волос пациента. Люди часто переживают по поводу выпадения волос или избыточного оволосения. Их чувства необходимо учитывать при планировании сестринского ухода. Тщательный осмотр позволяет выявить лиц с педикулёзом (завшивленностью).

Обнаружение педикулёза и чесотки - не повод для отказа от госпитализации. При своевременной изоляции и соответствующей санитарной обработке пациентов их пребывание в стенах ЛПУ безопасно для окружающих.

Ногти. Необходимо осмотреть и ощупать ногти на руках и ногах. Утолщение и изменение цвета ногтевых пластин, их ломкость могут быть вызваны грибковым поражением.

Состояние волос и ногтей, степень их ухоженности, использование косметических средств помогут разобраться в личностных особенностях пациента, его настроении, образе жизни. Например, отросшие ногти с полустертым лаком, давно некрашенные волосы могут свидетельствовать о потере интереса пациента к своей внешности. Неопрятный внешний вид характерен для пациента с депрессией или деменцией, однако судить о внешнем виде следует, исходя из вероятной нормы для конкретного пациента.

Оценка состояния органов чувств

Органы зрения. Оценку состояния органов зрения пациента можно начать с вопросов: «Как у вас со зрением?», «Глаза не беспокоят?». Если пациент отмечает ухудшение зрения, необходимо выяснить, постепенно или внезапно это произошло, носит ли он очки, где и как их хранит.

Если пациент проявляет беспокойство по поводу боли в глазах или вокруг глаз, слезотечения, покраснения, его следует успокоить. Объяснить, что снижение зрения может быть обусловлено адаптацией пациента к условиям стационара, приёмом лекарственных препаратов.

План сестринского ухода должен быть составлен с учётом проблем у пациента со зрением.

Органы слуха. Прежде чем приступить к их осмотру, следует поинтересоваться у пациента, хорошо ли он слышит. Если он жалуется на снижение слуха, необходимо выяснить, затрагивает оно оба уха или одно, внезапно или постепенно оно произошло, сопровождалось ли выделениями либо болью. Нужно узнать, носит ли пациент слуховой аппарат, если да, то и тип аппарата.

Используя полученную информацию о снижении слуха и остроты зрения, медицинская сестра сможет эффективно общаться с пациентом.

Органы обоняния. Сначала необходимо выяснить, насколько пациент подвержен простудам, часто ли он отмечает заложенность носа, выделения, зуд, страдает ли носовыми кровотечениями. Если у пациента аллергический ринит, следует уточнить характер аллергена и использованные ранее методы лечения этого заболевания. Следует выявить поллиноз, патологию придаточных пазух носа.

Полость рта и глотка. При осмотре полости рта нужно обратить внимание на состояние зубов и дёсен пациента, изъязвления на языке, сухость во рту, если есть зубные протезы, проверить их пригнан-ность, выяснить дату последнего посещения стоматолога.

Плохо пригнанные зубные протезы могут быть препятствием к общению с пациентом и причиной расстройства речи, налёт на языке - причиной дурного запаха и снижения вкусовых ощущений, а боли в горле и болезненность языка - причиной затруднений при приёме пищи. Всё это надо учитывать при планировании сестринского ухода.

Оценка состояния верхней части тела

Голова. Прежде всего нужно узнать, нет ли у пациента жалоб на головную боль, головокружения, были ли травмы. Головная боль - весьма распространенное явление у пациентов всех возрастов. Необходимо выяснить её характер (постоянная она или пульсирующая, острая или тупая), локализацию, впервые она возникла или отличается хроническим течением. При мигрени нередко наблюдают не только головную боль, но и сопутствующие ей симптомы (тошноту и рвоту).

Шея. При осмотре выявляют различные припухлости, опухшие железы, зоб, боли.

Оценка состояния молочных желез

При осмотре выясняют, производит ли женщина самостоятельный осмотр молочных желез, есть ли ощущения дискомфорта в молочной железе, наблюдается ли женщина у онколога, есть ли нарушения менструального цикла, отмечается ли нагрубание и болезненность желез в предменструальном периоде.

При выделениях из соска уточняют, когда они появились, их цвет, консистенцию и количество; выделяются они из одной или из обеих желез. При обследовании может быть выявлена асимметрия молочных желез, нагрубание, уплотнение, отсутствие одной или обеих молочных желез.

Если пациентка не умеет самостоятельно проводить осмотр молочных желез, можно ввести в план сестринского ухода обучение этим приёмам.

Патология молочных желез достаточно часто встречается у женщин, в том числе и у молодых. Необходимо помнить, что потеря молочной железы может стать большой психологической травмой для женщины и отразиться на удовлетворении её потребностей в сексе. Сестринскому персоналу надо с особым тактом и вниманием относиться к молодым пациенткам, перенёвшим мастэктомию.

Оценка состояния костно-мышечной системы

Чтобы определить состояние этой системы, нужно прежде всего узнать, беспокоят ли пациента боли в суставах, костях и мышцах. При жалобах на боли следует выяснить их точную локализацию, область распространения, симметричность, иррадиацию, характер и интенсивность. Важно определить, что способствует усилению или ослаблению боли, как влияет на неё

физическая нагрузка, сопровождается ли она какими-либо другими симптомами.

При осмотре выявляют деформации, ограничение подвижности скелета, суставов. При ограничении подвижности сустава необходимо выяснить, какие движения и в какой степени нарушены: может ли пациент свободно ходить, стоять, сидеть, наклоняться, вставать, причёсываться, чистить зубы, есть, одеваться, умываться. Ограничение подвижности приводит к ограничению самообслуживания. Такие пациенты подвержены риску развития пролежней, инфицирования и поэтому требуют повышенного внимания со стороны сестринского персонала.

Оценка состояния дыхательной системы

В первую очередь необходимо обратить внимание на изменение голоса пациента; частоту, глубину, ритм и тип дыхания; экскурсию грудной клетки, оценить характер одышки, если таковая имеется, способность пациента к перенесению физической нагрузки, узнать дату последнего рентгенологического обследования.

Как острую, так и хроническую патологию дыхательной системы может сопровождать кашель. Следует определить его характер, количество и вид мокроты, её запах. Особое внимание надо обратить на кровохарканье, боли в грудной клетке, одышку, так как их причиной, как и кашля, может быть серьёзная патология органов сердечно-сосудистой системы.

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы

Пульс и АД определяют, как правило, до оценки состояния сердечно-сосудистой системы. При измерении пульса необходимо обратить внимание на его симметричность на обеих руках, ритм, частоту, наполнение, напряжение, дефицит.

При жалобах пациента на боль в области сердца необходимо прояснить её характер, локализацию, иррадиацию, продолжительность. В случае длительного или повторного заболевания нужно определить, какими лекарственными средствами пациент обычно купирует боли.

Пациентов часто беспокоит сердцебиение. Они рассказывают, что сердце «замирает», «колотится», «скачет», отмечают тягостные ощущения. Необходимо выяснить, какие факторы вызывают сердцебиение. Оно не обязательно означает серьёзные нарушения сердечной деятельности.

Характерный признак сердечно-сосудистой патологии - отёки. Они возникают вследствие скопления жидкости в тканях и полостях организма. Различают скрытые (не видимые при внешнем осмотре) и явные отёки.

Явные отёки легко определить по изменениям рельефа определённых участков тела. При отёках ноги в области голеностопного сустава и стопы, где

есть изгибы и костные выступы, они сглаживаются. Если при надавливании на кожу и подкожно-жировую клетчатку пальцем там, где они ближе всего к кости (средняя треть передней поверхности голени), на этом месте образуется долго не исчезающая ямка, значит, там отёк. Кожа становится сухой, гладкой, бледной, малочувствительной к теплу, снижаются её защитные свойства.

Возникновению явных отёков предшествует скрытый период, во время которого увеличивается масса тела человека, снижается количество выделяемой им мочи, в организме задерживается несколько литров жидкости, появляются скрытые отёки. Важно уметь их распознавать. Это можно сделать

с помощью ежедневных взвешиваний по утрам и определения водного баланса пациента. Водный баланс - отношение количества принятой пациентом за сутки жидкости к количеству выделенной им мочи.

Затем выясняют время и периодичность возникновения отёков, их локализацию, связь с чрезмерным потреблением жидкости или соли, с соматическими заболеваниями.

Отёки бывают местными и общими, подвижными и неподвижными. При заболеваниях сердца и периферических сосудов, если пациент не прикован к постели, в нижних частях тела - на стопах и голених - может появиться ортостатический отёк. Отечность век и кистей, если она сочетается с отёком других частей тела, наблюдают при заболеваниях почек. Увеличение размера талии может быть признаком асцита (брюшной водянки). Кахектические отёки развиваются при крайнем истощении организма, например, у больных на последней стадии онкологических заболеваний.

Отёки могут затрагивать внутренние органы и полости. Скопление транссудата в брюшной полости называют асцитом, в плевральной полости - гидротораксом (водянка грудная); обширный отёк подкожной клетчатки носит название анасарка.

Головокружения, обморочные состояния, онемение и покалывание в конечностях - признаки гипоксии, характерного явления при патологии сердечно-сосудистой системы и дыхательной недостаточности. Они приводят к повышенному риску падений и травматизма пациента.

Подробная оценка состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента позволяет судить о степени удовлетворения потребности в кислороде, занимающем ведущее место в жизнедеятельности организма.

Оценка состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)

На основании полученных сведений о состоянии ЖКТ пациента можно судить о степени удовлетворения его потребностей в еде, питье, выведении продуктов жизнедеятельности из организма.

Необходимо выяснить у пациента, бывают ли у него нарушения аппетита, изжога, тошнота, рвота (особое внимание надо обратить на кровавую рвоту), отрыжка, расстройства пищеварения, проблемы при глотании.

Осмотр целесообразно начинать с языка - зеркала желудка. Следует обратить внимание на налёт и запах изо рта, оценить аппетит пациента, выяснить его пристрастия в еде, модель питания. Необходимо отметить форму

и величину живота, его симметричность. В случае крайней необходимости сестринский персонал проводит поверхностную пальпацию живота. При острой боли неясного происхождения необходимо срочно пригласить врача.

Существенные показатели, характеризующие состояние ЖКТ, - частота стула, его цвет, количество кала. В норме у человека стул выделяется ежедневно в одно и то же время. О его задержке можно говорить, если он отсутствует в течение 48 ч. Недержание кала нередко связано с заболеваниями ЦНС. Нарушения дефекации могут быть обусловлены не только органической патологией, но и психологическим состоянием пациента.

После сестринского опроса и осмотра медицинская сестра фиксирует в СИБ полученную информацию о кровотечениях из прямой кишки или дегтеобразном стуле, геморрое, запорах, поносах, болях в животе, непереносимости некоторых пищевых продуктов, метеоризме, связанной с патологией печени и желчного пузыря желтухе и пр. Информация о колостоме или илеостоме поможет составить индивидуальный план сестринского ухода, обучения родственников правильному уходу за больным.

Оценка состояния мочевыделительной системы

При сестринском опросе и осмотре надо оценить характер и частоту мочеиспускания у пациента, цвет мочи, её прозрачность, выявить расстройства мочевыделительной системы (качественные и количественные). Недержание мочи и кала не только фактор риска развития пролежней у пациента, но и большая психологическая и социальная проблема.

Если пациент носит постоянный катетер или ему наложили цис-тостому, сестринскому персоналу необходимо запланировать мероприятия по адаптации больного к окружающей среде, а также по профилактике инфицирования органов его мочевыделительной системы.

Оценка состояния эндокринной системы

При оценке эндокринной системы сестринскому персоналу необходимо обратить внимание на характер оволосения пациента, распределение подкожно-жировой клетчатки, видимое увеличение щитовидной железы. Нередко нарушения эндокринной системы, связанные с изменениями внешности, становятся причиной психологического дискомфорта пациента.

Оценка состояния нервной системы

Выясняют, были ли у пациента эпизоды потери сознания, судороги, хорошо ли он спит. Необходимо расспросить пациента о его сновидениях, продолжительности и характере сна (глубокий, спокойный или поверхностный, беспокойный). Важно узнать, пользуется ли пациент снотворными, если да, то какими, и как давно он начал их применять.

Проявлением неврологических расстройств у пациента может быть головная боль, потеря и изменение чувствительности.

При треморе конечностей, нарушении походки пациента следует узнать, не было ли у него в прошлом травмы головы, позвоночника. Действия сестринского персонала должны быть направлены на обеспечение безопасности такого пациента во время его пребывания в стационаре.

В случае ограничения двигательной активности пациента вследствие слабости, парезов или паралича в план сестринского ухода необходимо включить специальные мероприятия по профилактике пролежней.

Оценка состояния репродуктивной системы

У женщин выясняют время наступления первой менструации (менархе); регулярность, продолжительность, частоту, количество выделений; дату последней менструации. Необходимо узнать, бывают ли у пациентки кровотечения в межменструальном периоде, не страдает ли она от дисменореи, предменструального синдрома, меняется ли её самочувствие во время менструации.

Многих девушек беспокоят нерегулярность или задержка менструаций. Задавая вопросы, медицинская сестра может понять степень информированности пациентки о женской половой сфере.

У женщины средних лет следует выяснить, прекратилась ли у неё менструация и когда, сопровождалось ли её прекращение какими-либо симптомами. Можно также поинтересоваться, как она восприняла это событие, повлияла ли менопауза каким-либо образом на её жизнь.

При сестринском опросе и осмотре выявляют выделения, зуд, изъязвления, припухлости половых органов. В СИБ отмечают перенесённые венерические заболевания, способы их лечения; число беременностей, родов, абортов; способы предохранения от беременности; сексуальные предпочтения пациентки.

У мужчин состояние половой системы выясняют после проверки состояния мочевыводящих путей. Задаваемые вопросы направлены на выявление локальных симптомов, свидетельствующих о нарушениях половой функции.

Очень важно узнать у пациента, какие условия и обстоятельства (общее состояние больного, принимаемые препараты, употребление спиртных напитков, сексуальный опыт, взаимоотношения между сексуальными партнерами) обусловили или способствовали нарушению половой функции. При беседе с пациентами на эту тему сестринский персонал должен использовать приёмы терапевтического общения и величайшее чувство такта.

После завершения опроса и осмотра следует передать инициативу больному, задав ему наводящий вопрос: «О чём мы ещё не поговорили?» или поинтересовавшись: «У вас есть ко мне вопросы?». Необходимо объяснить пациенту, что его ждет дальше, познакомить с распорядком дня, сотрудниками, помещениями, соседями по палате, вручить памятку о его правах и обязанностях.

По окончании обследования сестринский персонал делает выводы о нарушении потребностей пациента, фиксирует их в СИБ.

В дальнейшем следует ежедневно отображать динамику состояния пациента в дневнике наблюдений (СИБ) на протяжении всего пребывания в стационаре.

Первые шаги в начале практической деятельности сестринского персонала бывают осторожными и неуверенными. При обследовании пациентов студенты порой волнуются больше, чем сам больной. Часто возникает ощущение неловкости и неуверенности. Опрос превращается в допрос, осмотр затягивается. Прикосновение к интимным частям тела пациента вызывает чувство стыда. В этих случаях следует стараться овладеть собой, держаться спокойно, собранно, по возможности уверенно. Навыки ведения учебной истории болезни помогают в дальнейшем грамотно и полноценно провести сестринский опрос.

Если разговор с пациентом уже закончен, а вы поняли, что упустили нечто важное, можно вернуться и вежливо сказать, что необходимо кое-что уточнить. Нельзя выдавать своего раздражения, тревоги, отвращения. Медицинский работник не имеет права на отрицательные эмоции у постели больного.

Уверенность в себе приходит со временем. С приобретением практических умений и навыков процесс сестринского обследования становится привычной процедурой, проводимой без причинения особых неудобств пациенту. Опытный сестринский персонал обращает внимание на реакции больного, а не на собственные переживания. Совершенствование профессионализма для истинного медика становится делом всей его жизни.

Выводы

1. Сбор информации о пациенте на первом этапе сестринского процесса оказывает огромное влияние на качество последующего сестринского ухода. Основные источники информации о пациенте - он сам, его родственники и знакомые, медицинский персонал, медицинская документация, специальная медицинская литература.

2. Существуют два вида информации о пациенте: субъективная и объективная. Сбор субъективной информации осуществляется с помощью опроса. Вначале записывают анкетные данные с указанием источника поступления информации.

3. Субъективное обследование включает сбор основных жалоб, анамнез болезни, анамнез жизни, самооценку состояния пациента на момент осмотра, семейный и психологический анамнез.

4. При объективном обследовании сестринский персонал определяет общее состояние пациента, измеряет его рост, массу тела, температуру; оценивает состояние зрения, слуха, кожных покровов и видимых слизистых, костно-мышечной, дыхательной, сердечнососудистой, мочевыделительной, репродуктивной, эндокринной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта.

5. Различают ясное и спутанное (заторможенное, оглушённое, сопор) состояния сознания.

6. При объективном обследовании выявляют положение пациента: активное, пассивное и вынужденное.

7. Для оценки соответствия массы тела пациента определённого роста и возраста идеальной массе тела следует пользоваться специальными таблицами.

8. При обследовании кожи и видимых слизистых оценивают её окраску, влажность и жирность, температуру, эластичность и тургор, выявляют патологические элементы на коже и её придатках.

9. При обследовании костно-мышечной системы в первую очередь выясняют, есть ли у пациента болевые ощущения в суставах и мышцах, если да, то их характер, костные деформации, ограничение подвижности.

При обследовании дыхательной системы выясняют характеристики дыхания; при обследовании фиксируют пульс, АД, боли в области сердца, отёки.

При обследовании ЖКТ отмечают нарушения аппетита, изжогу, тошноту, рвоту, отрыжку, метеоризм, запор или понос.

При обследовании мочевыделительной системы определяют характер и частоту мочеиспускания, цвет мочи, её прозрачность, фиксируют факт недержания мочи.

При обследовании эндокринной системы выясняют характер оволосения, распределение жира на теле, выявляют увеличение щитовидной железы.

В рамках обследования нервной системы обращают внимание на характер сна, тремор, нарушения походки, эпизоды потери сознания, судороги, нарушения чувствительности и пр.

При обследовании репродуктивной системы у женщин собирают гинекологический анамнез; у мужчин вслед за выяснением состояния мочевых путей выявляют патологии половой системы.

Второй этап сестринского процесса (сестринская диагностика)

Второй этап сестринского процесса (сестринская диагностика) начинается с анализа полученных при обследовании данных и выявления проблем пациента, т.е. трудностей, препятствующих ему достигать оптимального состояния здоровья в любой сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания. Эти затруднения касаются прежде всего удовлетворения основных жизненно важных потребностей пациента.

Для того чтобы сделать анализ информации о пациенте конструктивным и целенаправленным, необходимо придерживаться определённых принципов. При изучении данных, полученных при проведении сестринского обследования, необходимо следующее.

1. Выявить потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Определить факторы, способствующие или вызывающие заболевание, травму (окружение пациента, личные обстоятельства и т.п.).
3. Выяснить сильные и слабые стороны пациента, способствующие предупреждению или развитию его проблем.
4. Чётко представить, будут ли со временем возможности пациента расширяться или становиться все более ограниченными.

Трудности формулирования сестринского диагноза

Заболевание вносит в жизнь человека множество проблем, но не все они становятся объектом сестринского вмешательства. В качестве сестринских диагнозов могут быть сформулированы только те проблемы пациента, решение которых входит в компетенцию медицинской сестры. Например, рвота (проблема, связанная со здоровьем) не будет сестринским диагнозом, так как не поддается коррекции методами сестринского ухода. А риск

аспирации рвотными массами - сестринский диагноз, поскольку данная проблема может быть предупреждена действиями медицинской сестры.

Как было сказано в главе 10 данного учебного пособия, при формулировании сестринского диагноза в нашей стране не используют МКСП.

Чтобы понять, насколько точно обозначена проблема пациента и правильно сформулирован сестринский диагноз, следует проверить следующее.

1. Связана ли рассматриваемая проблема с дефицитом самообслуживания?

- Например, отрыжка не может быть рассмотрена в качестве сестринского диагноза, так как эта проблема не связана с дефицитом самообслуживания. Проблема затруднённого дыхания пациента в горизонтальном положении связана с дефицитом самообслуживания и может быть устранена сестринским персоналом. На её основе формулируют сестринский диагноз.

2. Насколько сформулированный диагноз понятен и ясен пациенту?

- Например, «дискомфорт» - неправильно сформулированный сестринский диагноз, так как не отражает конкретную проблему пациента. «Психологический дискомфорт, связанный с необходимостью мочиться на судно» - пример правильно сформулированного сестринского диагноза.

3. Будет ли сформулированный диагноз базой для планирования сестринских действий?

- Например, «ухудшение настроения пациента» нельзя назвать сестринским диагнозом, так как непонятно, каким должно быть сестринское вмешательство, правильной будет формулировка: «снижение настроения, связанное с дефицитом привычного общения».

Часто одна и та же проблема может быть вызвана совершенно разными причинами, естественно, что сестринский диагноз в каждом случае будет сформулирован по-разному. Намеченное сестринское вмешательство будет адекватным, если причина известна, так как именно она даёт правильное направление сестринскому уходу. При беспокойстве пациента по поводу возможного инфицирования при парентеральном введении лекарственных препаратов и беспокойстве, связанном с необходимостью постороннего ухода за ним в домашних условиях, сестринские диагнозы и действия будут различными. В первом случае сестринскому персоналу необходимо демонстративно соблюдать требования асептики и антисептики, а во втором - выяснить, кто из близких будет ухаживать за пациентом, и подключить их к решению проблемы.

4. Будет ли указанная проблема проблемой пациента?

- Например, необоснованный отказ от процедуры - проблема сестринского персонала, а не пациента; её нельзя рассматривать в качестве сестринского диагноза. Страх, связанный с возможностью инфицирования пациента во время парентерального введения лекарственных препаратов, - правильно поставленный сестринский диагноз, так как отражает проблему пациента.

5. Обозначена ли в формулировке сестринского диагноза только одна проблема пациента?

- Например, корректирование проблемы ограничения подвижности пациента связано с целым комплексом задач, решение которых может находиться вне компетенции сестринского персонала. Необходимо предвидеть последствия данного состояния и предоставить пациенту необходимый сестринский уход. Правильно будет выделить ряд сестринских диагнозов, связанных с ограничением подвижности пациента, таких как «риск развития пролежней», «дефицит самообслуживания» и др. При формулировании сестринских диагнозов следует указывать, что пациент не знает, не может, не понимает, а также, что его беспокоит. Проблемы пациента могут быть связаны не только с травмой или заболеванием, но и с проводимым лечением, обстановкой в палате, недоверием к медицинскому персоналу, семейными или профессиональными отношениями.

Таким образом, задача сестринского диагностирования - выявить все настоящие или возможные в будущем проблемы пациента на пути его комфортного, гармоничного состояния; определить то, что наиболее тяготит пациента в настоящий момент; сформулировать сестринский диагноз и попытаться в пределах своей компетенции спланировать мероприятия по сестринскому уходу.

Классификация проблем пациента

В рамках сестринского процесса рассматривают не заболевание, а возможные реакции пациента на болезнь и своё состояние. Эти реакции могут быть:

- физиологическими (задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара);
- психологическими (недооценка тяжести своего состояния; беспокойство, вызванное недостатком информации о заболевании);
- духовными (выбор новых жизненных приоритетов в связи с заболеванием; проблема добровольного ухода из жизни на фоне неизлечимого заболевания; проблемы взаимоотношений с родственниками, возникающие в связи с болезнью);
- социальными (самоизоляция, связанная с ВИЧ-инфицированием).

Проблема пациента и сформулированный на её основе сестринский диагноз могут относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу,

в котором он работает и/или учится и к государственным службам, особенно службам социальной помощи инвалидам. Например, в такой проблеме пациента, как «социальная изоляция, связанная с ограничением возможности передвижения» могут быть повинны как члены семьи, так и государство.

В зависимости от времени появления сестринские диагнозы (проблемы пациента) делятся на существующие и потенциальные. Существующие (отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самообслуживания и т.п.) имеют место в данный момент, «здесь и сейчас». Потенциальные проблемы (риск аспирации рвотными массами, риск обезвоживания по причине неукротимой рвоты и диареи, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т.п.) могут появиться в любой момент. Их возникновение необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. При артериальной гипертензии наиболее вероятны головная боль, головокружения, тревожность, недооценка своего состояния, дефицит знаний о заболевании, высокий риск осложнений. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

Во время сестринского диагностирования учитывают все проблемы пациента, которые могут быть устранены или скорректированы сестринским персоналом. Затем их ранжируют в порядке значимости и приступают к их решению, начиная с наиболее важных. При установлении приоритетов может быть использована пирамида потребностей А. Маслоу. Следует помнить, что, если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента может представлять нарушение удовлетворения его психологических, социальных, духовных потребностей.

Сестринские диагнозы классифицируют по значимости:

- на первостепенные, т.е. главные, по мнению, прежде всего, самого пациента, связанные с риском для жизни и требующие неотложной помощи;
- промежуточные - неопасные для жизни, однако способствующие ухудшению течения заболевания и увеличению риска осложнений;
- второстепенные - не имеющие прямого отношения к заболеванию или прогнозу.

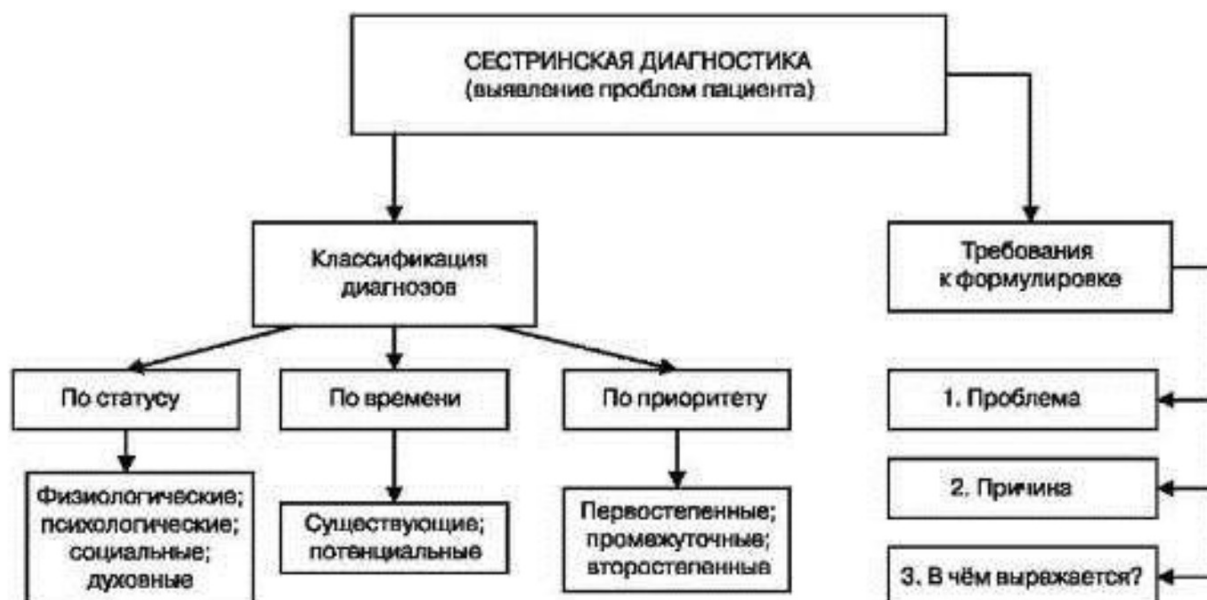


Рис. 2. Содержание второго этапа сестринского процесса

Пациент, по возможности, должен принимать участие в расстановке приоритетов при группировке диагнозов. Разногласия пациента и медицинского персонала по этому вопросу могут быть устранены в процессе прямого обсуждения. При серьёзных нарушениях психологического и эмоционального статуса пациента сестринскому персоналу приходится брать ответственность за выбор первостепенных диагнозов на себя. Так, диагноз «риск суицида» нередко ставят без участия пациента, либо при участии его родственников.

Когда пациент только поступил в медицинское учреждение, или когда его состояние нестабильно, быстро меняется, лучше повременить с постановкой диагнозов до прояснения ситуации и сбора полной достоверной информации. Преждевременные выводы могут стать причиной неверного диагноза, а значит, неэффективного сестринского ухода.

Все, о чём сказано выше, помогает правильно поставить сестринский диагноз. Однако нередко приходится сталкиваться с проблемами пациентов, причины которых невозможно установить. Некоторые проблемы не поддаются анализу, поэтому приходится просто констатировать симптом: анорексию, тревожность и т.п. Некоторые заболевания обусловлены неблагоприятными жизненными обстоятельствами, например потерей работы или близкого человека. После подробного выяснения этих обстоятельств сестринский персонал может эффективно помочь пациенту справиться с их последствиями.

Пример. В отделение кардиологии доставлен пациент 65 лет с затянувшимся приступом стенокардии. В процессе обследования медицинская

сестра выясняет, что он месяц назад потерял жену и теперь остался один, сын живет далеко и навещает его редко. Пациент рассказывает: «Я остался один на один со своим горем. Сердце болит и болит». Желание и способность медицинской сестры понять и разделить горе одинокого пожилого человека оказывают равноценное по силе лекарственной терапии воздействие.

Примеры формулировки проблем пациента

С целью обобщения, конкретизации и закрепления знаний, полученных после прочтения предыдущих разделов учебного пособия, в табл. данного раздела приведены примеры формулировки некоторых сестринских диагнозов пациентов.

Пациенты могут обращаться в лечебное учреждение не только для выявления характера патологии, обследования и лечения, но и для поддержания и укрепления здоровья. Поддержка здоровья человека и предупреждение заболеваний занимают все большее место в деятельности сестринского персонала, становятся одними из важнейших направлений его работы. При планировании сестринского процесса в этом случае необходимо решать проблемы, которые связаны с необходимостью изменения отношения пациента к состоянию здоровья, характера питания, привычного образа жизни, интенсивности физических и психологических нагрузок, с последствиями пережитых травм. Например, стрессовые ситуации, гиподинамия, переедание, курение расценивают как факторы риска развития целого ряда заболеваний, и

в первую очередь - артериальной гипертензии ещё в молодом возрасте, осложнения которой приводят пациентов к инвалидности или летальным исходам. Сестринский персонал входит в число основных сотрудников школ здоровья и реабилитации, где главное направление работы - обучение пациентов ведению правильного образа жизни.

Формулировка сестринского диагноза	Оценка формулировки
Изменённое питание: меньше, чем потребности организма; связанное с постоянной тошнотой и рвотой	Правильно. Отражена проблема и причина проблемы. Необходимо направить уход на снижение тошноты
Увеличение двигательной активности после инсульта	Неправильно. Это ожидаемый результат
Рак груди с метастазами в подмышечные лимфатические узлы	Неправильно. Это врачебный диагноз. В рамках сестринского процесса ставят диагнозы, связанные с болью, изменением внешнего облика, тревогой, страхом.
Отказ от обработки раны по причине болезненности процедуры	Неправильно. Это проблема медицинской сестры
Зниженная самооценка, связанная с изменением внешнего облика (ампутация правой ноги)	Правильно
Риск развития сексуальной дисфункции, связанный с интимажонией	Правильно
Боль и страх, связанные с предстоящей процедурой	Неправильно. Здесь две проблемы, которые требуют разных вмешательств
Изнуряющий зуд, связанный с грибковым поражением кожи	Правильно. Следует добавить информацию относительно локализации зуда. Можно описать в диагнозе сыпь, беспокойство пациента
Снижение физической активности, связанное с гемиплегией	Правильно
Изменение дыхания неясной этиологии. Одышка	Правильно
Дезориентация по причине спутанности сознания	Неправильно. Проблема и причина одна и та же

Страх, связанный с результатом оперативного вмешательства, выражающийся в тахикардии, частом мочеиспускании, повышенной раздражительности: «У меня рак»	Правильно
Высокий риск инфицирования, вызванный ожогом II степени на правой руке	Правильно
Пациента беспокоит вопрос оплаты за госпитализацию	Неправильно. Требуются дополнительные данные
Тромбофлебит, связанный с продолжительным постельным режимом, сопровождающийся отечностью и болью поражённой области	Неправильно. Это диагноз врача. Медицинская сестра в этом случае чаще связывает свой диагноз с болью пациента

Пример решения задачи на выявление и формулировку проблем пациента

В хирургическое отделение стационара поступила Корикина Е.В., 45 лет, с диагнозом «обострение хронического холецистита, холестаза». Доставлена машиной скорой помощи из дома в сопровождении мужа. Предъявляет жалобы на сильную боль в правом подреберье с иррадиацией в спину: «У меня никогда так сильно не болело. Я не могу терпеть эту боль. Доктор думает, что это желчный пузырь».

Дома приняла две таблетки анальгина, но это не помогло, присоединилась тошнота. Связывает появление боли с приёмом жирной пищи. Утверждает, что за последние пять лет прибавила в массе тела 10 кг, диеты не придерживается, от масляной и жирной пищи её тошнит, иногда рвёт. Питается регулярно, иногда съедает что-либо ночью. Говорит, что несколько подобных приступов было в прошлом году, боли продолжались несколько часов и стихали сами собой. За помощью не обращалась. Медикаментами обычно не пользуется. Аллергологический анамнез без особенностей, вредные привычки отрицает. Проявляет беспокойство по поводу госпитализации, так как никогда раньше не лечилась в больнице. В семье трое детей-школьников. Проживают в благоустроенной квартире.

Объективно: нормальное телосложение, питание усиленное, масса тела - 95 кг, рост - 168 см, должная масса - 66-74 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Температура - 37 °С. ЧДД - 28 в минуту, говорит, что затруднений при дыхании не ощущает; ЧСС - 96 в минуту, пульс ритмичный, хорошего наполнения. В ситуации ориентируется, проворная, грамотно и чётко отвечает на вопросы. Ведёт себя беспокойно, в глазах слезы, руки дрожат.

Необходимо провести анализ собранной информации, выявить проблемы пациентки, сформулировать сестринские диагнозы и расставить их в порядке значимости.

Алгоритм решения задачи.

1. Источник субъективной и объективной информации в данном случае - сама пациентка.

2. Полученные данные при обследовании позволяют медицинской сестре выявить нарушение удовлетворения потребностей в питании, дыхании (ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 96 в минуту), физической и психологической безопасности.

3. Причина нарушения потребностей и появления проблем со здоровьем пациентки - обострение хронического холецистита, спровоцированное приёмом жирной пищи.

4. Отсутствие обращений к врачу, несмотря на приступы боли, беспокоившие пациентку в течение последнего года, несоблюдение диеты говорят о недооценке ею состояния своего здоровья. Адекватная реакция пациентки на госпитализацию и информация о детях-школьниках дают право надеяться на благополучный исход заболевания, создание мотива для поддержания здорового образа жизни пациентки и профилактики обострений.

5. Сестринские диагнозы (проблемы пациентки).

- Сильная боль в правом подреберье с иррадиацией в спину, подтверждаемая тахикардией, тахипноэ, беспокойным поведением, дрожанием рук, плачем, вызванная обострением хронического холецистита из-за нарушения диеты.

- Формулировка отражает единичную проблему пациентки, даёт направление ухода на снижение боли.

- Беспокойство по поводу госпитализации, связанное с отсутствием опыта пребывания в стационаре.

- Формулировка отражает единичную проблему пациентки, даёт направление ухода, нацеленное на скорейшую адаптацию пациентки к условиям стационара.

- Риск повторных обострений, связанный с дефицитом знаний о своём заболевании.

- Формулировка отражает единичную проблему пациентки, выявленную на основе анамнеза жизни и заболевания, и предполагает включение в план сестринского ухода мероприятий по обучению пациентки.

- Изменённое чрезмерное питание пациентки, связанное с недооценкой собственного состояния здоровья.

- Формулировка отражает одну проблему пациентки и даёт направление сестринскому уходу на снижение массы тела.

Первостепенный по важности диагноз в данном случае - сильная боль. Только уменьшив или устранив болевые ощущения пациентки, можно сделать её полноценным участником сестринского процесса. Затем следует приступить к решению менее существенных проблем: уменьшить

беспокойство пациентки по поводу госпитализации и пополнить её багаж знаний о заболевании и вреде чрезмерного питания.

Выявленные и сформулированные проблемы - сестринские диагнозы - фиксируют в соответствии с приоритетами в плане сестринского ухода СИБ.

Выводы

- Второй этап сестринского процесса начинают с анализа данных, полученных при обследовании на первом этапе.

- На втором этапе выявляют проблемы пациента и формулируют на их основе сестринские диагнозы. Это препятствующие достижению оптимального состояния здоровья проблемы пациента, решение которых находится в пределах компетенции сестринского персонала.

- Проблемы пациента могут быть связаны не только с травмой или заболеванием, но и с процессом лечения, обстановкой в палате, недоверием к медицинскому персоналу, семейными или профессиональными отношениями.

- Сестринские диагнозы могут меняться ежедневно и даже в течение дня. Сестринский диагноз отличается от врачебного. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

- Проблемы пациента по времени появления делятся на существующие и потенциальные. Существующие имеют место в данный момент. Возникновение потенциальных необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.

- На фоне одного заболевания у пациента могут возникать несколько проблем и быть сформулированы несколько сестринских диагнозов.

- Сестринский персонал должен помнить, что если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента может представлять нарушение удовлетворения его психологических, социальных, духовных потребностей.

- Сестринские диагнозы классифицируют по значимости на первостепенные, промежуточные и второстепенные. Пациент по возможности должен принимать участие в установлении приоритетных диагнозов. Когда его состояние или возраст не позволяют ему быть активным участником сестринского процесса, к расстановке приоритетов следует привлекать родственников или близких людей.

- При формулировании сестринского диагноза желательно указывать причины, которые привели к возникновению проблемы. Действия сестринского персонала в первую очередь должны быть направлены на устранение этих причин.

- Сестринские диагнозы необходимо зафиксировать в СИБ, в плане сестринского ухода.

Третий этап сестринского процесса

Третий этап сестринского процесса включает в себя формулирование целей и планирование ухода. Анализ данных, полученных во время медицинского обследования, даёт основание сестринскому персоналу ставить диагнозы, отражающие индивидуальные реакции пациентов на болезнь или своё состояние. Проблемы выделены, приоритеты в решении определены. Что же дальше?

Следующая ступень сестринского процесса - планирование. Его начинают с определения цели и ожидаемых результатов сестринских действий. В сестринской практике цель - ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. Любое действие по уходу за пациентом нацелено на результат, поэтому определение целей необходимо для выбора направления ухода в каждом конкретном случае и для оценки эффективности сестринских действий.

Основной принцип философии сестринского дела - холистический подход к пациенту: лечить не болезнь, а больного. Именно поэтому цели ухода

и проблемы пациента в каждом отдельном случае будут уникальны, так как каждый человек по-разному реагирует на жизненные ситуации как в болезни, так и в здравии. Цели - «указатели выбора и критерии оценки сестринских действий».

При определении целей сестринских действий можно использовать стандарты сестринской практики по типичным проблемам пациентов. Примеры стандартов: ОСТы: «Протокол ведения больных. Пролежни», «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», «Протокол ведения больных. Чесотка». Стандарты - базовый перечень научнообоснованных мероприятий по уходу, обеспечивающих достижение целей вне зависимости от конкретной ситуации; формальное описание ожидаемых сестринских вмешательств.

Сестринский персонал должен уметь при составлении индивидуального плана ухода применить стандарт к конкретной клинической ситуации. Можно исключить любой пункт стандарта из индивидуального плана или включить дополнительный, не предусмотренный в стандарте, при условии логического обоснования своей точки зрения.

Определение и формулирование целей сестринских действий требуют самостоятельных суждений и должны проходить с согласия пациента и его семьи.

Участие пациента в формулировании целей

Пациента надо вовлекать в определение целей и планирование ухода. Только в этом случае его можно признать активным участником сестринского процесса. Участие пациента в определении целей должно быть так же независимо, как в определении приоритетов и принятии решений. Задача сестринского персонала - направлять и защищать пациента, тем самым предотвращая ухудшение его здоровья.

Когда пациент не в состоянии принять участие в определении целей, необходимо по возможности привлекать родственников. К таким состояниям относят: кому, дезориентацию, инсульт с парализацией и потерей речи и т.п.

В ряде случаев медицинские сестры, осуществляющие уход, определяют цели самостоятельно.

Цели ухода должны отражать не только насущные проблемы, но и меры по реабилитации пациентов и предотвращению развития заболеваний. Цели, сосредоточенные на пациенте, - особый критерий, отражающий состояние здоровья пациента, когда ему не нужно лечение и он независим в повседневной жизни.

Виды целей

Есть два вида целей для пациентов: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены в короткий период времени, обычно за одну-две недели. При существующей системе здравоохранения, когда продолжительность пребывания пациента в стационаре ограничена более короткими сроками, цели дают направление ухода для ведения пациента в острой стадии заболевания.

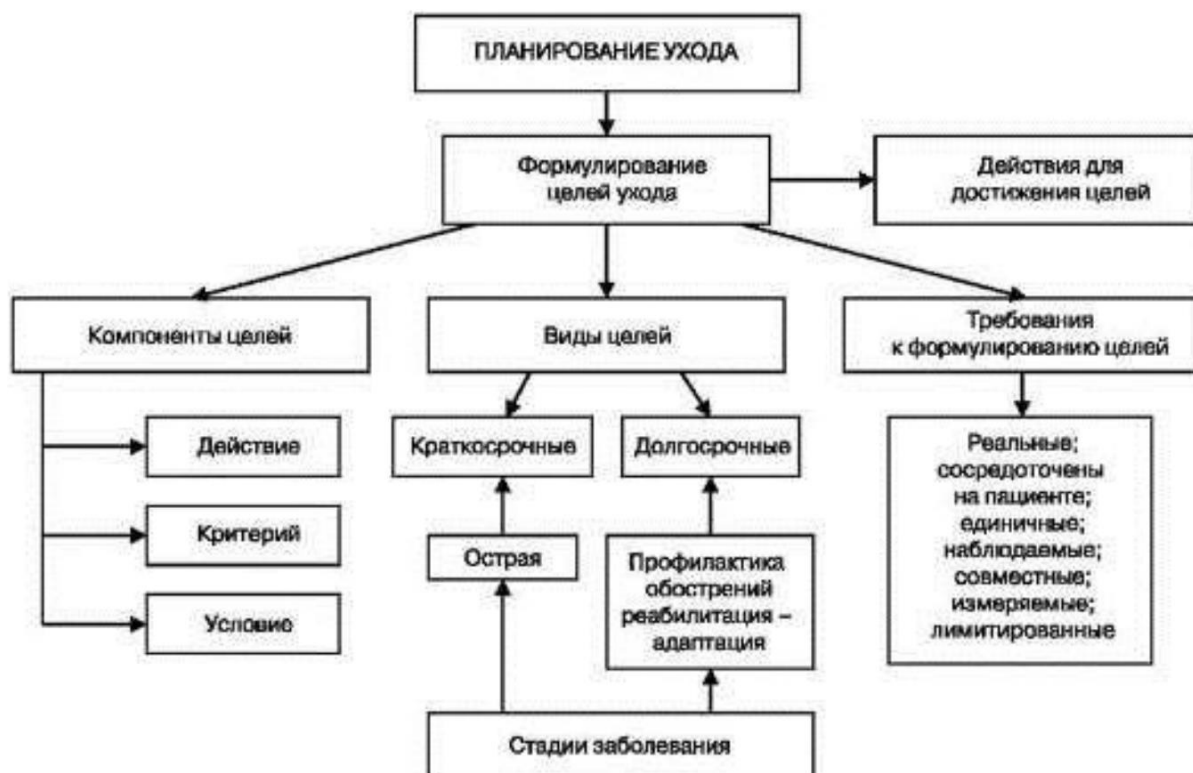


Рис.3. Третий этап сестринского процесса

Долгосрочные цели могут быть достигнуты к выписке или позже, по возвращению домой, за более длительный промежуток времени. Эти цели обычно направлены на реабилитацию и предотвращение обострений, приобретение определённых знаний о здоровье. Если сестринский персонал не планирует долгосрочные цели, уход прекращают в день выписки. Определение целей ставит компоненты плана в определённые рамки. С помощью целей сестринский персонал способен проводить уход, оптимально используя ресурсы и время. В конечном счёте, цель ведет к определению ожидаемых результатов, которых может быть несколько.

Ожидаемые результаты

Результат - изменение физиологического, психологического, социального и духовного состояний пациента. Ожидаемые результаты бывают промежуточными и конечными. Промежуточные результаты - ступеньки, ведущие к достижению цели или конечному результату.

Функции ожидаемых результатов:

- дают направление сестринской деятельности;
- критерии достижения цели;
- помогают рассчитать время достижения цели;
- дают возможность предусмотреть дополнительные ресурсы;
- критерии оценки сестринских действий.

Ожидаемые результаты вытекают из краткосрочных и долгосрочных целей, сосредоточенных на пациенте и основанных на проблемах, установленных при проведении второго этапа сестринского процесса. Ожидаемые результаты для каждой цели и каждой проблемы должны быть спланированы последовательно, с учётом времени и возможностей пациента. Последовательное перечисление ожидаемых результатов даёт сестринскому персоналу руководство по планированию своих действий.

Ожидаемые результаты записывают в СИБ, в плане ухода, в колонке «Критерий».

Требования к формулированию целей

Каждая цель должна соответствовать определённым требованиям.

Таблица. Примеры определения целей и ожидаемых результатов

Проблема	Цель ухода	Ожидаемые результаты
Дефицит знаний о подготовке к колоноскопии	Пациент и медсестра отметят, что исследование прошло результативно	<ul style="list-style-type: none"> - пациент получит необходимые знания от сестры; - пациент продемонстрирует знания за три дня до исследования; - пациент уверен в результативности исследования
Риск потери зубов в связи с их подвижностью на фоне пародонтита	<p>Краткосрочная: пациент и медсестра отметят снижение риска потери зубов к концу лечения.</p> <p>Долгосрочная: сохранение зубного ряда как единой динамической системы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - взаимопонимание между медсестрой и пациентом; - доверие врачу и желание следовать его рекомендациям; - регулярное посещение стоматологического кабинета; - чёткое выполнение всех рекомендаций и мероприятий, связанных с лечением; - уменьшение подвижности зубов

Таблица. Руководство по определению целей и ожидаемых результатов

Требования к цели	Характеристика	Примеры
Цель должна быть сосредоточена на пациенте	Цель должна отражать поведение и реакцию пациента на сестринский уход	<ul style="list-style-type: none"> - пациент сообщает о снижении интенсивности боли после инъекции; - пациент будет гулять самостоятельно по коридору через 3 дня
Единичная	Цель или ожидаемый(е) результат(ы) надо определять для каждой ответной реакции, что позволит достаточно точно определить эффективность сестринских вмешательств	<p>Неправильно: «У пациента улучшится аппетит и стабилизируются показатели веса». Лучше:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пациент будет съедать весь суточный рацион через 5 дней; - вес пациента будет стабилизирован к впадике
Наблюдаемая	Результат должен быть очевиден. Через наблюдения сестринский персонал замечает изменения в поведении и состоянии пациента. Можно узнать об изменениях с помощью вопросов или использовании техники измерения	<p>Медсестра отметит отсутствие пролежней 12.03. Пациент сообщит о снижении боли к вечеру. АД: 120/80, PR: 68/мин. ЧДД: 12/мин. Пациент демонстрирует умение самостоятельно вводить себе инсулин 13.03</p>
Измеряемая	Не рекомендовано, определяя результат, употреблять слова: нормальный, удовлетворительный, приемлемый, хороший и пр., так как для разных людей они имеют разное значение. Использование измерительных стан-	<ul style="list-style-type: none"> - пациент отметит тенденцию к снижению веса: вес меньше 92 кг; - пациент отметит увеличение суточного диуреза до 1500 мл; - пациент и медсестра отметят снижение температуры до 37 - 37,5 °С

	дартов (размер, качество, количество, цвет, запах, вес и т.п.) позволяет сестринскому персоналу объективно определить изменения в состоянии пациента и ожидаемый результат	
Лимитирована по времени	Временные рамки указывают, когда должна возникнуть ожидаемая реакция на лечение и помогают сестринскому персоналу и пациенту определить степень достижения цели	<ul style="list-style-type: none"> - пациент сообщит о снижении интенсивности боли через 15 мин после введения лекарственного препарата; - пациент и медсестра отметят отсутствие признаков инфицирования раны к 15.03; - к вечеру пациент сообщит о снижении дискомфорта на фоне диспепсии
Совместная	Привлекая пациента к определению целей, сестринский персонал готовит себе союзника в борьбе с болезнью. В то же время сестринский персонал, уважая независимость пациента, не навязывает ему свои цели	<p>Например, одна из целей ухода за пациенткой паркологического диспансера может звучать так: пациентка проявит интерес к жизни к 18.03.</p> <p>Ожидаемые результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - родственники принимают участие в реабилитации пациентки; - пациентка читает художественную литературу и строит планы на будущее; - пациентка чисто и аккуратно выглядит, использует косметику
Реально осуществляемая	Цели ухода и ожидаемые результаты должны быть запланированы в соответствии с физическим, социальным, психологическим, материальным потенциалом самого пациента и членов его семьи, возможностями и ресурсов ЛПУ и в пределах компетенции сестринского персонала. Это позволяет избежать нереальных целей	<p>Например, цель ухода за пациентом с ожирением III степени не должна звучать так: «Вес пациента будет снижен на 10 кг за 3 дня», так как это невозможно.</p> <p>Цель ухода за пациенткой по решению проблемы боли, обусловленной калькулезным холециститом не должна звучать так: «У пациентки не будет болей после холецистэктомии», так как это не входит в компетенцию сестринского персонала</p>

Составление плана ухода

После формулировки целей сестринский персонал составляет письменный план ухода за пациентом. План - письменное руководство по уходу, представляющее собой подробный перечень специальных действий, направленных на достижение целей по определённой проблеме пациента в конкретной ситуации.

Существуют три типа сестринских действий, которые можно включить в сестринский план ухода и наблюдения за пациентом: независимые, зависимые и взаимозависимые.

Планирование ухода нужно на основе стандартов сестринской практики. Но в стандарт нельзя включить разнообразие клинических ситуаций, поэтому

в каждом конкретном случае план ухода отражает индивидуальность пациента.

Одна и та же проблема может быть у пациентов с различной патологией. Эффективность решения проблемы определяют разные действия. Например, ишурия, связанная с аденомой предстательной железы, и ишурия в послеоперационном периоде требуют различных вмешательств со стороны сестринского персонала, но в том и другом случае для них характерна острая

задержка мочи. В первом случае будут преобладать зависимые и взаимозависимые действия сестры, направленные на опорожнение мочевого пузыря:

- медсестра успокоит пациента;
- медсестра по назначению врача выведет мочу катетером;
- медсестра измерит количество выделенной мочи, оценит её визуально и в случае наличия примесей сообщит об этом врачу;
- медсестра обеспечит дальнейшее наблюдение за пациентом;
- медсестра будет ассистировать врачу в случае прокола мочевого пузыря при отсутствии возможности вывести мочу катетером. Во втором случае (ишурия обусловлена рефлекторной задержкой мочи) прежде всего преобладают независимые действия:

- медсестра успокоит пациента;
- медсестра проведёт мероприятия, способствующие самостоятельному опорожнению мочевого пузыря (обучит пациента использовать судно и мочеприёмник, изолирует его ширмой, включит кран в палате, подмоет пациента тёплой водой);
- медсестра проведёт катетеризацию мочевого пузыря по назначению врача, если пациент не в состоянии помочиться самостоятельно.

Составление и ведение индивидуальных планов ухода имеет ряд преимуществ перед привычной практикой работы сестринского персонала:

- план ухода - письменное руководство по уходу за пациентом, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода;
- план координирует уход, экономит время и способствует эффективному использованию оборудования и материальных ресурсов, так как любая медсестра может быстро определить, что нужно пациенту;
- план определяет продолжительность ухода за пациентом и степень участия в нём каждого медработника;
- план ухода представляет собой письменный обмен информацией в форме отчётов;
- письменный план ухода, где предусмотрены долгосрочные цели, способствует обеспечению непрерывности ухода и его продолжительности после госпитализации или перевода пациента в другое ЛПУ;
- план позволяет быстро подсчитать материальные затраты на уход.

К разработке планов ухода сестринский персонал подключает пациента и его родственников. Семья часто - основной рычаг в достижении целей ухода.

Результат планирования - «живой» план ухода, где отражена динамика самочувствия пациента, цели и объём оказанной сестринской помощи, предусматривающий все виды сестринских вмешательств и реакцию пациента на уход. Планы ухода в различных лечебных и образовательных учреждениях имеют отличия в формулировке, но едины по сути, направлены на достижение определённых целей в пределах компетенции сестринского персонала как полноправного участника процесса лечения, реабилитации и наблюдения за пациентом.

Планирование - мыслительный процесс, заставляющий думать, рассуждать, анализировать. Это прекрасная возможность научиться сопоставлять, объединять, формулировать и фиксировать знания и результаты исследования письменно. Именно поэтому грамотный план ухода - мерило качества работы и профессионализма сестринского персонала.

Цели ухода и планирование мероприятий по достижению целей регистрируют в сестринской истории болезни. Образец заполнения плана ухода для пациентки Кориковой Е.В., о которой шла речь выше (при изучении второго этапа сестринского процесса), представлен в сестринской истории болезни в конце раздела (СИБ, план ухода).

Выводы

- Цель - ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. Цели ухода могут быть краткосрочными и долгосрочными. Каждая цель должна состоять из трех компонентов: действия, критерия и условия.

- Цели ухода должны быть реальными, ограниченными по времени, единичными, наблюдаемыми, измеряемыми и в пределах компетенции сестры.

- Третий этап сестринского процесса заканчивают составлением плана ухода. План ухода - письменное руководство по уходу за пациентом, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода.

- Планы ухода в различных лечебных и образовательных учреждениях имеют отличия в формулировке, но едины по сути, направлены на достижение определённых целей, в пределах компетенции сестринского персонала как полноправного участника процесса лечения, реабилитации и наблюдения за пациентом.

- Грамотный план ухода - мерило качества работы и профессионализма сестринского персонала.

Основные понятия: цель ухода, ожидаемые результаты, план ухода, компоненты цели, кратковременная и долгосрочная цели, стандартный план ухода, индивидуальный план ухода.

Четвертый этап сестринского процесса

Четвертый этап сестринского процесса заключается в осуществлении плана сестринских вмешательств.

Понятие о выполнении плана ухода

Выполнение плана ухода в теории следует после планирования сестринских действий. Однако на практике выполнение может начаться сразу после обследования. Прибегать к немедленному выполнению необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента. Примерами такого состояния могут быть нестерпимая острая боль, эмоциональный срыв, вызванный неожиданной смертью близкого человека, неукротимая рвота, вне-О запная остановка сердца и т.д.

Выполнение - это такое поведение сестринского персонала, которое направлено на достижение ожидаемого результата ухода вплоть до его завершения.

Выполнение включает:

- оказание помощи, физической и психологической;
- управление деятельностью по самоуходу;
- обучение и консультирование пациента и его семьи;
- оценку работы всей бригады;
- фиксирование и обмен важной для лечения информацией. Выполнение начинается, как правило, после того, как план уже выработан в соответствии с целями и ожидаемыми результатами ухода.

Выполнение - непрерывный и взаимосвязанный с другими этапами сестринского процесса этап. Выполнение само по себе уже процесс. В ходе выполнения сестринский персонал многократно встречается с пациентом, переоценивает его состояние, в случае необходимости осматривает, изменяет существующий план ухода, намечает и осуществляет вмешательства, связанные с уходом. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс начинается заново, так как проблемы пациента подвержены изменениям под воздействием обстоятельств, лечения и сестринских вмешательств. Для успешного выполнения плана сестринский персонал должен хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в компетенцию сестринского персонала.

Сестринское вмешательство - это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение и пр.

Как известно из предыдущей главы, сестринский персонал выполняет вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми. Кроме этого, есть вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.



Рис. 4. Четвёртый этап сестринского процесса

Первым официальным стандартом, утверждённым Министерством здравоохранения для внедрения в сестринскую практику, стал ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни». Помимо стандартов, есть приказы, например, связанные с обеспечением профилактики ВБИ, которые необходимо выполнять. Относиться к действиям сестринского персонала, предписанным данными приказами, можно по-разному. С одной стороны, они зависимые, с другой - независимые: сестринский персонал не свободен в их выполнении и

в тоже время врач их не назначает. Однако, осуществляя уход, связанный с профилактикой пролежней и обеспечением санитарного режима, сестринский персонал обязан руководствоваться нормами, предусмотренными в приказах и стандартах сестринской практики.

Помимо этого, есть специальные правила, определяющие поведение сестринского персонала в экстремальной ситуации, например, в отделениях реанимации и процедурных кабинетах предусмотрена инструкция,

направленная на оказание помощи для выведения пациента из анафилактического шока. Наличие таких стандартов и инструкций даёт легальную возможность вмешиваться в процесс лечения в интересах пациента.

Сестринский персонал, осуществляя уход, использует все типы сестринских действий. Ошибочно мнение, что медсёстры ответственны только за то, что делают без указки врача. Ответственность сестринского персонала одинаково велика при выполнении любого типа вмешательств.

Основные направления сестринских действий Сестринские вмешательства могут включать:

- оказание помощи в выполнении действий, связанных с жизненными потребностями;
- советы и инструкции больному и членам его семьи;
- уход за больным для достижения лечебных целей;
- создание условий для скорейшего достижения лечебных целей;
- наблюдение и оценку работы всех участников ухода.

Основа сестринской практики - познавательные, межличностные и психомоторные навыки.

Приступая к выполнению определённого сестринского действия, следует чётко представлять цель, причину вмешательства, возможные осложнения и реакции пациента, для того, чтобы в случае необходимости скорректировать уход.

Один из основных каналов влияния на людей - общение. Подобно тому, как инъекция анальгетика способна снизить боль, приёмы межличностного общения помогают снять страх. Отвечая на вопрос анкетирования: «Каким медикам Вы доверяете?», основная масса настоящих и потенциальных пациентов ответила: «Умеющим врачевать!» Что же и кто скрывается под этим

определением? Оказалось: медик-практик и медик-Человек. Доброжелательное отношение к людям - основа терапевтического общения, фундамент профессиональной деятельности не только сестринского персонала. Предоставить пациенту информацию, снять страх заболевания или предстоящего лечения, вселить надежду и веру в улучшение - таковы цели терапевтического общения. Простота и доходчивость суждений, культура и грамотность речи, чувствительность к эмоциональным реакциям, терпение и терпимость, способность достоверно точно воспринимать вербальную и невербальную информацию пациентов - таковы основы межличностного общения в практике медработника.

Непосредственные действия по уходу, например, смена одежды и постельного белья, инъекции, отсасывание слизи из трахеотомической трубки, введение уретрального катетера, требуют от сестринского персонала

определённых психомоторных навыков. Медицинская сестра несёт профессиональную ответственность за правильное выполнение этих действий.

Отсутствие опыта и должной квалификации не может выступать оправданием в случае причинения пациенту вреда в результате любого сестринского вмешательства.

Регистрация сестринских действий

Регистрация сестринских вмешательств в сестринской истории болезни (СИБ) - также определённый вид сестринской практики.

В листе «Регистрация сестринских действий» следует фиксировать информацию о проведённом вмешательстве либо процедуре (например, «Проведена беседа...», «Выполнена инъекция...», «Поставлена клизма») и реакции пациента на уход. Регистрация реакции пациента на сестринские вмешательства может дать основание на проведение дополнительных мероприятий по уходу за пациентом. Например, осуществляя уход за пациентом с целью профилактики пролежней, после очередной смены положения тела через 2 ч медсестра обратила внимание на выраженное покраснение кожи в области крестца. Такая реакция требует дополнительных мероприятий, направленных на предотвращение дальнейшего поражения кожи и восстановительное лечение.

В сестринской истории болезни чаще регистрируются действия сестринского персонала, имеющие непосредственное влияние на лечебный процесс и прогноз заболевания. Вмешательства, связанные с уходом, в ЛПУ чаще передаются устно от одной медсестры к другой или к другим членам медицинской бригады. Медсестры общаются при передаче смены, переводе пациента в другое отделение или стационар. В любом случае, устно или письменно, связанная с уходом за пациентом информация должна быть передана с учётом критериев эффективного вербального сообщения.

Виды сестринской деятельности

Сестринский персонал для осуществления плана ухода использует разнообразные виды сестринской деятельности, выбор которых зависит от состояния пациента. Так, больные с вынужденным ограничением подвижности нуждаются, прежде всего, в помощи, связанной с естественными жизненными потребностями. Если будет установлено, что пациенту недостаёт знаний, или он владеет недостоверной информацией, необходимо подключить действия, направленные на обучение. Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение. В числе этих воздействий можно назвать следующие:

1. Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями. Такая помощь заключается в обеспечении

кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д. Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей. Степень зависимости от других определяет объём участия сестринского персонала в оказании данного вида помощи. Так, например, пациент с двусторонними шинами верхних конечностей нуждается в помощи персонала и родственников до снятия гипса. Степень ограничения самоухода в данном случае частичная, поэтому и уход будет частично компенсирующий, так как пациент в состоянии ходить, сидеть, стоять, перемещаться в постели.

Пациент в коматозном состоянии нуждается в полностью компенсирующем уходе, продолжительность которого будет зависеть от прогноза заболевания.

Переживание по поводу потери близкого человека, гериатрический возраст пациента, известие о наличии неизлечимого заболевания могут быть причиной «потери вкуса к жизни», развития депрессивного состояния. Пациенты, которые потеряли стимул к уходу за своей внешностью, нуждаются только в консультативной помощи.

2. Советы. Совет - это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка. Сестринскому персоналу необходимо владеть техникой профессионального общения, азами педагогики и андраго-гики, чтобы к совету прислушивались. Только тогда совет помогает рассмотреть альтернативы, избавиться от стрессов, смириться с необходимостью приспособливаться к непривычному образу жизни, например, бросить курить, похудеть, заняться определённым видом спорта. В случае, когда заболевание угрожает жизни, можно использовать совет, чтобы примирить пациента и его семью с возможностью летального исхода.

3. Обучение. Совет очень близко связан с обучением. Однако человек, дающий совет, надеется на изменения в отношениях и эмоциональной сфере, а после проведения обучения рассчитывает на изменения в интеллектуальном развитии, приобретение новых знаний и психомоторных навыков. Сестринский персонал, осуществляя уход, несёт ответственность за выявление необходимости в обучении, а также качество и результативность образования пациентов.

Процесс обучения - это взаимодействие между учителем (сестринский персонал) и учеником (пациентом или родственником), в процессе которого достигаются определённые познавательные цели. Процесс обучения очень похож на процесс ухода и состоит из тех же компонентов: выявление потребности в обучении, постановка цели и планирование обучения, выполнение и оценка результатов.

4. Уход для достижения целей пациента. Сестринский персонал определяет проблемы и планирует уход при активном участии пациента. Основная цель пациента - обретение независимости от других лиц. Медсестра оказывает пациенту физическую поддержку: помогает занять удобное место в постели, передвигаться с помощью специальных приспособлений, костылей или клюшки, инвалидного кресла, поддерживает пациента при ходьбе и т.п.

Как показывает опыт, сестринский диагноз часто основывается именно на психологическом состоянии пациента, и поэтому действия, направленные на снижение психологического дискомфорта, тревоги, беспокойства, занимают в сестринской практике важное место. Для снятия страха, связанного с возможным инфицированием при парентеральном введении лекарственных препаратов, сестринский персонал демонстрирует пациенту обработку рук перед инъекцией, набор лекарственного препарата в одноразовый шприц, стерильный лоток для транспортировки шприца и т.п. Чтобы помочь пациенту мочиться лежа, персонал помогает ему принять удобное положение на судне, отгораживает его ширмой, просит соседей по палате выйти в коридор.

5. Создание условий для скорейшего достижения целей лечения.

Благоприятная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания.

Пациенты должны чувствовать, что они не «лишние люди», видеть в лице сестринского персонала союзника в борьбе с недугом, ощущать определённую свободу в своих действиях и взаимодействии с персоналом.

При поступлении в больницу необходимо познакомить пациента со спецификой отделения, медицинским персоналом, представить его соседям по палате. Обязательное условие адаптации пациента - ознакомление его с распорядком дня, столовой, санитарными комнатами, служебными помещениями. Следует создать условия для уединения пациента, что необходимо при проведении гигиенических мероприятий, разговоре с родственниками, друзьями или персоналом.

Если пациент получает уход на дому, необходимо найти время и рассказать ему о целях патронажа и возможных результатах таких визитов на дом.

Таким образом, план ухода не должен ставить пациента в какой-то строгий режим, а обладать определённой степенью гибкости, позволяющей пациенту выбирать «как лучше».

6. Упреждающий уход. Сестринский персонал должен чётко представлять потенциальные проблемы пациентов, связанные с заболеванием или пребыванием в ЛПУ. Например, для пациентов с нарушением

подвижности такой проблемой являются пролежни, для пациентов с неукротимой рвотой - аспирация, обезвоживание. Побочные реакции могут возникать в ответ на проведённые сестринские вмешательства. Необходимо предвидеть развитие осложнений и вовремя скорректировать свои действия либо прервать манипуляцию. Так, в случае выраженной аллергической реакции, медсестра вправе прекратить капельное вливание ещё до прихода врача. Сестринский персонал обязан знать список препаратов, которые снижают или снимают побочные реакции и осложнения.

Следует знать особенности проведения различных диагностических процедур, их возможные последствия. Например, побочным действием бариевой клизмы при проведении ирригоскопии является задержка стула. Необходимо проследить за пациентом после такого исследования, дать ему рекомендации относительно питьевого режима, после беседы с врачом в случае необходимости дать слабительное, выяснить и отметить, когда был стул.

7. Профилактические мероприятия. Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Профилактические мероприятия гораздо шире

и разнообразнее, чем просто выполнение определённых действий по уходу. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения людей к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений, в том числе ятрогенного характера; усиление реабилитационных возможностей пациентов и оказание помощи инвалидам.

Профилактика - одно из основных направлений в деятельности сестринского персонала, и поэтому при каждой встрече с пациентом надо стараться изменить его отношение к состоянию своего здоровья, сделать активным участником сестринского процесса, направленного на лечение настоящего заболевания, профилактику обострений и предотвращение появления новых проблем со здоровьем. Примеры таких действий: участие сестры в профилактических осмотрах, иммунизации населения, обучение пациентов, страдающих артериальной гипертензией, измерять артериальное давление и вести дневник наблюдений, а пациентов, страдающих сахарным диабетом, самостоятельно определять уровень сахара.

8. Выполнение процедур и манипуляций по уходу. Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций. Несмотря на стандартный подход к выполнению процедуры, в каждом отдельном случае она проводится с учётом особенностей пациента и личного опыта персонала.

В течение рабочего дня медицинскому персоналу приходится выполнять множество процедур: перестилание постели и перекладывание пациента, искусственное кормление, парентеральное введение лекарственных препаратов, введение уретрального катетера, постановку клизмы и т.д. Выполняя манипуляции, необходимо помнить старейшую заповедь медицинской этики: «Не навреди!», хорошо знать цели, время, этапы, ожидаемые результаты каждого действия, возможные реакции пациентов. Сестринская практика должна быть «вдумчивой». Только в этом случае можно гарантировать качество и безопасность ухода.

9. Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи. Это существенный компонент практики среднего медицинского персонала, одна из его профессиональных задач. Здесь предусмотрены зависимые, независимые и взаимозависимые действия, что определяется, прежде всего, местом оказания доврачебной помощи: догоспитальный этап или стационар. Для оказания такой помощи следует уметь распознать неотложное состояние, в совершенстве владеть техникой реанимационных мероприятий, знать лекарственные препараты, которые применяют в экстремальных ситуациях, способы их введения, чётко и слаженно работать с членами бригады.

10. Наблюдение и оценка действий всех членов бригады участвующих в уходе. Весь комплекс мероприятий по уходу обычно выполняется несколькими людьми. Это медицинские сёстры (постовые, процедурные, перевязочные), диетсестра, инструктор ЛФК, младшая медицинская сестра, родственники и др. Распределяя уход, необходимо быть уверенным, что он будет выполнен в соответствии с необходимыми требованиями или стандартами сестринской практики.

Осуществляя уход за пациентом, сестринский персонал должен гарантировать качество и безопасность проводимых мероприятий, стремиться

к совершенству техники выполнения.

Выводы

- Четвёртый этап сестринского процесса начинается, как правило, после того, как план ухода уже выработан. Прибегать к немедленному выполнению (игнорируя составление плана) необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента.

- Для успешного выполнения сестринский персонал должен хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в его компетенцию.

- Сестринское вмешательство - это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение.

- Сестринский персонал выполняет специальные сестринские вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми. Кроме этого, есть сестринские вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.

- Основой сестринской практики выступают познавательные, межличностные и психомоторные навыки. Отсутствие опыта и должной квалификации не может служить оправданием в случае причинения пациенту вреда в результате любого сестринского вмешательства.

- В карте сестринского наблюдения за пациентом чаще регистрируются действия сестры, имеющие непосредственное влияние на лечебный процесс и прогноз заболевания.

Пятый этап сестринского процесса

Заключительный пятый этап сестринского процесса - оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости. Цели этапа:

- оценить реакции пациента на сестринский уход;
- оценить полученные результаты и подвести итоги;
- оформить выписной эпикриз;
- проанализировать качество оказанной помощи.

Оценку ухода проводят не только в день выписки пациента из стационара, а постоянно, при каждой встрече: на обходе с врачом, на процедурах, в коридоре, столовой и т.п. Состояние пациента меняется ежедневно и даже несколько раз в день, что не всегда вызвано характером заболевания и лечением. Это может быть обусловлено взаимоотношениями с соседями по палате, медицинским персоналом, отношением к процедурам, известиями из дома или от родственников. Наблюдение за пациентом - тоже действие сестринского персонала. Необходимо замечать малейшие изменения в состоянии или поведении больных, рассматривая поведение как один из основных критериев оценки. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс происходит заново. Например, пациент после операции утром не смог самостоятельно изменить положение тела, а через 3 ч медсестра заметила, что он переворачивается без посторонней помощи. Это одновременно и новая информация о пациенте, и критерий оценки. Изменения поведения и состояния пациента, отражающие положительную динамику - очередная победа медицинского персонала. К сожалению, иногда лечение и уход

малоэффективны. Например, у пациента после выполнения запланированных мероприятий по снижению температуры, после проведения капельного вливания вновь возникают жалобы на озноб.

Не всегда и не все проблемы, оценочные характеристики регистрируют, чаще (если они не оказывают влияние на течение заболевания или прогноз) их просто констатирует сестринский персонал и устно передаёт по смене. И наоборот, оценку и регистрацию оценочных показателей состояния пациента отделения интенсивной терапии проводят в наших клиниках каждые полчаса или час. Если пациент требует повышенного внимания со стороны персонала, критерии оценки его состояния заносят в тетрадь сдачи дежурств, обсуждают в начале рабочего дня на «пятиминутках» и вечером при сдаче смены.

Для качественного проведения заключительного этапа сестринского процесса необходимо: знать, какой аспект вы хотите оценить; иметь источники важной для оценки информации; уточнить критерии оценки - предполагаемые результаты, которые сестринский персонал желает достичь совместно с пациентом.



Рис. 5. Пятый этап сестринского процесса

Аспекты оценки

Этап оценки - это мыслительная деятельность. Сестринскому персоналу предстоит на основе использования определенных критериев оценки сравнить имеющиеся результаты ухода с желаемыми: оценить реакцию пациента и на этой основе сделать вывод о полученных результатах и качестве оказания помощи. Для объективной оценки степени успешности ухода необходимо:

- уточнить поставленную цель и ожидаемый результат в поведении или реакции пациента на заболевание или свое состояние;
- оценить наличие у пациента желаемой реакции или поведения;
- сравнить критерии оценки с имеющейся реакцией или поведением;
- определить степень согласованности между целями и реакцией пациента.

Критерии оценки

Оценочными критериями могут быть слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Например, при отёках оценочными критериями могут выступать показатели веса и водного баланса, при выявлении уровня боли - пульс, положение в постели, поведение, вербальная и невербальная информация и цифровые шкалы оценки боли (если их используют) (табл. 15-1). Если поставленные цели выполнены, проблема пациента решена, сестринский персонал должен сделать соответствующую запись в истории болезни, поставить дату решения проблемы и свою подпись.

Иногда решающую роль на этапе оценки играет мнение пациента о проведённых действиях.

Источники оценки

Источником оценки выступает не только пациент. Сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении и уходе за пациентом.

Оценку эффективности всего ухода проводят при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ либо в патологоанатомическое отделение в случае летального исхода.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривают или прерывают. Когда цель частично или полностью не достигнута, следует проанализировать причины неудачи, среди которых могут быть:

- отсутствие психологического контакта между персоналом и пациентом;
- языковые проблемы в общении с пациентом и родственниками;
- неполная или неточная информация, собранная на момент поступления пациента в стационар или позже;

- ошибочная трактовка проблем;
- нереальные цели;
- неверные пути достижения целей, отсутствие достаточного опыта и профессионализма в выполнении конкретных действий по уходу;
- недостаточное или чрезмерное участие самого пациента и родственников в процессе ухода;
- нежелание при необходимости просить о помощи коллег.

Действия сестринского персонала при отсутствии эффекта ухода

В случае отсутствия эффекта сестринский процесс начинают заново всё в той же последовательности.

Оценка позволяет персоналу не только выяснить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

Оформление выписного эпикриза

При окончании времени пребывания пациента в стационаре, краткосрочные цели ухода часто уже достигнуты. При подготовке к выписке оформляют выписной эпикриз, пациента передают под наблюдение участковой медсестре, которая продолжит уход по решению долгосрочных целей, связанных с реабилитацией и профилактикой рецидивов. Эпикриз предусматривает отражение всего ухода, полученного пациентом в ЛПУ. В нём фиксируют:

- проблемы, присутствующие у пациента на день поступления;
- проблемы, появившиеся во время пребывания в отделении;
- реакции пациента на предоставленный уход;
- проблемы, оставшиеся при выписке;
- мнение пациента о качестве оказанной помощи. Сестринский персонал, который продолжит уход за пациентом после выписки, вправе для скорейшей адаптации пациента к домашним условиям пересмотреть запланированные мероприятия.

Таблица. Примеры проблем и критериев оценки достижения цели

Проблема	Критерии оценки
Риск рецидива, связанный с отказом от дальнейшего лечения	Понимание и согласие на введение антиалкогольных препаратов продлительного действия, выраженное вербальным и невербальным поведением пациентки
Беспокойство за исход операции, связанное с негативными последствиями предыдущей госпитализации	Пациент спокойно обсуждает своё состояние и предстоящую операцию
Риск развития запоров в послеоперационный период	Пациентка продемонстрировала знания для предупреждения возможной проблемы
Угроза снижения и прекращения лактации	Пациентка освоила технику сцеживания, сцеживает грудь 3 раза в сутки по 150 мл
Снижение аппетита, связанное с новыми условиями пребывания	Пациент с удовольствием съел необходимый рацион.
Появление общего беспокойства (плачет) из-за отсутствия родителей	Ребёнок успокоен, спит. Мама рядом с ним
Нарушение формулы сна	Улучшение формулы сна со слов пациента и визуально.
Задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара	Пациент отмечает наличие стула каждые 48 ч
Сильные постоянные боли в области правого подреберья, вызванные обострением хронического холецистита	Пациентка спокойно лежит на боку, читает, отмечает снижение боли
Риск нарушения общения, связанный с неприятным запахом изо рта, обусловленный парадонтитом	Пациентка свободно вступает в контакт. Запах изо рта отсутствует

Таблица. Сравнение цели и реакции пациента на предоставленный уход

Цели	Реакции пациента	Оценка
К моменту выписки пациент и сестра отметят отсутствие признаков инфицирования	Послеоперационный шов зажил первичным натяжением. Т 36,7 °С; в крови: $1,6 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ 7 мм/ч	Реакция пациента совпала с ожидаемым результатом. Цель достигнута
Пациент удовлетворён уходом, проводимым медицинской сестрой во время всего постельного режима	Отсутствие жалоб со стороны пациента, опрятный внешний вид пациента	Цель достигнута
Пациент не испытывает дискомфорта, прося подать и отнести судно 12.04	12.04. Пациент не просит подать судно	Пациент использует судно только по настоянию медицинского персонала. Цель не достигнута
Пациент отметит снижение диспепсического дискомфорта к вечеру	Пациент сообщил о снижении дискомфорта. Отсутствие рвоты	Цель достигнута
Пациент будет сам вводить заданную дозу инсулина через три дня	Пациент набрал в шприц и самостоятельно ввёл необходимую дозу инсулина с соблюдением асептики и антисептики	Цель достигнута, реакция пациента и ожидаемые результаты совпали

Таблица. Пример действий медсестры, если цель ухода не достигнута

Дата	Проблема пациента	Цель ухода	Действия сестры	Оценка эффективности		
				Кратность	Критерий	Общая оценка
21.04	Риск развития метеоризма в ранний послеоперационный период	Пациент и медсестра отметят отсутствие метеоризма 21 и 22.04	1. Контролировать приём жидкости. 2. Контролировать режим двигательной активности	Каждый час	22.04 в 8 ч. Вздутие живота, усиление болей в области операционного доступа	Цель не достигнута. 22.04 м/с Жукова
22.04 8.00	Метеоризм, связанный с нарушением питьевого режима	Пациент и сестра отметят отсутствие метеоризма после постановки газоотводной трубки и позже 22 и 23.04	1. Ввести пациенту газоотводную трубку на 1 ч и повторно при необходимости. 2. Провести беседу с пациентом об особенностях питьевого и пищевого режима в послеоперационный период. 3. Убедить пациента в необходимости повышения двигательной активности	Каждый час	8.30. По газоотводной трубке отходят газы; пациент сообщил, что боли в животе беспокоят меньше; пациент демонстрирует знания по профилактике вздутия живота. 9.10. После удаления газоотводной трубки: живот опух, боли не беспокоят, пациент самостоятельно повернулся на спину. 11.00. Пациент спит	23.04 Цель достигнута м/с Кузасва. Пациент весел, живот мягкий, слегка болезненный в области операционной раны

Есть ли будущее у сестринского процесса?

Проблемы, которые решает медицинский работник, оказывая помощь пациентам, сами по себе чреваты напряженностью, мучениями и переживаниями. Если добавить к этому ошибки, промахи, человеческие слабости, испытания, которым подвергает повседневная жизнь, то станет понятна перегруженность медицинских работников, их напряжённый ритм жизни, иногда не выдерживание нагрузки. Избежать этого позволяет хорошая организация работы, возможная во многом благодаря введению современной технологии сестринского дела - сестринскому процессу.

Многие думают, что сестринский процесс - это формализм, «лишние бумаги», на заполнение которых нет времени. Но дело в том, что за этим стоит пациент, которому в правовом государстве должна быть гарантирована эффективная, качественная и безопасная медицинская помощь, в том числе и сестринская.

Медицинская сестра - равноправный член медицинской бригады, необходимый и великому хирургу, и гениальному терапевту. В ряде ЛПУ, пытающихся совершенствовать технологии сестринского дела, отмечены и понимание, и поддержка со стороны врачей, а без этого нововведения невозможны.

В учреждениях практического здравоохранения стали вести «Карты сестринского наблюдения за пациентом». Эти примеры показывают, что

заводят её не на каждого, чаще гериатрического, обречённого, тяжёлого пациента. На практике она компактна, рассчитана на профессионала и не так объёмна по сравнению с тем примером, который вы видели в данном пособии. Форма ведения такого документа произвольная: карта и не может быть стандартной. Ценность её заключена в отражении работы данного коллектива медицинских сестер, учитывая его особенности и специфику пациентов. Фиксирование каждого действия сестры по уходу за конкретным пациентом в карте сестринского наблюдения даёт возможность определить объём и качество оказанной помощи, сравнить проведённый уход со стандартами, обвинить или оправдать сестру при необходимости. Отсутствие такого документа, показывающего участие сестринского персонала в процессе ведения конкретного пациента, в практическом здравоохранении сводит на нет его ответственность за свои действия.

Представители ЛПУ, в которых введена экспериментальная «Карта сестринского наблюдения за пациентом», говорят, что это шанс улучшить качество сестринской помощи, оценить участие и показать «свое лицо» в лечебном процессе, решить ряд проблем (прежде всего в пользу сестры и пациента).

Здоровье - большой труд. Болезнь - всегда большое и трудное «приключение». Следить за её развитием, основательно изучать проблемы больного, с радостью решать сложные задачи в ходе лечения - важнейшие цели труда медицинской сестры.

Внедрения в практику работы медицинских учреждений новых сестринских технологий, предусматривающих творческий подход, способно обеспечить дальнейший рост и развитие сестринского дела как науки, оказать действенное влияние на качество медицинской помощи, поднять значимость и престиж профессии в системе здравоохранения.

Выводы

- Пятый, заключительный этап сестринского процесса, - оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости.

- Источником оценки выступает не только пациент, сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении больного и уходе за ним.

- В качестве оценочных критериев могут быть использованы слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Поведение пациента - один из основных критериев оценки ухода.

- Оценка позволяет сестринскому персоналу не только оценить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

- Оценку эффективности всего ухода проводит сестринский персонал при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ, либо патологоанатомическое отделение при летальном исходе. Информация, полученная на момент окончательной оценки, должна быть проанализирована и зафиксирована в выписном эпикризе сестринской истории болезни. Здесь отмечают не только объём предоставленной сестринской помощи и реакцию пациента на уход, но и проблемы, требующие решения после выписки пациента из ЛПУ.

- Сестринский персонал, продолжающий уход после выписки, вправе пересмотреть запланированные мероприятия для скорейшей адаптации пациента к домашним условиям.

Ведение «Карты сестринского наблюдения за пациентом» в практическом здравоохранении - шанс улучшить качество сестринской помощи и оценить роль сестринского персонала в лечении пациентов.



**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 726890861408610707646499642787991539916156533176

Владелец Антонова Екатерина Алексеевна

Действителен с 07.02.2024 по 06.02.2025