



**Елена Юрьевна Храмова
Владимир Александрович Плисов
Справочник медсестры.
Практическое руководство**

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=567695*

*Справочник медсестры. Практическое руководство / [сост. : Е. Ю. Храмова, В. А. Плисов]. :
РИПОЛ классик; Москва; 2010
ISBN 978-5-386-02532-8*

Аннотация

Книга «Справочник медсестры» включает основную информацию по вопросам сестринского дела. Авторы рассказывают историю становления сестринского дела как науки, рассуждают о морально-этических качествах медицинской сестры, ее профессиональной ответственности, правах пациента с учетом современного подхода к сестринской деятельности (читатели смогут узнать, что такое сестринский процесс).

Отдельные разделы посвящены описанию, лечению, диагностике наиболее распространенных патологий и уходу за пациентом, помощи при неотложных состояниях. Кроме того, в книге приводятся описания основных медицинских манипуляций, выполняемых медсестрой.

Издание может быть использовано в качестве учебного пособия для средних медицинских учебных заведений и как руководство по уходу за больными в домашних условиях.

Содержание

Введение	5
Часть I	7
Глава 1	7
Развитие сестринского дела в России	7
Развитие сестринского дела за рубежом	11
Глава 2	16
Морально-этические качества медсестры	16
Этический кодекс медицинской сестры России	18
Глава 3	24
Юридическая ответственность медсестры	24
Глава 4	26
Постановка сестринского диагноза	28
Выполнение сестринского плана	29
Оценка результатов	30
Часть II	33
Глава 1	34
Основные принципы организации медицинской помощи	34
Лечебно-профилактическая помощь в медицинских учреждениях амбулаторно-поликлинического типа	35
Лечебно-профилактическая помощь в медицинских учреждениях стационарного типа	35
Лечебно-профилактическая помощь в медицинских учреждениях санаторно-курортного типа	36
Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям	36
Глава 2	37
Дезинфекция	37
Виды дезинфекции	37
Методы дезинфекции	37
Предстерилизационная обработка	38
Стерилизация	38
Методы стерилизации	38
Глава 3	40
Часть III	42
Глава 1	42
Психологическая подготовка пациента к манипуляции	42
Гигиеническая обработка рук медперсонала	42
Гигиеническая ванна	43
Гигиенический душ	43
Обтирание пациента	43
Смена нательного белья	44
Смена постельного белья	44
Профилактика пролежней	45
Измерение температуры тела	45
Исследование пульса на лучевой артерии	46
Измерение артериального давления	46

Подсчет числа дыхательных движений и определение ритмичности дыхания	47
Постановка горчичников	47
Постановка медицинских банок	47
Применение пузыря со льдом	48
Применение грелки	48
Постановка согревающего компресса	49
Дезинфекция шприцев, игл, инструментария	49
Предстерилизационная очистка шприцев, игл и инструментария	50
Набирание лекарственных средств из ампул	50
Конец ознакомительного фрагмента.	52

Елена Юрьевна Храмова, Владимир Александрович Плисов Справочник медсестры. Практическое руководство

Введение

В настоящее время в России насчитывается почти 1,5 млн медицинских работников среднего звена. Медицинская сестра – очень распространенная и востребованная профессия, предполагающая наличие определенных нравственных и психологических качеств у человека, ее избравшего, а также необходимой профессиональной подготовки.

В последние десятилетия подход к профессии медицинской сестры изменился во всем мире. В России первые изменения начались уже в конце 1980-х гг. Однако на практике медсестра еще долго оставалась «лицом со средним медицинским образованием, работающим под руководством врача или фельдшера».

В начале 1990-х гг. во многих европейских странах было внедрено высшее сестринское образование. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международный совет медсестер способствовали развитию сестринского дела как науки в России.

Уже с 1966 г. в Серии докладов ВОЗ № 347 говорилось о том, что медицинские сестры должны быть менее зависимыми в своих действиях, иметь более высокую квалификационную подготовку, кроме того, им необходимо развивать профессиональное мышление, которое позволило бы принимать самостоятельные решения на основе научных знаний.

В настоящее время постоянно расширяется спектр медицинских услуг, появляются лечебно-профилактические учреждения различных форм собственности, дневные стационары, развивается паллиативная медицина. К последней относятся хосписы, в которых оказывается медицинская помощь и осуществляется уход за пациентами с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями и умирающими. Оказывать помощь таким больным может медицинская сестра, обладающая аналитическим мышлением, способная составить и выполнить план обследования, сестринского ухода, проведения необходимых медицинских манипуляций в соответствии с технологиями их выполнения и при этом обосновывать свои действия научно.

С 1994 г. в России существует многоуровневая система подготовки медицинских сестер в соответствии с Государственным образовательным стандартом. В настоящее время в связи с развитием медицинского страхования возникли новые предпосылки для продолжения реформ в сестринском деле.

Многоуровневая система подготовки среднего медицинского персонала позволяет повысить качество медицинского обслуживания населения, снизить экономические затраты на подготовку медицинского персонала и др. Реформирование сестринского дела позволило изменить кадровую политику, использовать сестринские кадры более рационально. В результате в больницах вновь появились младшие медицинские сестры, осуществляющие основной уход за больными, а также новые виды медицинской помощи, например паллиативная медицина.

Реформа сестринского дела в России осуществляется на основании программы развития сестринского дела. Для подготовки специалистов новой формации создана многоуровневая система подготовки медперсонала со средним медицинским образованием, открыва-

ются институты высшего сестринского образования, в настоящее время во многих высших медицинских учебных заведениях нашей страны осуществляется последиplomная подготовка специалистов высшего сестринского образования (интернатура, аспирантура и др.). Такая подготовка позволяет развивать сестринское дело как науку, делать новые научные разработки в области сестринского дела.

Для развития сестринского дела регулярно проводятся международные семинары, конференции. Специалисты сестринского дела входят в состав многих международных и российских общественных и профессиональных медицинских организаций.

Особое значение в последнее время приобрел вопрос статуса медицинской сестры. Сейчас уделяется большое внимание повышению престижности данной профессии, ее социальной значимости. Большое значение в этом имеет собственное самосознание медицинских сестер, поэтому в науке «Сестринское дело» выделяется понятие «философия сестринского дела». Именно формирование особого философского подхода помогает вывести мышление обучающихся по специальности «Сестринское дело» на более высокий уровень.

Современным медицинским сестрам нужно иметь научные знания, уметь анализировать, предвидеть последствия, планировать свою деятельность и принимать самостоятельные решения. Большое значение имеет умение налаживать профессиональные контакты с коллегами, пациентами и их родственниками, руководством.

С развитием таких отраслей медицины, как трансплантология, паллиативная медицина, появлением экстракорпорального оплодотворения и иного стали актуальными многие этические вопросы. Сформировалась даже отдельная наука – биомедицинская этика. Медсестра, как известно, наиболее близкий для больного человек из всего состава медицинских работников, поэтому для оказания помощи пациентам необходима определенная психологическая подготовка медсестер. На факультетах высшего сестринского образования изучают различные направления психологии, которые помогут будущим специалистам найти психологический подход к пациентам и их родственникам, разобраться в сложной для пациента психологической ситуации.

Для качественного выполнения обязанностей медсестра должна постоянно стремиться к повышению своей квалификации. В современной медицине внедряется все больше передовых технологий (новые хирургические операции и виды исследования), используется сложная медицинская лечебная и диагностическая техника, появляются новые лекарственные препараты и др. Все это требует постоянного обновления знаний. Одновременно это помогает медсестрам осознавать себя представителями современной профессии, специалистами своего дела.

Трудно переоценить роль медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе. Именно она больше всего взаимодействует с пациентом, поэтому наука «сестринское дело» выделяет такое понятие как «сестринский процесс». Потребность в этом возникла в связи с тем, что для качественного медицинского обслуживания пациента необходимо систематизировать деятельность медсестры. Итак, сестринский процесс включает 5 этапов:

- 1) постановку сестринского диагноза;
- 2) определение потребностей пациента;
- 3) составление плана сестринского вмешательства;
- 4) выполнение намеченных мероприятий;
- 5) оценку результата.

Конечно, при решении проблем пациента медсестра ограничена существующими юридическими и медицинскими правилами и нормами, однако в рамках своих профессиональных возможностей она должна сделать все, от нее зависящее, для улучшения здоровья и поддержания жизни пациента.

Часть I

Теория сестринского дела

Глава 1

История сестринского дела

Развитие сестринского дела в России

В России сестринское дело как наука сформировалась относительно недавно. Тем не менее оно имеет многовековую историю. Во все времена тяжелый труд по уходу за больными и ранеными ложился в основном на плечи женщин. Так, в женских монастырях сестры осуществляли абсолютно бескорыстный уход за больными. Первое упоминание о лечебнице, где подобные обязанности выполняли женщины, относится к X в., а создана она была легендарной княгиней Ольгой. В XVI в. Стоглавым собором был издан указ об основании мужских и женских богаделен, в которых могли служить в том числе и женщины.

Для ухода в условиях госпиталей и лазаретов женщины были впервые задействованы во время царствования великого реформатора Петра I. Несколько позже женский труд в лечебных учреждениях был упразднен (такое положение сохранилось до середины XVIII в.) согласно принятому в 1735 г. генеральному регламенту о госпиталях, в котором сфера деятельности женщин ограничивалась мытьем полов и стиркой белья, а роль сиделок была возложена на солдат-отставников.

Профессия медсестры как таковая появилась лишь в XIX в., причем термин «медицинская сестра» относится уже к XX в. Почти 200 лет назад в России возникла служба «сердобольных вдов», организованная при воспитательных домах Санкт-Петербурга и Москвы. Параллельно при тех же воспитательных домах были основаны так называемые вдовьи дома для содержания больных, нищих и сирот (по терминологии того времени – «призрения Божьих людей»).

Безусловно, служба «сердобольных вдов» явилась предтечей службы сестринской помощи, основателем которой в России стал Христофор фон Опель. Он же был автором первого в истории руководства по уходу за больными, изданного на русском языке в 1822 г. В данном пособии для женщин – помощниц врача впервые появились понятия об этике и деонтологии «ухаживающего персонала».

По указу Петра I в 1715 г. были учреждены воспитательные дома, для службы в которых привлекались женщины, так называемые бабы-сидельницы из числа вдов и жен больничных солдат.

Спустя 2 года после Отечественной войны 1812 г. по личному распоряжению императрицы Марии Федоровны из числа работниц Санкт-Петербургского вдовьего дома были приглашены и направлены в лечебные учреждения женщины для ухода и присмотра за пациентами. По истечении годичного испытательного срока 12 марта 1815 г. 16 из 24 приглашенных вдов приняли присягу и получили из рук императрицы специально учрежденный по такому случаю знак – «Золотой Крест» с надписью «сердолюбие». В 1818 г. в Москве был учрежден «Институт сердобольных вдов», а при многих больницах и госпиталях организовали курсы для подготовки сиделок. Пожалуй, именно этот момент следует считать отправной точкой начала специальной подготовки женского среднего медицинского персонала в

России. Основным учебником для подготовки будущих «сердобольных вдов» являлось ранее упомянутое руководство Христофора фон Опеля.

В 1844 г. в Санкт-Петербурге была основана первая в России Свято-Троицкая община сестер милосердия. Именно с этого момента подготовка женского медперсонала в России вышла на новый качественный уровень. Инициатива основания данной общины исходила непосредственно от великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской.

Всем женщинам, решившим посвятить себя благородному делу помощи больным, назначался испытательный срок продолжительностью в 1 год, в случае успешного прохождения которого они в обстановке торжественной официальной церемонии принимались в сестры милосердия. После литургии, совершаемой митрополитом Санкт-Петербургским, на каждую принятую в число сестер милосердия возлагался особый золотой крест. На нем был изображен лик Пресвятой Богородицы, сопровождаемый словами «Всех скорбящих радость» – на одной стороне и надписью «Милосердие» – на другой. В утвержденной присяге, которую принимала каждая сестра милосердия, в числе прочего были и такие слова: «...буду тщательно наблюдать все, что по наставлению врачей будет полезным и нужным для восстановления здоровья вверенных моему попечению болящих; все же вредное для них и запрещенное врачами всемерно удалять от них».

Согласно уставу сестры милосердия не должны были владеть каким-либо имуществом, включая собственную одежду, или даже мизерной суммой денег. В нем было оговорено следующее: «Все, что может за свои услуги сестра получить подарками или деньгами, принадлежит общине» (существовала община в основном на пожертвования от различных благотворительных организаций). При малейших нарушениях этих правил сестра исключалась из общины, но за всю историю ни одного подобного случая не было!

«Если сестра удовлетворяет своему назначению, – она есть друг его семьи, она облегчает физические страдания, она же успокаивает порой и душевные муки, она нередко посвящается больным в самые интимные его заботы и скорби, она записывает его предсмертные распоряжения, напутствует его в вечность, принимает его последний вдох. Сколько нужно для этого терпения, находчивости, скромности, твердой веры и горячей любви. Есть глубокий смысл в требовании безвозмездности труда сестры милосердия, ибо за оказание ею услуг нет и не может быть земной платы». (По записям историографа Свято-Троицкой общины сестер милосердия (1864 г.).)

В 1847 г. почетное звание сестер милосердия получили первые 10 женщин, прошедшие специальную медицинскую подготовку в общине, а вскоре началась кровопролитная Крымская война 1853–1856 гг., в которой сестры милосердия прошли первую настоящую проверку. С тех пор медицинским сестрам суждено было принимать активное участие во всех событиях, связанных с войной, начиная с той, первой для них Крымской кампании, и до настоящего времени.

Инициатива оказания помощи раненым с помощью сестер милосердия исходила от великой княжны Елены Павловны, жены великого князя Михаила Павловича, родного брата российского царя Николая I. Немка по происхождению (что для российской правящей династии было почти традицией) она была блестяще образована, говорила на нескольких языках и знала историю России. Приняв православие и став супругой великого князя, она получила русское имя Елена Павловна, но счастливой матери пяти дочерей судьбой было уготовано тяжелейшее испытание: с 1832 по 1846 гг. она потеряла четверых детей, а в 1849 г. овдовела в возрасте 43 лет. По природе своей великая княгиня была очень скромной, отзывчивой и добросердечной и уделяла большое внимание помощи богоугодным заведениям, став в этом деле достойной преемницей русской императрицы Марии Федоровны, которая завещала ей руководство Мариинским и Повивальным институтами. Следует отметить, что на благоотво-

рительность Елена Павловна расходовала большую часть собственных средств и именно ей первой пришла в голову идея создания прообраза Общества Красного Креста.

Осада Севастополя в период Крымской войны со всей наглядностью показала, в каком плачевном состоянии находится организация медицинской помощи в частях русской армии. Повсеместно ощущалась острая нехватка квалифицированных врачей и среднего медицинского персонала. В связи с этими обстоятельствами Елена Павловна обратилась ко всем русским женщинам с просьбой оказать посильную помощь героическим защитникам Севастополя. Ее инициатива встретила горячую поддержку со стороны гениального хирурга Н. И. Пирогова, находившегося в самой гуще военных действий, однако военное управление проявило обычный скептицизм. Н. И. Пирогов на протяжении нескольких месяцев был вынужден убеждать военных чиновников в том, что он нужен именно на передовой. Следует отметить, что в тот момент сама мысль о возможности присутствия женщины у постели раненого военнослужащего считалась чиновниками если не крамолой, то во всяком случае вольнодумством, да и страдания раненого солдата едва ли могли волновать работников военного министерства. Даже главнокомандующий российской армии А. С. Меншиков отнесся к благим намерениям Елены Павловны и Н. И. Пирогова без понимания и даже позволил себе грубость, издевательски осведомившись: «... а не открыть ли сразу же при фронте и венерологическое отделение?..» В этой ситуации дело могло спасти только вмешательство монарха. Великая княгиня лично убедила Николая I в необходимости организации добровольной помощи раненым. 25 октября 1854 г. по указу императора была учреждена Крестовоздвиженская община сестер милосердия.

Призыв великой княгини побудил многих женщин, не исключая и представительниц высших слоев общества, отправиться в Севастополь, а сама Елена Павловна посвятила все свое время закупке на собственные деньги медикаментов и отправке их в Крым.

Всю тяжесть труда сестер милосердия невозможно переоценить: они работали по 20 часов в сутки, невзирая на ужасные условия передовой, постоянные артобстрелы, холеру и тиф. Присущая сестрам чистоплотность и аккуратность, а также благотворное нравственное влияние позволяли им выхаживать раненых, которые, без сомнения, были бы просто обречены без заботы «сестричек», – так ласково называли сестер милосердия солдаты. Пример этих женщин вдохновил российскую общественность: огромное количество людей выразили желание оказать посильную материальную помощь, а многие россиянки пожелали вступить в ряды сестер милосердия.

До самого окончания военных действий сестры милосердия работали в госпиталях Севастополя и многих других городов Крымского полуострова. Первой операционной сестрой стала личная помощница хирурга Н. И. Пирогова – Е. М. Бакунина. Она была представительницей аристократии, имела дворянское происхождение, приходилась родной дочерью губернатору Санкт-Петербурга и внучатой племянницей великому русскому полководцу М. И. Кутузову. Оставив высший свет, Е. М. Бакунина поспешила в Севастополь и стала незаменимой ассистенткой при сложнейших операциях, проводимых Н. И. Пироговым. В 1856 г. великая княгиня оценила ее заслуги по достоинству и назначила Е. М. Бакунину главной сестрой-настоятельницей Крестовоздвиженской общины сестер милосердия.

В Свято-Троицкую общину принимались в соответствии с ее уставом физически здоровые и нравственно безупречные вдовы и девицы от 20 до 40 лет всех без исключения сословий и вероисповедания, но с 1855 г. доступ был открыт только для православных.

Крымская война не стала последней военной кампанией для этой самоотверженной женщины. В 1877–1878 гг. Е. М. Бакунина отправилась с отрядом Общества Красного Креста на Кавказский фронт. Даже в своем собственном имении она организовала бесплатную

больницу для простых крестьян округа. Кроме этого, она была назначена попечительницей земских больниц Тверской губернии, в связи с чем по праву считается основательницей сельской медицины. Имя Екатерины Бакуниной в 1954 г. увековечено в названии одной из улиц города-героя Севастополя. «Много было в ту войну патриотов, жертвовавших своим имуществом, но не много было пожертвовавших самими собой. Тут нужно было не только сострадание, но и самоотверженность, великодушие, твердость характера и помощь Божья. Ни разные лишения военного времени, ни ненастная погода, ни зной лета, ни гром орудий и осколки, ни ежедневные смерти, ни холерные и тифозные испарения, ничто не могло их удержать от добросовестного исполнения святого своего долга», – так писали о сестрах милосердия в журнале «Русская старина».

Одним из ярчайших примеров героизма и самоотверженности в Крымской войне стала Даша Севастопольская. Ее настоящее имя – Дарья Михайлова. Она вошла в историю как первая в России сестра милосердия, начавшая помогать раненым еще за 2 месяца до приезда группы сестер милосердия из Санкт-Петербурга, с 8 сентября 1854 г. Во время осады Севастополя вместе с регулярной армией в боях участвовали ополченцы – обычные жители города. В их числе оказалась молодая женщина, дочь погибшего в Синопской битве матроса Лаврентия Михайлова. Оставшись сиротой, Дарья Михайлова продала свой дом, а на вырученные от продажи средства купила лошадь, повозку, бочонок спирта, бинты и прочие медикаменты, а затем отправилась вслед за отрядом матросов на Альму, к месту будущего крупного сражения. Во время битвы раненые с удивлением и радостью принимали помощь одетой в матросский бушлат Дарьи, называя ее «Ангелом от Престола Господня». Не имея в отличие от санкт-петербургских сестер милосердия специальной подготовки, Михайлова промывала и бинтовала раны, подносила раненым чарку с нехитрым «народным» обезболивающим.

Всю Крымскую кампанию прошла Дарья Михайлова в качестве сестры милосердия и была отмечена самим императором, которому было доложено о бескорыстии и самоотверженности женщины из народа. 16 ноября 1856 г. по высочайшему указу ей были вручены золотая медаль «За усердие!» на Владимирской ленте и 500 рублей серебром. Кроме того, ей было обещано приданое от самого государя в размере 1000 рублей. Следует отметить, что свое обещание император впоследствии выполнил. По окончании войны Дарья вышла замуж за простого солдата Максима Хворостова и на немалое по тем временам приданое открыла свое дело (обзавелась трактиром), позже переехала жить с мужем в город Николаев. Однако потом Даша вернулась в родной Севастополь и благополучно прожила там до самой смерти в 1910 г. В 1954 г., в год празднования векового юбилея обороны Севастополя одна из его улиц была названа именем Даши Севастопольской. Совсем недавно, в 2005 г., в Севастополе был установлен памятник героине Крымской войны и первой сестре милосердия Даше Севастопольской.

В 1855 г. был издан царский указ о праве женщин, «которые несли службу в госпиталях или во время обороны Севастополя и оказали особенные услуги» на получение медали «За защиту Севастополя». Помимо этого, по личной просьбе великой княгини были отчеканены 7 золотых и 145 серебряных медалей для вручения сестрам милосердия. Несколько позже изготовили еще 6 золотых и 200 серебряных медалей для крымских сестер милосердия, которыми были удостоены не только сестры Крестовоздвиженской общины, но и Одесской общины сердобольных вдов, а также женщины Севастополя, не принадлежавшие к общинам, но ставшие сестрами милосердия.

В 1868 г. министром внутренних дел было принято историческое решение об открытии ряда учреждений по специальной подготовке сестер и братьев милосердия, совпавшее по времени с учреждением Общества Красного Креста.

Сестры милосердия также выполняли свою благородную миссию во время Русско-турецкой войны (миссия Красного креста в Яссах 1877–1878 гг.), Русско-японской войны 1904–1905 гг., Первой мировой войны 1914–1918 гг.

К другим историческим вехам в становлении сестринского дела в нашей стране можно отнести присоединение России к Женевской конвенции (1867 г.), официальное разрешение на работу женщин в госпиталях в мирное время (1871 г.). После того как в январе 1873 г. скончалась великая княгиня Елена Павловна, в память об этой выдающейся женщине в том же году началась реализация ее последнего замысла – постройка в Санкт-Петербурге института усовершенствования врачей.

В 1897 г. Российское общество Красного Креста организовало в Петербурге институт, где проводилась двухлетняя подготовка мужчин для ухода за ранеными и больными. 26 августа 1917 г. в Москве прошел I Всероссийский съезд сестер милосердия, на котором было официально учреждено Всероссийское общество сестер милосердия. К октябрю 1917 г. в России существовало 109 общин, а сестер милосердия насчитывалось около 10 000. Все они сыграли важную роль в борьбе с эпидемиями и уходе за ранеными красноармейцами в период Гражданской войны. Российское общество Красного Креста пережило сначала ликвидацию, а затем признание в 1921 г. и, наконец, возрождение в 1925 г.

В 1938 г. имущество Российского общества Красного Креста было передано в ведение разных народных комиссариатов, однако эти организационные проблемы практически не отразились на его бурной деятельности. Первые медицинские школы в республике Советов появились в 1920 г., тогда же были разработаны и приняты к внедрению программы по подготовки акушерок и медсестер. В 1927 г. по указанию наркомата здравоохранения и под непосредственным руководством Н. А. Семашко было издано «Положение о медсестрах», в котором четко определялись обязанности медицинских сестер по уходу за пациентами больниц и госпиталей. В период с 1934 по 1938 гг. в советских медицинских школах было подготовлено свыше 9000 медсестер, а всего в Советском Союзе в предвоенные годы насчитывалось 967 медицинских и санитарных школ и отделений.

К 1940 г. обеспеченность нашей страны средним медицинским персоналом увеличилась в 8 раз по сравнению с 1913 г. В 1942 г. вышел в свет первый номер журнала «Медицинская сестра». В 1950-е гг. все медицинские школы были реорганизованы в медицинские училища – была создана государственная система среднего специального образования медицинских работников.

Только в 1993 г. была сформулирована и принята философия сестринского дела. В 1994 г. организована Ассоциация медицинских сестер России, вошедшая в состав и принимающая деятельное участие в работе Международного совета медицинских сестер.

В 1995 г. впервые в России, специалист по сестринскому делу Г. М. Перфильева защитила докторскую диссертацию на тему «Сестринское дело в России». По ее инициативе был создан факультет высшего сестринского образования в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова.

В Крымской войне были задействованы почти 250 сестер милосердия. Все они проявили завидное мужество: сколько солдат и офицеров обязаны им жизнью – просто невозможно подсчитать. Убедившись в самоотверженности и очевидной пользе деятельности сестер милосердия, даже чиновники военного министерства изменили свое мнение о них.

Развитие сестринского дела за рубежом

Становление сестринского дела за рубежом связано с именем Флоренс Найтингейл (1820–1910 гг.). Честь считаться основоположницей современного сестринского дела по

праву принадлежит ей, английской сестре милосердия, которая сумела совершить переворот в массовом сознании людей и доказать исключительную важность роли медицинской сестры в здравоохранении. По происхождению Ф. Найтингейл была итальянкой, родом из Флоренции, а специальное образование получила в Германии, где школа медицинских сестер была открыта Ф. Флендером в 1836 г.

Во время Крымской войны на протяжении 2 лет Ф. Найтингейл и еще 38 сестер милосердия работали на территории Турции, которая в союзе с Англией и еще несколькими европейскими державами вела боевые действия против России. В бараке, где работали медицинские сестры, находилось около 2000 раненых и больных. Осуществление грамотного сестринского ухода за ними позволило снизить смертность с 42 до 2 %. По окончании Крымской кампании на свои личные средства и с позволения российского императора Ф. Найтингейл в 1856 г. установила на горе под Балаклавой в Крыму памятник в виде большого креста из белого мрамора, тем самым увековечив память о погибших в этой войне солдатах, врачах и сестрах милосердия.

В середине XIX в. в 1859 г. вышла в свет книга Ф. Найтингейл «Записки об уходе». В ней впервые было дано определение сестринского дела, охарактеризованное как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению», и показано отличие его от врачебного дела. В «Записках об уходе» были определены два основных направления сестринской деятельности – уход за больными, подразумевающий «помощь страдающему от болезни – жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение», и уход за здоровыми людьми, охарактеризованный Ф. Найтингейл как «поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает». Ф. Найтингейл была абсолютно убеждена в том, что «по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний».

Первые специальные школы по подготовке медицинских сестер, созданные по модели Ф. Найтингейл в Европе, а позже и в Америке, были автономными и светскими, а учителями выступали сами сестры, имеющие определенный практический опыт. Большое внимание в ходе подготовки уделялось получению будущей сестрой не только специальных знаний, но и формированию определенных профессиональных ценностей, под которыми подразумевались уважение к подопечному, его чести, достоинству и личной свободе, проявление особого внимания, любви и заботы и сохранение конфиденциальности наравне с врачебной тайной. Девизом первого Почетного международного сестринского общества стали 3 слова – «Любовь, мужество, честь».

Важной датой в развитии сестринского дела стало 26 июня 1860 г. – день открытия испытательной школы для сестер милосердия при больнице святого Фомы в Лондоне под руководством Ф. Найтингейл. После окончания школы сестры давали обязательство Ф. Найтингейл, звучавшее так: «Я, торжественно перед Богом и в присутствии этого собрания даю обязательство: провести мою жизнь в чистоте и верно служить моей профессии. Я буду воздерживаться от всего, что влечет за собой вред и гибель и не стану брать или сознательно давать вредоносное лекарство. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддержать и возвысить уровень моей профессии, а также обещаю держать в тайне все личные вопросы, относящиеся к моему ведению, и семейные обстоятельства пациентов, ставшие мне известны в ходе моей практики. С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе».

Имя Ф. Найтингейл уже почти полтора века является символом милосердия в западных странах, в ее честь учреждена медаль, являющаяся высочайшей наградой медицинских сестер – активистов Общества Красного Креста. Вручается медаль имени Флоренс Найтингейл раз в 2 года в день рождения основоположницы сестринского дела – 12 мая. В насто-

ящее время этой награды удостоено около 1000 медицинских работников. В годы Второй мировой войны 46 советских медицинских сестер были удостоены этой высокой награды.

В 1863 г. в Швейцарии был основан Международный комитет помощи раненым, спустя 13 лет, получивший другое название, – Международный комитет Общества Красного Креста. В 1876 г. появился и Российский комитет общества Красного Креста. Международный комитет общества Красного Креста является независимой швейцарской организацией, но в соответствии с характером своей миссии, закрепленной в Женевских конвенциях, имеет статус международной организации со штаб-квартирой в Женеве.

В настоящее время, кроме Международного комитета Общества Красного Креста, существует множество национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Деятельность Общества Красного Креста была четырежды отмечена Нобелевской премией, а его основателю Анри Дюнану была вручена первая в истории Нобелевская премия мира. Первоначально символом Общества Красного Креста было изображение национального флага Швейцарии на белом фоне, а позже появился современный знак – красный крест на белом фоне.

В мире существует мусульманский аналог Общества Красного Креста – Общество Красного Полумесяца. В нашей стране в силу ее многоконфессиональности используется эмблема Международной федерации обществ Красного Креста, организованной в 1919 г. по инициативе Англии, Франции и США и объединяющей медицинских работников всех мировых государств (прежнее ее название – «Лига обществ Красного Креста и Красного Полумесяца»). Следует отметить, что представители прочих религиозных конфессий отнеслись к христианской символике совершенно спокойно. Работа Международной федерации основана на добровольных началах, и денежный оклад полагается только штатным сотрудникам, которыми являются руководитель отряда и его заместители.

В первой половине 50-х гг. XX в. в США впервые появилось понятие «сестринский процесс». В 1955 г. в журнале «Новости общественного здравоохранения» была опубликована статья Лидии Холл «Качество сестринского ухода», в которой исследовательница привела свое описание сестринского процесса. Предложенное ею толкование не встретило всеобщего одобрения медицинских сестер, и в специальной литературе все чаще стали появляться его новые трактовки.

По определению наиболее известной исследовательницы сестринского процесса середины XX в. Вирджинии Хендерсон, все люди вне зависимости от состояния физического здоровья имеют ряд определенных потребностей, к которым она отнесла пищу, кров, одежду, любовь, признание со стороны окружающих, востребованность обществом, чувство принадлежности к коллективу и одновременно независимость от других людей. В. Хендерсон разработала подробные положения о важнейших действиях медицинской сестры по удовлетворению упомянутых потребностей подопечного, а при определении взаимоотношений «сестра – пациент», она, в частности, отмечала, что «уникальная задача сестры в процессе ухода за отдельными лицами, больными или здоровыми, заключается в том, чтобы оценить отношение пациента к состоянию своего здоровья и помочь ему в осуществлении тех действий по укреплению и восстановлению здоровья, которые он мог бы выполнить сам, если бы имел для этого достаточно сил, воли и знаний». Согласно определению другой известной исследовательницы сестринского дела, Доротеи Орем, «основной целью деятельности сестры должна быть поддержка умения пациента заботиться о себе».

После кончины Ф. Найтингейл в западном обществе начали активно развиваться тенденции, идущие вразрез со взглядами и идеалами основательницы сестринского дела. Развитие капиталистической системы, безусловно, отразилось и на системе здравоохранения, причем не лучшим образом. Медицина в условиях рыночных отношений в западных странах, а в последнее время и в нашей стране стала прибыльным бизнесом.

Главной задачей сестры, по мнению Ф. Найтингейл, является создание для больного таких условий, при которых лечить могла бы сама природа: пациенту необходимы чистый свежий воздух, правильное питание, покой и тишина. Ф. Найтингейл считала сестринское дело искусством, требующим должной «организации, практической и научной подготовки».

Основное число сестринских школ в США и Европе перешли под полный контроль больниц, а преподавание в них стали осуществлять врачи. При этом задачей медицинских сестер стало лишь четкое и неукоснительное выполнение инструкций врача. Таким образом, роль медицинских сестер была окончательно определена как вспомогательная, что, однако, не помешало первым выпускницам школ Ф. Найтингейл придерживаться идеалов своей наставницы, совершенствовать профессиональные навыки и теоретические знания. Именно благодаря этим активисткам в условиях капитализации системы здравоохранения началось становление независимой сестринской практики в лечебных учреждениях, на дому, и везде, где в ней возникала необходимость.

С течением времени сестринская практика становилась самостоятельной профессией, основанной на теоретических знаниях, практическом опыте, научных исследованиях и суждениях и критическом образе мышления. Медицинские сестры в специальных домах сестринского ухода обеспечивали уход за престарелыми, хроническими и безнадежными больными, а также за инвалидами, т. е. группами пациентов, не нуждавшихся в регулярных врачебных вмешательствах. Профессиональные сестры возложили на себя всю полноту ответственности за предоставление этим людям должной помощи и поддержание достойного качества их жизни. Основание домов и отделений сестринского ухода, а также оказание помощи пациентам на дому и организация служб сестринской помощи матерям и детям из малообеспеченных семей позволили медицинской помощи стать более доступной на фоне постоянного роста цен на медицинские услуги.

Основное же число (порядка 80 %) медицинских сестер продолжали свою трудовую деятельность в больницах, что потребовало от них нового качественного уровня теоретических знаний и практических навыков в связи с повсеместным внедрением новой медицинской аппаратуры и современных технологий.

Верные последователи идей Ф. Найтингейл активно выступали за внедрение обучения сестринскому делу в колледжах и университетах западных стран. Несмотря на то что первые университетские программы данной направленности появились в США еще в конце XIX в., значительное увеличение их числа произошло лишь после окончания Второй мировой войны, поскольку эта война со всей наглядностью показала всю значительность роли квалифицированной медсестринской помощи.

С течением времени все чаще в медицинской практике стали использоваться новые термины, такие как «сестринский процесс», «сестринский диагноз», нашедшие свое отражение и в новых формулировках сестринского дела. В частности, в 1980 г. Американская ассоциация медицинских сестер дала определение задачи медицинской сестры как «умение поставить сестринский диагноз и скорректировать ответную реакцию пациента на болезнь». Таким образом, принципиальное отличие сестринского диагноза от врачебного заключается в том, что он определяет не саму болезнь, а ответную реакцию пациента на нее.

В 1952 г. вышел из печати первый номер специализированного международного научного журнала, посвященного сестринскому делу, «Нерсинг Рисерч». В данный момент только в США выходит порядка 200 профессиональных журналов, предназначенных для медицинских сестер. Уже к 1960 г. появились первые программы докторантур в области сестринского дела, а к концу 1970-х гг. число медсестер – докторов наук в США превысило 2000 человек. В 1973 г. в США была основана Национальная академия сестринских наук, а в

1985 г. Конгресс США принял законодательство, согласно которому в рамках Национального института здравоохранения был создан Национальный центр сестринских исследований.

Разумеется, не во всех странах сложились настолько благоприятные условия для развития сестринского дела. Нередко к профессии медицинской сестры складывалось довольно пренебрежительное отношение, и средний медицинский персонал использовался нерационально, что, безусловно, тормозило развитие здравоохранения в целом. Одна из наиболее авторитетных исследовательниц сестринского дела, Дороти Холл, отмечала, что «многих проблем, стоящих сегодня перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы в течение последних сорока лет сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука». «Нежелание признать, – говорила она, – что медицинская сестра занимает равноправное по отношению к врачу положение, привело к тому, что сестринский уход не получил такого развития, как врачебная практика, что лишило как больных, так и здоровых возможности пользоваться разнообразными, доступными, экономически эффективными сестринскими услугами».

В настоящее время медицинские сестры всех мировых держав решительно заявляют о своем желании максимально активного участия в организации достойного уровня медицинской помощи населению планеты. Так, в 1987 г. в Новой Зеландии прошло историческое совещание национальных представителей Международного совета сестер, на котором единогласно была принята следующая 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 сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность».

Глава 2

Этика и деонтология в сестринском деле

Морально-этические качества медсестры

По словам автора ряда научных работ и монографий, посвященных медицине, Ю. К. Субботина, «медицинская этика – это наука, изучающая моральную сторону деятельности медработников, их моральные отношения и моральное сознание, связанные с исполнением профессиональных обязанностей».

Этика имеет огромное значение в системе взаимоотношений «медработник – пациент». Аналогом широко известной врачебной клятвы Гиппократы для медицинских сестер стала в XIX в. клятва Флоренс Найтингейл.

После Второй мировой войны, когда достоянием широкой общественности стали сведения о чудовищной фальсификации медицинской профессии нацистскими «врачами», проводившими бесчеловечные эксперименты, осуществлявшими насильственную стерилизацию «расово неполноценных» и эвтаназию престарелых и душевнобольных, образованная в 1947 г. Всемирная медицинская ассоциация начала свою деятельность с разработки и принятия «Женевской декларации», ставшей современным вариантом клятвы Гиппократы. Данный документ не только подчеркивал важность стремления врача к гуманистическим идеалам, но и гарантировал независимость медицинской профессии от политических режимов и идеологии.

Этический кодекс медицинской сестры России имеет особенное значение в истории отечественной медицины и, в частности, сестринского дела в XX в. С одной стороны, подавляющее большинство медицинских работников всегда оставались верны долгу и клятве, а с другой – не следует забывать о том, что еще в 1920-е гг. официальные руководители здравоохранения Советского Союза расценивали профессиональную медицинскую этику как «буржуазный пережиток». Более того, эти деятели были твердо убеждены в том, что такое понятие, как «врачебная тайна», для советской медицины неприемлемо и вскоре отомрет. Предвзятое отношение во время не всегда оправданных реформ было и к самому понятию «медицинская сестра», на смену которому должны были прийти термины «помврача», «замврача», «медтехник» и т. п.

Таким образом, создание Этического кодекса медицинской сестры России явилось своеобразным покаянием и надеждой на возвращение морально-этического здоровья нашим медицинским работникам. При составлении этого Кодекса были учтены новые идеи, появившиеся в предшествующие несколько десятилетий и оказавшие влияние на профессиональную этику медсестры. В первую очередь данный Кодекс отразил современные понятия о правах пациента, которые, в свою очередь, определяют обязанности медицинского работника.

Этический кодекс медицинской сестры России составлен на основе таких документов, как Устав Всемирной организации здравоохранения (1946 г.), Этический кодекс медицинских сестер Международного совета медицинских сестер (1973 г.), Кодекс профессиональной этики психиатра, принятый Российским обществом психиатров в 1993 г., и др. Согласно этим документами медсестры выступают не просто послушными исполнителями инструкций врача, а представителями самостоятельной профессии, обладающими навыками комплексного ухода за больными и располагающие должным объемом знаний в области психологии и психотерапии. По словам основоположницы сестринского дела Ф. Найтингейл,

«сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезней, техническую – для ухода за больными».

Практически любой из нас хотя бы 1 раз в жизни обращался за помощью в какое-либо лечебное учреждение, поэтому ни для кого не секрет, что впечатление о больнице или поликлинике зависит не только от качества предоставленных медицинских услуг, но и от того, как вас встретил персонал. Самый первый контакт пациента, в частности с медсестрой, имеет исключительное значение, поскольку определяет дальнейшие взаимоотношения сторон, наличие или отсутствие доверия, возникновение неприязни и т. д.

Деонтология (в переводе с греческого языка – «должное») – наука о проблемах нравственности и морали. В ее рамках рассматриваются такие вопросы, как ответственность за жизнь и здоровье больных, соблюдение врачебной тайны, взаимоотношения в медицинском сообществе и др.

И внешний вид (аккуратность, прическа, выражение лица), и внутренний настрой медицинской сестры должны вызывать у пациента чувство расположения, приязни, доверия. Медсестре ни в коем случае не следует обращаться к пациенту обезличенно «больной», поскольку это свидетельствует о ее полном безразличии. Для установления доверительных отношений между медсестрой и пациентом, необходимо дать ему почувствовать, что вас заботит его судьба и вы искренне хотите ему помочь. Только в такой ситуации может возникнуть та степень доверия, при которой медсестра может узнать все нужные сведения о пациенте, особенностях его характера, его мнение о собственном заболевании, больничных условиях, планах на будущее. Ведь именно эта информация, полученная в ходе прямого контакта, даст медсестре возможность постановки объективного сестринского диагноза. Однако медсестре необходимо помнить, что недопустимо переходить тонкую грань между доверительными отношениями и панибратством, следует всегда оставлять за собой ведущую роль. Медицинская сестра обязательно должна проявлять сочувствие к пациенту, способствовать установлению между ними эмпатии, но при этом не следует идентифицировать себя с больным. Обязательным условием для установления доверительных отношений является уверенность пациента в конфиденциальности бесед с медсестрой.

Обладая информацией об особенностях личности и характера пациента, его переживаниях, медсестра может тактично разъяснить больному не только его права, но и некоторые обязанности, подготовить его к предстоящим обследованиям и терапевтическим процедурам, рассказав о них в доступной форме. Нежелание больного проходить некоторые виды обследования или медицинских процедур не должно вызывать негативного отношения к нему со стороны медицинской сестры. Медсестры обязаны быть честными и правдивыми в общении с больным, но любые разговоры, касающиеся диагноза или особенностей его заболевания, не должны выходить за пределы, обозначенные врачом. Это же правило нужно соблюдать и во время бесед с родственниками пациента.

Взгляды врача и медсестры в отношении некоторых аспектов ухода за пациентом могут иногда несколько расходиться. Конечно, принципиальных разногласий возникать не должно, но тем не менее нужно предельно тактично обсудить возникшую проблему с врачом, поскольку достижение полного согласия существенно облегчает работу. Оговаривать подобные спорные ситуации с третьими лицами или сразу непосредственно с начальством не следует, поскольку это может спровоцировать развитие нездоровой обстановки внутри трудового коллектива. Несомненно, медицинская сестра имеет полное право отстаивать свою точку зрения, но при этом она должна быть готова признать и исправить собственные ошибки. Высокая требовательность к себе является одним из важнейших качеств любого профессионала, и медсестра не исключение.

Гуманизм профессии медицинского работника создает базис для защиты личного достоинства медсестры, обеспечения ее неприкосновенности, права на помощь во время исполнении профессиональных обязанностей.

В системе взаимоотношений «медсестра – больной» большое значение имеет индивидуальный стиль работы медицинской сестры. Основными качествами, которыми должна обладать хорошая медсестра, являются знание, умение, нежность, ласковость, сострадание, милосердие, безграничное терпение, ответственность и вежливость. К сожалению, в настоящее время не уделяется должного внимания определению и поощрению этих важных качеств. Огромные нагрузки на медсестру в ходе выполнения ею своих профессиональных обязанностей не всегда позволяют проявить нужные качества в должной степени. В идеале организация работы в лечебном учреждении должна быть такой, чтобы знания, навыки, компетентность и профессиональный рост ожидалось и соответственно вознаграждались. Любой человек, решивший посвятить свою жизнь медицине, должен понимать, что нет и не может быть таких обстоятельств, которые оправдывали бы любой неэтичный поступок.

Этический кодекс медицинской сестры России

Часть I. Общие Положения

Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры является гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры выступают комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать правовому обеспечению сестринской деятельности, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Часть II. Медицинская сестра и пациент

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь.

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры – оказывать в меру своей компетенции неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности – профессиональная компетентность.

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицин-

ская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав.

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного. Медицинская сестра в пределах своей компетенции ответственна за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

В 1930-е гг. в России впервые появились отряды ГСО (дословно – «Готов к санитарной обороне») для взрослого населения и БГСО (дословно – «Будь готов к санитарной обороне») для детей, были организованы санитарные дружины, санитарные посты, а все население централизованно обучалось элементарным навыкам ухода и оказанию неотложной помощи.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента.

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявление высокомерия, пренебрежительное отношение или унижительное обращение с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего – не навреди.

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Не навреди!». Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!» Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию.

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких в основном принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслу-

живающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что таковая причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказаться от него.

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры – в меру своей квалификации разъяснить пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников. Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента (или без согласия законного представителя некомпетентного пациента – ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну.

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже после того, как пациент умрет. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальности информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной.

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное отношение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной (поддерживающей жизнь) медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, т. е. преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента (даже по его просьбе), неэтична и недопустима. Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции умершего. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патолого-анатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса.

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в преумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра должна следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (детей, лиц с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациента в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Часть III. Медицинская сестра и ее профессия

Статья 11. Уважение к своей профессии.

Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены – неотъемлемые качества личности медицинской сестры. Медицинская сестра несет личную моральную ответственность за поддержание, внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг медицинской сестры – отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами. Медицинская сестра вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

В процессе общения с больным медсестра устанавливает с ним «лечебные» взаимоотношения, определяет отношение больного к лечению, начинает формировать у больного адекватную оценку своего состояния, вычленяет информацию, которая потребует дополнительного уточнения (о перенесенных заболеваниях, оперативных вмешательствах), выясняет характер взаимоотношений пациента с семьей.

Статья 12. Медицинская сестра и коллеги.

Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания, опыт, вклад в лечебный процесс. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии – оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры – помогать пациенту выполнять назначенную врачом программу лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции. Высокий профессионализм медицинской сестры – важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обя-

занностей осуждается медицинской этикой. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого – с вышестоящим руководством.

Статья 13. Медицинская сестра и сомнительная медицинская практика.

Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Медицинская сестра обязана знать правовые нормы, регулирующие сестринское дело, систему здравоохранения в общем и применение методов традиционной медицины (целительства) в частности. Медицинская сестра вправе обращаться за поддержкой в государственные органы здравоохранения, Ассоциацию медицинских сестер, предпринимая меры по защите интересов пациента от сомнительной медицинской практики.

Часть IV. Медицинская сестра и общество

Статья 14. Ответственность перед обществом.

Моральный долг медицинской сестры как члена медицинского сообщества – заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра должна активно участвовать в информировании и медико-социальном просвещении населения, помогающем пациентам сделать правильный выбор в их взаимоотношениях с государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения. Медицинская сестра в меру своей компетенции должна участвовать в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждать пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб. Ассоциация медицинских сестер, медицинское сообщество в целом должны способствовать привлечению медицинских сестер в районы страны, где медицинская помощь наименее развита, предусматривая стимулы для работы в таких районах.

Статья 15. Поддержание автономии и целостности сестринского дела.

Моральный долг медицинской сестры – способствовать развитию реформы сестринского дела в России. Медицинская сестра должна поддерживать, развивать автономию, независимость и целостность сестринского дела. Долг медицинской сестры – привлекать внимание общества и средств массовой информации к нуждам, достижениям и недостаткам сестринского дела. Медицинская сестра должна защищать общество от дезинформации или неправильной интерпретации сестринского дела. Самореклама несовместима с медицинской этикой. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, которые в данный момент проходят курс лечения.

Статья 16. Гарантии и защита законных прав медицинской сестры.

Гуманистическая роль медицинской сестры в обществе создает основу требований законной защиты личного достоинства сестры, физической неприкосновенности и права на помощь при исполнении ею профессиональных обязанностей как в мирное, так и в военное время. Уровень жизни медицинской сестры должен соответствовать статусу ее профессии. Размер гонорара, определяемого частнопрактикующей сестрой, должен быть соизмерим с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, степенью ее компетентности, особыми обстоятельствами в каждом конкретном случае. Безвозмездная помощь бедным пациентам этически одобряется. Ни медицинских работников вообще, ни кого-либо из медицинских сестер в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

Обеспечение условий профессиональной деятельности медицинской сестры должно соответствовать требованиям охраны труда. Медицинская сестра вправе рассчитывать на то, что Межрегиональная ассоциация медицинских сестер России окажет ей полноценную помощь по защите чести и достоинства (если ее доброе имя будет кем-либо необоснованно опорочено); своевременному получению квалифицированной категории в соответствии с достигнутым уровнем профессиональной подготовки; созданию и применению процедур страхования профессиональных ошибок, не связанных с небрежным или халатным исполнением профессиональных обязанностей; профессиональной переподготовке при невозможности выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья; своевременному получению льгот, предусмотренных законодательством Российской Федерации для медицинских работников.

Часть V. Действие этического кодекса медицинской сестры России, ответственность за его нарушения и порядок его пересмотра

Статья 17. Действие Этического кодекса.

Требования настоящего Кодекса обязательны для всех медицинских сестер России. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание на факультетах сестринского дела, в медицинских колледжах и училищах, должны ознакомить студентов с Этическим кодексом медицинской сестры России. Студенты по мере включения в профессиональную медицинскую деятельность обязаны усваивать и соблюдать принципы и нормы, содержащиеся в Кодексе. Врачи и медицинские сестры, ведущие преподавание, должны своим поведением показывать пример студентам.

Статья 18. Ответственность за нарушение Этического кодекса.

Ответственность за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России определяется Уставом Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России. За нарушение норм Кодекса к членам Ассоциации могут быть применены следующие взыскания:

- 1) замечание;
- 2) предупреждение о неполном профессиональном соответствии;
- 3) приостановление членства в Ассоциации на срок до 1 года;
- 4) исключение из членов Ассоциации с обязательным уведомлением об этом соответствующей аттестационной (лицензионной) комиссии.

Статья 19. Пересмотр и толкование Этического кодекса.

Право пересмотра Этического кодекса медицинской сестры России и толкование его отдельных положений принадлежит Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России. Рекомендации и предложения по изменению или усовершенствованию отдельных статей Кодекса принимаются к рассмотрению Президиумом названной Ассоциации и приобретают законную силу после утверждения этим органом Ассоциации.

Глава 3

Юридические аспекты деятельности медсестры

Юридическая ответственность медсестры

Кроме моральной ответственности медицинской сестры, которая представлена в Этическом кодексе медсестры, существуют и другие виды ответственности. Если во время выполнения своих профессиональных обязанностей медсестра допускает правонарушения, то в соответствии с действующим законодательством РФ она несет административную, гражданскую, имущественную и уголовную ответственность.

К ответственности может привести ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей. Для оценки качества работы медицинской сестры используются представленные ниже критерии.

Критерии оценки качества работы медицинской сестры:

- 1) отсутствие осложнений после выполнения медицинских манипуляций;
- 2) отсутствие нареканий от руководства и жалоб от пациентов и их родственников;
- 3) своевременное и качественное выполнение профессиональных обязанностей;
- 4) отсутствие замечаний в ходе плановых и экстренных проверок;
- 5) наличие коммуникативных связей с коллегами и клиентами.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ медицинская сестра ответственна за соблюдение условий трудового договора. Так, за выход на работу в состоянии алкогольного или наркотического опьянения работник подлежит увольнению в тот же день. При разглашении служебной или коммерческой тайны, а также информации о пациенте работодатель может расторгнуть трудовой договор.

Низкое качество выполнения профессиональных обязанностей может привести к административной и дисциплинарной ответственности медсестры. В соответствии со ст. 135 КЗоТа руководство медицинского учреждения может наложить на работников дисциплинарное взыскание (выговор, строгий выговор, перевод на менее оплачиваемую работу, понижение в должности на срок до 3 месяцев) или уволить. При наложении дисциплинарного взыскания учитываются тяжесть проступка, обстоятельства, в которых он был совершен, а также отношение работника к трудовым обязанностям до совершения проступка.

Медсестра может быть уволена руководством медицинского учреждения за несоответствие занимаемой должности (нарушение технологии выполнения манипуляций, несоблюдение санитарно-противоэпидемического режима).

В случае совершения преступления медсестра может привлекаться к уголовной ответственности. Преступлением является противоправное действие или бездействие, совершенные намеренно или случайно (по неосторожности). В большинстве случаев преступления в профессиональной медицинской деятельности не являются умышленными. Наиболее часто они связаны с непредвидением или недооценкой возможных последствий при выполнении каких-либо профессиональных действий (ст. 9 УК РФ). Если какие-либо действия или, наоборот, бездействие расценены как преступные, то они приводят к уголовной ответственности.

Действующий УК РФ не предусматривает специальных статей об ответственности медработников. Уголовная ответственность для медработников наступает в соответствии со статьями УК о неосторожном убийстве, неосторожном тяжком телесном повреждении, под-

вергании другого лица опасности ВИЧ-инфицирования, криминальном аборте, подмене или похищении ребенка, неоказании помощи больному (гл. 3 УК РФ). Все эти преступления характеризуются как преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности. Итак, рассмотрим основные случаи наступления уголовной ответственности.

Убийство по неосторожности может произойти при ошибочном введении пациенту сильнодействующих и ядовитых лекарств, неправильном расчете дозы и других подобных случаях. Если тяжелобольной пациент остался без постоянного наблюдения медсестры, что привело к летальному исходу, это также считается убийством по неосторожности. В тех случаях, когда невнимательное отношение к пациенту приводит к ухудшению его здоровья, медсестра также несет юридическую ответственность.

Преступлением является создание угрозы заражения или заражение ВИЧ, что может быть связано с активными действиями (например, использованием нестерильных инструментов) или бездействием (нарушением санитарно-противоэпидемического режима). Независимо от того, произошло заражение ВИЧ или нет, преступление считается совершенным.

Такое преступление, как подмена ребенка, может быть совершено только умышленно. В этом случае виновный осознает свои действия и имеет какой-либо мотив. Лицо, совершившее подмену ребенка, также привлекается к уголовной ответственности.

Существует и уголовная ответственность за неоказание помощи больному (ст. 128 УК РФ). Неоказание помощи больному заключается в бездействии, т. е. означает, что медработник не предпринял каких-либо действий для спасения человека или облегчения его состояния. Однако существует ряд обстоятельств, при которых неоказание помощи больному не приводит к уголовной ответственности. К ним относятся стихийные бедствия, отсутствие средств для оказания первой медицинской помощи, болезнь медицинского работника, наличие одновременно нескольких тяжелобольных, при условии, что помощь оказывалась одному из них.

Ст. 221 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за незаконное врачевание. Преступление связано с постановкой диагноза, выполнением медицинских манипуляций, назначением лечения лицом без соответствующего образования. Ответственность за преступление наступает независимо от наличия или отсутствия вредных последствий. Если в результате незаконного врачевания был причинен вред здоровью больного, то наступает ответственность и за преступление, направленное против личности.

При установлении ответственности за незаконное врачевание необходимо выявить факт получения вознаграждения (денег, ценных вещей, продуктов) за незаконное оказание медицинских услуг. К незаконному врачеванию относится медицинская деятельность медработника, не имеющего на него права (нет диплома о соответствующем образовании, сертификата или лицензии на осуществление конкретных видов деятельности). В том случае, если медицинский работник желает вести частную медицинскую деятельность, кроме вышеперечисленных документов, нужно получить разрешение местной администрации. Кроме того, частная медицинская практика согласовывается с профессиональными медицинскими ассоциациями.

В повседневной практике к медицинским сестрам часто обращаются с просьбой сделать инъекции. Медсестрам следует знать, что выполнение медицинских манипуляций на дому также является незаконной деятельностью. Кроме того, это может привести к серьезным последствиям. Если у больного во время введения препарата или после него разовьется тяжелая аллергическая реакция (анафилактический шок), то в домашних условиях медсестра не сможет оказать первую медицинскую помощь в полном объеме, что может привести к смерти больного.

Глава 4

Сестринский процесс

Сестринский процесс – системный, хорошо продуманный, целенаправленный план действий медсестры, учитывающий потребности пациента. После реализации плана необходимо обязательно провести оценку результатов.

Стандартная модель сестринского процесса состоит из пяти этапов:

- 1) медсестринского обследования пациента, определения состояния его здоровья;
- 2) постановки медсестринского диагноза;
- 3) планирования действий медицинской сестры (медсестринских манипуляций);
- 4) реализации (осуществления) сестринского плана;
- 5) оценки качества и эффективности действий медсестры.

Преимущества сестринского процесса:

- 1) универсальность метода;
- 2) обеспечение системного и индивидуального подхода к проведению сестринского ухода;
- 3) широкое применение стандартов профессиональной деятельности;
- 4) обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи, высокого профессионализма медицинской сестры, безопасность и надежность медицинского обслуживания;
- 5) в уходе за больным, кроме медицинских работников, принимают участие сам больной и члены его семьи.

Обследование пациента

Целью этого метода является сбор информации о больном. Ее получают путем субъективного, объективного и дополнительных способов обследования.

Субъективное обследование заключается в опросе пациента, его родственников, ознакомлении с его медицинской документацией (выписками, справками, медицинской картой амбулаторного больного).

Для получения полной информации при общении с пациентом медсестра должна придерживаться следующих принципов:

- 1) вопросы должны быть подготовлены заранее, что облегчает общение медсестры и пациента, позволяет не пропустить важные детали;
- 2) необходимо внимательно выслушивать пациента, доброжелательно относиться к нему;
- 3) больной должен чувствовать интерес медсестры к своим проблемам, жалобам, переживаниям;
- 4) полезно кратковременное молчаливое наблюдение за пациентом перед началом опроса, что дает возможность больному собраться с мыслями, привыкнуть к окружающей обстановке. Медработник в это время может составить общее представление о состоянии больного;
- 5) во время беседы рекомендуется вести короткие записи, чтобы не забыть в последующем важную информацию.

Во время опроса медсестра выясняет жалобы больного, анамнез заболевания (когда началось, с каких симптомов, как изменялось состояние больного по мере развития заболевания, какие лекарственные препараты принимались), анамнез жизни (перенесенные

болезни, особенности быта, питания, наличие вредных привычек, аллергических или хронических заболеваний).

При *объективном* обследовании проводят оценку внешнего вида больного (выражение лица, положение в кровати или на стуле и др.), исследование органов и систем, определяют функциональные показатели (температуру тела, артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхательных движений (ЧДД), рост, массу тела, жизненную емкость легких (ЖЕЛ) и т. д.).

Законодательством Российской Федерации запрещено проведение аборт в лечебном учреждении. Если искусственное прерывание беременности произведено вне специализированного медицинского учреждения или лицом со средним медицинским образованием, то на основании ч. 2 ст. 116 Уголовного кодекса РФ выполнивший аборт привлекается к уголовной ответственности.

План объективного обследования пациента:

1) внешний осмотр (охарактеризовать общее состояние больного, внешний вид, выражение лица, сознание, положение больного в постели (активное, пассивное, вынужденное), подвижность пациента, состояние кожи и слизистых оболочек (сухость, влажность, цвет), наличие отеков (общих, местных));

2) измерить рост и массу тела больного;

3) подсчитать частоту дыхательных движений, определить ритм и глубину дыхания, выявить наличие патологического дыхания;

4) подсчитать частоту пульса, определить его качество;

5) измерить АД на обеих руках;

6) при наличии отеков определить суточный диурез и водный баланс;

7) зафиксировать основные симптомы, характеризующие состояние:

а) органов дыхательной системы (кашель, выделение мокроты, кровохарканье);

б) органов сердечно-сосудистой системы (боль в области сердца, изменения пульса и АД);

в) органов желудочно-кишечного тракта (состояние ротовой полости, нарушение пищеварения, осмотр рвотных масс, кала);

г) органов мочевыделительной системы (наличие почечной колики, изменение внешнего вида и количества выделенной мочи);

8) выяснить состояние мест возможного парентерального введения лекарственных средств (локтевого сгиба, ягодиц);

9) определить психологическое состояние больного (адекватность, общительность, открытость). *Дополнительные способы обследования* включают лабораторные, инструментальные, рентгенологические, эндоскопические методы и УЗИ. Обязательным является проведение таких дополнительных исследований, как:

1) клинический анализ крови;

2) анализ крови на сифилис;

3) анализ крови на глюкозу;

4) клинический анализ мочи;

5) анализ кала на яйца гельминтов;

6) ЭКГ;

7) флюорография.

Конечной ступенью первого этапа медсестринского процесса является документирование полученной информации и получение базы данных о пациенте, которые записываются в сестринскую историю болезни соответствующей формы. История болезни юридически

документирует самостоятельную профессиональную деятельность медсестры в пределах ее компетенции.

Постановка сестринского диагноза

На этом этапе выявляются физиологические, психологические и социальные проблемы пациента, как актуальные, так и потенциальные, приоритетные проблемы и производится постановка сестринского диагноза.

План изучения проблем пациента:

- 1) определить актуальные (имеющиеся в наличии) и потенциальные проблемы пациента;
- 2) выявить факторы, вызвавшие возникновение актуальных проблем или способствовавшие появлению потенциальных проблем;
- 3) определить сильные стороны пациента, которые помогут решению актуальных и предотвращению потенциальных проблем.

Так как в подавляющем большинстве случаев у пациентов выявляется несколько актуальных проблем, связанных со здоровьем, то для их решения и успешной помощи пациенту необходимо выяснить приоритет той или иной проблемы. Приоритет проблемы может быть первичным, вторичным и промежуточным.

Первичный приоритет имеет проблема, требующая экстренного или первоочередного решения.

Промежуточный приоритет связан с состоянием здоровья пациента, не угрожающим его жизни и не является первоочередным. *Вторичный приоритет* имеют проблемы, не соответствующие с конкретным заболеванием и не влияющие на его прогноз.

Следующей задачей является формулирование сестринского диагноза.

Целью сестринской диагностики является не диагностика заболевания, а выявление реакций организма больного на заболевание (боль, слабость, кашель, гипертермия и т. д.). Сестринский диагноз (в отличие от врачебного) постоянно меняется в зависимости от смены реакции организма пациента на болезнь. Одновременно один и тот же сестринский диагноз может ставиться при различных заболеваниях различным больным.

Планирование сестринского процесса

Составление плана медицинских мероприятий преследует определенные цели, а именно:

- 1) координирует работу сестринской бригады;
- 2) обеспечивает очередность мероприятий по уходу за больным;
- 3) помогает поддерживать связь с другими медицинскими службами и специалистами;
- 4) помогает определить экономические траты (так как в нем указываются материалы и оборудование, необходимые для выполнения мероприятий по сестринскому уходу);
- 5) юридически документирует качество оказания сестринской помощи;
- 6) помогает в последующем оценить результаты проведенных мероприятий.

Цели сестринских мероприятий – предотвращение рецидивов, осложнений заболевания, профилактика заболеваний, реабилитация, социальная адаптация больного и т. д.

Этот этап сестринского процесса состоит из четырех стадий:

- 1) выявления приоритетов, определения порядка решения проблем пациента;
- 2) разработки ожидаемых результатов. Результат – это эффект, которого хотят достичь медсестра и пациент в совместной деятельности. Ожидаемые результаты являются следствием выполнения следующих задач сестринского ухода:
 - а) решения проблем пациента, связанных со здоровьем;
 - б) снижения остроты проблем, устранить которые невозможно;

в) предотвращения развития потенциально возможных проблем;
г) оптимизации возможности пациента в плане самопомощи или помощи со стороны родственников и близких людей;

3) разработки сестринских мероприятий. Конкретно определяется, каким образом медсестра поможет пациенту достичь ожидаемых результатов. Из всех возможных мероприятий выбираются те, которые помогут достигнуть поставленной цели. Если существуют несколько видов эффективных способов, пациенту предлагают самому сделать выбор. Для каждого из них должны быть определены место, время и способ выполнения. 4) внесения плана в документацию и обсуждения его с другими членами сестринской бригады. Каждый план сестринских мероприятий должен иметь дату составления и заверяться подписью лица, составившего документ. Важным компонентом сестринских мероприятий является выполнение назначений врача. Необходимо, чтобы сестринские мероприятия согласовались с терапевтическими решениями, основывались на научных принципах, являлись индивидуальными для конкретного больного, использовали возможность обучения пациента и позволяли ему принимать активное участие.

На основании ст. 39 Основ законодательства об охране здоровья граждан медицинские работники должны оказывать первую медицинскую помощь всем нуждающимся в ней в медицинских учреждениях и на дому, на улице и в общественных местах.

Выполнение сестринского плана

В зависимости от участия врача сестринские мероприятия подразделяются на:

1) *независимые мероприятия* – действия медсестры по собственной инициативе без указаний врача (обучение пациента навыкам самообследования, членов семьи – правилам ухода за пациентом);

2) *зависимые мероприятия*, выполняющие на основе письменных распоряжений врача и под его наблюдением (выполнение инъекций, подготовка пациента к различным диагностическим обследованиям). Согласно современным представлениям медсестра не должна выполнять назначения врача автоматически, должна продумывать свои действия, а при необходимости (в случае несогласия с врачебным назначением) консультироваться у врача и обращая его внимание на нецелесообразность сомнительного назначения;

3) *взаимозависимые мероприятия*, предусматривающие совместные действия медсестры, врача и других специалистов.

Помощь, оказываемая пациенту, может быть:

1) *временной*, рассчитанной на короткое время, которая оказывается при неспособности пациента к самообслуживанию, самостоятельному уходу за собой, например после операций, травм;

2) *постоянной*, необходимой в течение всей жизни пациента (при тяжелых травмах, параличах, при ампутации конечностей);

3) *реабилитирующей*. Это сочетание лечебной физкультуры, лечебного массажа и дыхательной гимнастики.

Реализация плана сестринских мероприятий осуществляется в три стадии, включающие:

1) подготовку (пересмотр) сестринских мероприятий, установленных во время этапа планирования; анализ сестринских знаний, умений, навыков, определение возможных осложнений, которые могут возникнуть во время выполнения сестринских манипуляций; обеспечение необходимыми ресурсами; подготовку оборудования – *I стадия*;

2) выполнение мероприятий – *II стадия*;

3) заполнение документации (полное и точное занесение выполненных действий в соответствующую форму) – *III стадия*.

Оценка результатов

Цель этого этапа – оценка качества оказанной помощи, ее эффективности, полученных результатов и подведение итогов. Оценка качества и эффективности сестринской помощи производится пациентом, его родственниками, самой медсестрой, выполнявшей сестринские мероприятия, и руководством (старшей и главной медсестрами). Результат выполнения этого этапа – выявление положительных и отрицательных сторон в профессиональной деятельности медсестры, пересмотр и коррекция плана мероприятий.

Сестринская история болезни

Вся деятельность медсестры в отношении пациента протоколируется в сестринской истории болезни. В настоящее время этот документ применяется еще не во всех лечебно-профилактических учреждениях, но по мере реформирования сестринского дела в России приобретает все большее применение.

Сестринская история болезни включает следующее:

1. Данные о пациенте:

- 1) дата и время госпитализации;
- 2) отделение, палата;
- 3) Ф. И. О;
- 4) возраст, дата рождения;
- 5) пол;
- 6) адрес;
- 7) место работы;
- 8) профессия;
- 9) семейное положение;
- 10) кем направлен;
- 11) лечебный диагноз;
- 12) наличие аллергических реакций.

2. Сестринское обследование:

- 1) субъективное обследование:
 - а) жалобы;
 - б) анамнез болезни;
 - в) анамнез жизни;
- 2) объективное обследование;
- 3) данные дополнительных методов исследования.

3. Сестринский диагноз:

- 1) актуальные проблемы;
- 2) потенциальные проблемы.

Вариант составления плана медицинских мероприятий представлен в таблице 1.

Таблица 1

Приблизительный план сестринских мероприятий

Дата	Проблема пациента	Цель (ожидаемый результат)
1	2	3
10.05.10	Актуальная проблема: страх перед приступом острой боли стенокардии	1. Кратковременная цель — подготовка пациента к неожиданному приступу стенокардии

Действия медсестры

1. Провести беседу с пациентом, выяснить уровень знаний об имеющемся заболевании
2. Объяснить больному суть заболевания, причины возникновения боли
3. Перечислить предвестники приступа, научить пациента, как себя вести, что делать для уменьшения интенсивности боли
4. Посоветовать принимать отвары или настойки успокоительных трав
5. Посоветовать пациенту постоянно иметь при себе нитроглицерин, научить, как его принимать, объяснить, что во время приема нитроглицерина может возникнуть головная боль
6. Выполнять все рекомендации врача
7. Объяснить родственникам, что больному требуется избегать стрессов, необходимо создать спокойную атмосферу

Периодичность, кратность, частота оценки	Конечная дата достижения цели	Итоговая оценка эффективности ухода
5	6	7
Каждый день в течение всего пребывания больного в стационаре	15.05.10	Более оптимистичное отношение пациента к своему заболеванию

Дата	Проблема пациента	Цель (ожидаемый результат)
1	2	3
		2. Долговременная цель — убедить пациента вести здоровый образ жизни, проводить профилактическое лечение

Действия медсестры

1. Провести беседу с пациентом о вреде курения и приема алкоголя. Объяснить механизм действия алкоголя и никотина на сердечно-сосудистую систему
2. Научить больного правильной организации труда и отдыха
3. Привести пример комплекса лечебной физкультуры (ЛФК)

Периодичность, кратность, частота оценки	Конечная дата достижения цели	Итоговая оценка эффективности ухода
5	6	7
Каждый день до выписки из стационара	16.05.10	Пациент старается бросить курить, ходит на занятия ЛФК. Приступов стенокардии не было

Часть II

Организация работы лечебно-профилактического учреждения

Лечебно-профилактические учреждения – это медицинские учреждения различных форм собственности, оказывающие лечебно-профилактическую помощь населению.

Лечебно-профилактическая помощь – государственная система всеобщего обеспечения населения всеми видами квалифицированной медицинской помощи, включающая полный комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

В последние десятилетия отмечается заметное ухудшение состояния здоровья населения нашей страны: неуклонно растет уровень заболеваемости и смертности, уменьшается средняя продолжительность жизни на фоне падения уровня рождаемости. Население стареет, нарастает демографический кризис, что во многом обусловлено сложной экономической ситуацией. Положение усугубляется практически неконтролируемым притоком мигрантов из сопредельных государств, поскольку эти люди не состоят на учете в медицинских учреждениях и нередко являются носителями опасных инфекций. Тем не менее в любых условиях медицинские работники должны максимально использовать все свои знания и навыки для оказания населению квалифицированной медицинской помощи.

Глава 1

Типы лечебно-профилактических учреждений

В зависимости от вида оказываемой лечебно-профилактической помощи лечебно-профилактические учреждения делятся на амбулаторно-поликлинические, стационарные и санаторно-курортные. Отдельно выделяются следующие учреждения:

- 1) станции скорой помощи, больницы или отделения скорой и неотложной помощи;
- 2) специализированные медицинские учреждения для оказания акушерско-гинекологической помощи, к которым относятся женские консультации, родильные дома, родильные и специализированные гинекологические отделения и стационары;
- 3) медицинско-педиатрические учреждения (детские поликлиники и больницы);
- 4) санаторные и санаторно-профилактические учреждения.

Существующая номенклатура лечебно-профилактических учреждений включает также учреждения особого типа (лепрозорий) и станции переливания крови.

Основные принципы организации медицинской помощи

Общие принципы организации лечебно-профилактической помощи одинаковы как в городах, так и в сельской местности, но отдельные географические и экономические особенности конкретных районов вносят свои коррективы в организацию квалифицированной медицинской помощи населению.

Оказание медицинской помощи населению осуществляется амбулаторно-поликлиническими, больничными и санаторно-курортными учреждениями, а также учреждениями скорой и неотложной помощи, охраны материнства и детства и др. Медицинская помощь может оказываться как по месту жительства, в амбулаториях, поликлиниках и больницах, так и непосредственно по месту трудовой деятельности, в лечебных подразделениях организаций, к которым относятся медико-санитарные части и здравпункты. Организация медицинской помощи осуществляется по территориальному и участковому принципу.

В структуре организации медицинской помощи сотрудникам промышленных предприятий, строительства и транспорта основным учреждением выступает медико-санитарная часть, представляющая собой комплекс, включающий поликлинику, стационар, а также здравпункты, расположенные непосредственно на территории предприятия. Отдельным звеном данного комплекса являются санаторно-профилакторные учреждения.

В условиях сельской местности основной особенностью оказания медицинской помощи выступает ее этапность. На первом этапе помощь оказывается в условиях сельского врачебного участка – в самостоятельной врачебной амбулатории, фельдшерско-акушерском пункте, детских яслях-садах и фельдшерских пунктах местных предприятий. Второй этап включает медицинские учреждения, организованные в районных центрах. Основным учреждением данного уровня является центральная районная больница, где имеется возможность оказания основных видов специализированной медпомощи. Третий этап – это оказание любых видов специализированной помощи в областных (краевых, республиканских) лечебных и профилактических учреждениях. Определенная часть населения сельской местности имеет возможность получать медицинскую помощь (в том числе и стационарную) в лечебно-профилактических учреждениях ближайших городов.

Существуют передвижные врачебные амбулатории, клиническо-диагностические лаборатории, флюорографические установки, стоматологические кабинеты и целые железнодорожные составы,

включающие ряд отделений для оказания специализированной помощи населению отдаленных районов.

Лечебно-профилактическая помощь в медицинских учреждениях амбулаторно-поликлинического типа

Внебольничная помощь городскому населению оказывается в районных поликлиниках и отделениях диспансеров. Поликлиники – это многопрофильные лечебно-профилактические учреждения амбулаторного типа. Диспансеры – это профильные лечебно-профилактические учреждения, в которых осуществляются лечение и наблюдение за пациентами с определенными группами заболеваний.

Жителям сельской местности медицинская помощь оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах (средним медицинским персоналом), амбулаториях и поликлинических отделениях районных, областных и республиканских больниц.

Лечебные учреждения амбулаторно-поликлинического типа предоставляют медицинскую помощь тем категориям пациентов, чье состояние здоровья не требует экстренной или плановой госпитализации. Таких больных обследуют и лечат на приеме, а при необходимости обеспечивают соответствующим объемом квалифицированной помощи на дому. Осмотр, постановка диагноза и назначение комплекса лечебных мероприятий в данном случае проводятся участковым врачом. Учреждениями амбулаторно-поликлинического типа в числе прочего осуществляется также диспансеризация населения.

Понятие диспансеризации подразумевает активное наблюдение медицинского персонала данных учреждений за состоянием здоровья определенных групп населения, состоящих на учете.

В данный момент широко распространены профильные консультативно-диагностические центры, организованные на базе ряда медицинских и научно-исследовательских институтов и крупных многопрофильных больниц. Они предназначены для амбулаторного обследования и лечения больных различного профиля.

Лечебно-профилактическая помощь в медицинских учреждениях стационарного типа

Стационарная медицинская помощь оказывается в специализированных учреждениях стационарного типа, главным образом при состояниях, требующих комплексной диагностики и лечебных мероприятий, использования специального оборудования, серьезных хирургических вмешательств, постоянного контроля со стороны медицинского персонала и интенсивного ухода.

Стационарная медицинская помощь предоставляется пациентам, чье состояние здоровья требует постоянного наблюдения и использования не осуществимых в условиях поликлиники методов диагностики и терапевтического или хирургического лечения. Стационарное лечение осуществляется в участковых, районных, городских, областных и республиканских больницах, военных медико-санитарных частях, госпиталях, стационарных отделениях диспансеров, а также в клиниках при учебных и научно-исследовательских медицинских институтах. Необходимость госпитализации пациента в стационар определяется участковым врачом амбулатории или поликлиники, а при развитии у больного неотложных состояний – врачом скорой помощи или приемного отделения стационара.

Лечебно-профилактическая помощь в медицинских учреждениях санаторно-курортного типа

Санаторий – это тип лечебно-профилактического учреждения, в котором для терапевтического лечения тех или иных заболеваний и общего укрепления организма используются преимущественно природные факторы и условия в сочетании с физиотерапией, лечебным и диетическим питанием и лечебной физкультурой. Санатории организуются в курортных зонах и пригородных районах с максимально благоприятными природными условиями. Для работников крупных промышленных предприятий открываются специальные санатории-профилактории. Имеются санатории для детей, взрослых и родителей с детьми. Данные лечебно-профилактические учреждения могут подразделяться по медицинскому профилю. Существуют специальные санатории для больных туберкулезом, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, дыхания, нервной системы и т. д. Санатории могут быть одно- или многопрофильными.

В санаторий нельзя направлять женщин с патологией беременности независимо от срока, с нормально протекающей беременностью на сроках более 26 недель, кормящих матерей и людей с инфекционными заболеваниями

Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям

Система оказания лечебно-профилактической помощи детям, принятая в Российской Федерации, состоит из трех тесно взаимосвязанных звеньев – детской поликлиники, детской больницы, детского санатория.

Кроме того, необходимая медицинская помощь оказывается пациентам детского возраста в специализированных отделениях стационаров и поликлиник для взрослых, родильных домах, консультативно-диагностических центрах и т. д.

Определенный объем медицинской помощи, в основном профилактической, оказывается детям в медицинских кабинетах, организованных при детских садах-яслях, домах ребенка, общеобразовательных учреждениях и детских оздоровительных лагерях.

Детская больница представляет собой лечебно-профилактическое учреждение для пациентов в возрасте до 14 лет включительно, состояние здоровья которых требует постоянного контроля со стороны врача, интенсивной терапии или специализированной, например хирургической, помощи. Такие больницы делятся на многопрофильные и специализированные, а по системе общей организации они могут быть объединенными с поликлиникой и необъединенными.

Главной задачей современной детской больницы является полное восстановление здоровья заболевшего ребенка. Помощь подразумевает четыре основных этапа – диагностику заболевания, принятие неотложных терапевтических мер, основной курс лечения и реабилитацию, в том числе и необходимую социальную помощь.

Глава 2

Санитарно-противоэпидемиологический режим в лечебно-профилактических учреждениях

Санитарно-противоэпидемиологическим режимом называется комплекс организационных, санитарно-профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, целью проведения которых является предотвращение возникновения и распространения внутрибольничной инфекции. Он регламентируется рядом нормативных документов, основными из которых являются Приказ МЗ СССР № 770 от 10.06.1985 г. «О введении в действие ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства, режимы»» и Приказ МЗ СССР № 408 от 12.07.1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».

ОСТ 42-21-2-85 определяет режимы дезинфекции и стерилизации инструментов, перевязочного материала, операционного белья. Приказ № 408 регламентирует методы обработки медицинского инструментария и предметов, используемых в повседневной практике лечебно-профилактических учреждений.

Полная обработка изделий медицинского назначения включает несколько этапов – дезинфекцию, предстерилизационную обработку и стерилизацию.

Дезинфекция

Дезинфекция – это мероприятия, направленные на уничтожение возбудителей заболеваний в окружающей среде. Дезинфекционной обработке в лечебно-профилактических учреждениях подлежат все предметы, имеющие непосредственный контакт с раневыми поверхностями, кровью, выделениями больных. Дезинфекции подвергаются все предметы, используемые в уходе за пациентами (грелки, термометры, посуда и др.). Загрязненный медицинский инструментарий и перчатки помещают в емкость с дезинфицирующим раствором на 1 ч, после чего промывают водой до полного исчезновения запаха хлора. Используют 5 %-ный раствор хлорамина для дезинфекции одноразового инструментария, 3 %-ный раствор хлорамина – для обработки инструментов, перчаток, использованной ветоши; 1 %-ный – для обработки поверхностей, термометров, мытья полов, кушеток; 0,5 %-ный – для обработки рук. Кроме того, для дезинфекции можно применять кипячение. Для дезинфекционной обработки помещений осуществляют влажную уборку с обеззараживающими растворами и фильтрацию воздуха.

Виды дезинфекции

Профилактическая дезинфекция выполняется, если источники инфекции не обнаружены, но допускается их наличие. Целью данного вида дезинфекции является снижение обсемененности инструментария, предметов обстановки и помещений и уменьшение вероятности заражения пациентов. Профилактическая дезинфекция проводится постоянно или периодически.

Текущая дезинфекция в лечебно-профилактических учреждениях применяется постоянно, заключительная дезинфекция – после выписки или смерти пациента.

Методы дезинфекции

К методам дезинфекции относят:

- 1) механический;
- 2) физический;
- 3) химический.

Механические методы дезинфекции предполагают вытряхивание предметов обстановки (ковров), чистку пылесосом, стирку и мытье, а также проветривание помещений, где находится больной, и фильтрацию воды. Целью механической дезинфекции является снижение количества микроорганизмов на обрабатываемых объектах.

Физические методы дезинфекции предполагают ликвидацию микроорганизмов путем воздействия на них физическими методами, такими как прокалывание, обжигание, кипячение, обдувание сухим горячим воздухом, воздействие солнечным светом, радиацией и т. д. Физические методы дезинфекционной обработки можно комбинировать с химическими в специальных камерах.

Химические методы дезинфекции осуществляются посредством воздействия на микроорганизмы химическими веществами, обладающими бактерицидным, спороцидным, вирулецидным и фунгицидным эффектом. Наиболее часто для химической дезинфекции применяются хлорсодержащие препараты, фенолы, формалин, перекись водорода и спирты.

Предстерилизационная обработка

Предстерилизационной очистке подлежат все предметы медицинского назначения непосредственно перед их стерилизацией. Данный вид обработки проводится с целью удаления с изделий белковых и жировых загрязнений и лекарственных средств. Все изделия, состоящие из нескольких деталей и подлежащие разборке, должны обрабатываться в разобранном виде. При проведении предстерилизационной обработки медицинский инструментарий и перчатки помещают в моющий раствор, нагретый до 50 °С (33 %-ный раствор перекиси водорода – 14 г, моющее средство – 5 г, дистиллированная вода – 981 г) на 15 мин. Каждый предмет в течение 20 с промывают в моющем растворе, затем в течение 10 мин ополаскивают под струей проточной воды. По окончании данного этапа очистки ставятся контрольные пробы на определение наличия остатков щелочи (фенолфталеиновая) и белковых загрязнений (азопирамовая).

Предстерилизационная обработка осуществляется ручным или механизированным способом. Если контрольные пробы положительные, то необходимо полностью повторить весь этап обработки, при этом повторно обрабатывается вся партия мединструментов. После проведения предстерилизационной обработки все предметы подлежат просушке при комнатной температуре до исчезновения влаги.

Стерилизация

Стерилизация – это полное уничтожение микроорганизмов, их вегетативных форм с медицинского инструментария и предметов медицинского назначения.

Стерилизации подлежат все предметы, контактировавшие с раневой поверхностью, загрязненные кровью или инъекционными формами лекарственных препаратов, а также инструменты, которые при использовании могут повредить целостность слизистых оболочек

Методы стерилизации

Методы стерилизации включают:

- 1) физический (паровой, воздушный, радиационный;

2) химический (стерилизующие растворы и газы). К воздушному методу стерилизации относится обработка инструментов в сухожаровых шкафах. В стандартном воздушном стерилизаторе инструмент должен находиться 1 ч при температуре 180 °С.

Паровой метод стерилизации предполагает автоклавирование. Используются два режима:

- 1) температура пара 120 °С, давление 1,1 атм на протяжении 45 мин;
- 2) температура пара 132 °С, давление 2 атм в течение 20 мин.

Мягкий инвентарь, металлические и стеклянные изделия для стерилизации помещают в металлические биксы или двухслойные мешки из плотной ткани и осуществляют автоклавирование при температуре 132 °С, давлении 2 атм в течение 20 мин.

Изделия из резины стерилизуют в тех же упаковках, но при другом температурном режиме – 120 °С и давлении 1,1 атм на протяжении 45 мин. На биксах отмечают дату и время проведения стерилизации. При подготовке предметов медицинского назначения к стерилизации в упаковку закладывается термовременная лента «Винар». При соблюдении определенного режима стерилизации она меняет свой цвет. Соответствие цвета индикаторной ленты шкале для сравнения возможно только при строгом соблюдении режима стерилизации. В специальном журнале учета стерилизации фиксируется время начала и окончания процесса стерилизации и наклеивается фрагмент изменившей цвет винар-ленты.

Радиационный метод стерилизации (γ-излучение) используется в заводских условиях.

Для проведения стерилизации химическим методом чаще всего применяют 6 %-ный раствор перекиси водорода. При комнатной температуре раствора время стерилизации составляет 6 ч, при нагревании раствора перекиси водорода до 50 °С время стерилизации сокращается до 3 ч.

Стерилизация газовым методом (окисью этилена, парами формальдегида) проводится обычно в заводских условиях для обработки одноразовых инструментов и изделий медицинского назначения (шприцев, шовного материала и др.).

Глава 3

Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях

Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях предусматривает создание оптимальных условий для выздоровления пациента. В лечебно-охранительный режим входит определенная организация дня пациента – расписание выполнения лечебно-диагностических мероприятий, режим питания, сна, общения с посетителями и др. Кроме того, лечебно-охранительный режим включает создание у пациента определенного психологического настроения на выздоровление, улучшение состояния, преодоление проблем со здоровьем. Поэтому персоналу рекомендуется проявлять доброжелательность к пациентам, разговаривать спокойным негромким голосом, соблюдать по возможности установленный для них режим дня. Пациентов, страдающих тяжелыми заболеваниями или находящихся на строгом постельном или постельном режиме, рекомендуется помещать в отдельные палаты или отгораживать ширмой на время проведения гигиенических мероприятий и физиологических отправок. Это необходимо для комфортного самочувствия самого пациента и окружающих его людей.

Для соблюдения тишины персоналу медицинского учреждения рекомендуется носить бесшумную обувь. Не следует включать громкую музыку, кричать, выяснять отношения в присутствии пациента.

Комфортные и уютные палаты помогают адаптироваться пациентам к больничным условиям, создают благоприятный психологический фон. При отделке помещений в лечебно-профилактических учреждениях следует использовать экологичные материалы теплых цветов. Это также положительно влияет на психологическое состояние пациента.

В зависимости от состояния больного ему могут быть назначены различные виды режима – общий, полупостельный, постельный, строгий постельный.

Строгий постельный режим рекомендован для обеспечения пациенту максимального покоя. При нем больной постоянно находится либо в горизонтальном положении на спине, либо в полусидячем положении с приподнятым изголовьем кровати. Пациенту, которому назначен строгий постельный режим, не позволяется самостоятельно менять положение тела и осуществлять движения в крупных суставах. Такой пациент нуждается в полном уходе (все гигиенические процедуры, кормление, помощь при физиологических отправлениях осуществляет медсестра).

Постельный режим показан, когда состояние здоровья пациента позволяет немного активизировать его движения. Основную часть времени такой больной проводит в горизонтальном или сидячем положении с приподнятым изголовьем. При этом ему позволяется выполнять движения конечностями, поворачиваться в постели, а также самостоятельно умываться и есть. Тем не менее пациенту необходимо помогать во время приема пищи, подавать судно, менять постельное и нательное белье и многое другое.

Палатный (полупостельный) режим рекомендован при необходимости постепенного увеличения двигательной активности. Пациенту, находящемуся на палатном режиме, разрешается половину дневного времени находиться в сидячем положении, несколько раз в день можно прохаживаться по палате.

Свободный (общий) режим показан при необходимости увеличить физическую нагрузку. При данном режиме большую часть времени пациент проводит вне постели, выхо-

дит за пределы палаты, допускаются прогулки на свежем воздухе. Однако тихий час пациент проводит, непременно лежа в постели.

В лечебно-профилактических учреждениях санаторного типа существуют три разновидности общего режима.

Щадящий режим по уровню физических нагрузок соответствует общему режиму в стационаре. Пациентам разрешаются прогулки на территории санатория, но определенная часть дневного времени должна проводиться в сидячем положении и относительном покое.

Щадяще-тренирующий режим предполагает участие пациента в экскурсиях и массовых культурных мероприятиях, ему разрешаются более длительные прогулки в окрестностях санатория.

Тренирующий режим допускает значительно более длительные прогулки и активное участие в любых мероприятиях.

Часть III

Медицинские манипуляции в сестринском деле

Глава 1

Техника проведения основных медицинских манипуляций

Психологическая подготовка пациента к манипуляции

Последовательность подготовки пациента к манипуляции выглядит так:

- 1) нужно поздороваться с пациентом доброжелательно и с улыбкой, назвать свою должность и имя-отчество;
- 2) следует объяснить пациенту суть и ход предстоящей манипуляции, необходимость ее выполнения;
- 3) требуется получить согласие пациента на выполнение манипуляции;

Гигиеническая обработка рук медперсонала

При гигиенической обработке рук сотрудник из числа медперсонала должен:

- 1) взять ножницы, лейкопластырь, ватные тампоны, антисептик для обработки рук, жидкое мыло или одноразовые фасовки твердого мыла, индивидуальное полотенце, перчатки;
- 2) снять с рук браслеты, кольца и другие украшения;
- 3) снять лаковое покрытие с ногтей, убедиться в отсутствии микротравм на кистях рук (при наличии заклеить их лейкопластырем);
- 4) коротко подстричь ногти на руках;
- 5) протереть руки ватным тампоном, смоченным в антисептике;
- 6) намочить руки под струей проточной воды и намылить их;
- 7) потереть ладони друг об друга;
- 8) потереть левой ладонью по тыльной стороне правой кисти, и наоборот;
- 9) потереть ладони между собой с перекрещенными разведенными пальцами;
- 10) обхватить левой кистью первый палец правой руки и тереть его круговыми движениями, повторить манипуляцию на другой руке;
- 11) потереть кончиками пальцев одной руки круговыми движениями ладонь другой, повторить манипуляцию на другой руке;
- 12) смывать мыло с рук проточной водой так, чтобы вода по кистям стекала в направлении от пальцев к запястьям;
- 13) высушить руки индивидуальным полотенцем.

Пациент является ключевой фигурой в сестринском процессе, поэтому при выполнении своих профессиональных обязанностей медсестра превыше всего ставит его интересы и потребности, а все ее усилия направляются на решение его существующих и потенциальных проблем со здоровьем.

Гигиеническая ванна

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) проверить состояние ванной комнаты и ванны;
- 2) взять щетку для мойки ванны, 0,5 %-ный раствор хлорной извести или 1 %-ный раствор хлорамина, полотенце, мыло, шампунь, губку, деревянную подставку, водный термометр;
- 3) вымыть ванну щеткой с мылом и продезинфицировать ее дезраствором (двойным протиранием с интервалом в 15 мин), ополоснуть ванну горячей водой;
- 4) психологически подготовить пациента к выполнению манипуляции;
- 5) наполнить ванну холодной, а затем горячей водой в расчете на объем тела больного;
- 6) проконтролировать температуру воды (36–40 °С) водным термометром;
- 7) раздеть пациента в ванной комнате, помочь ему удобно разместиться в ванне, подложив под ноги деревянную подставку;
- 8) следить за пульсом, дыханием, цветом кожных покровов, общим состоянием больного;
- 9) вымыть пациента губкой с мылом в последовательности: голова, туловище, конечности, паховые складки, промежность, ноги;
- 10) помочь пациенту выйти из ванны и обтереться согретым полотенцем;
- 11) помочь пациенту одеться в чистое белье, халат, тапочки;
- 12) сделать пометку о проведении гигиенической ванны в температурном листке.

Гигиенический душ

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) приготовить щетку для мойки душевой кабины или ванны, 0,5 %-ный раствор хлорной извести или 1 %-ный раствор хлорамина, полотенце, мыло, шампунь, губку, деревянную подставку, водный термометр;
- 2) психологически подготовить пациента к выполнению манипуляции;
- 3) проверить состояние душевой комнаты или ванны;
- 4) вымыть душевую кабину или ванну щеткой с мылом и продезинфицировать ее дезраствором путем двойного протирания с интервалом в 15 мин;
- 5) ополоснуть душевую кабину или ванну горячей водой;
- 6) включить душ и отрегулировать температуру воды;
- 7) помочь пациенту раздеться;
- 8) поставить в душевую кабину или ванную скамью и посадить пациента;
- 9) помочь ему вымыться в определенной последовательности: голова, туловище, конечности, паховые складки, промежность;
- 10) вытереть пациента;
- 11) помочь пациенту одеться;
- 12) сделать пометку о проведении гигиенического душа в температурном листке.

Обтирание пациента

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) приготовить теплую воду, губку, клеенку, одеяло, уксус, камфорный или этиловый спирт, полотенце;
- 2) психологически подготовить пациента к выполнению манипуляции;

- 3) обнажить определенный участок тела;
- 4) подстелить под часть тела, которая подлежит обтиранию, клеенку;
- 5) протереть часть тела влажной губкой;
- 6) обсушить досуха эту часть тела полотенцем и прикрыть одеялом;
- 7) выполнять процедуру поэтапно от головы к ногам;
- 8) использованное оснащение продезинфицировать.

Смена нательного белья

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять рубашку;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) подтянуть грязную рубашку сзади к затылку, а спереди – к груди;
- 4) снять грязную рубашку через голову, подняв руки пациента, далее освободить руки;
- 5) надеть чистую рубашку поочередно на руки, потом через голову;
- 6) расправить аккуратно рубашку на спине и груди;
- 7) если у пациента больная рука, то рукав снять сначала со здоровой, а затем с больной руки; надеть чистую рубашку в обратном порядке;
- 8) грязное белье сложить в мешок или бак для грязного белья.

Смена постельного белья

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) приготовить набор постельного белья;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции.

I вариант (пациенту назначен постельный режим):

- 1) свернуть по длине до половины чистую простыню;
- 2) поднять голову пациента и убрать подушку;
- 3) переместить пациента к краю кровати, повернув его на бок;
- 4) свернуть грязную простыню по всей длине в направлении к пациенту;
- 5) расстелить чистую простыню на освободившейся части кровати;
- 6) повернуть пациента на спину, а затем на другой бок так, чтобы он переместился на чистую простыню;
- 7) забрать грязную простыню и закончить застилать чистую;
- 8) заправить под матрас край простыни.

II вариант (пациенту назначен строгий постельный режим):

- 1) свернуть полностью чистую простыню в поперечном направлении, как бинт;
 - 2) осторожно убрать подушку из-под головы пациента;
 - 3) свернуть грязную простыню от головного конца кровати к пояснице больного, осторожно приподняв пациента;
 - 4) раскатать чистую простыню на свободную часть кровати;
 - 5) приподнять таз, потом ноги пациента, сдвинуть грязную простыню, продолжая раскатывать чистую;
 - 6) опустить таз и ноги пациента, заправить края простыни под матрас;
- Сложить грязное белье в мешок или бак для грязного белья.

Профилактика пролежней

Последовательность выполнения процедуры:

1) приготовить резиновый круг для профилактики пролежней, ватно-марлевые круги и валики, подушечки с семенами льна, пеленки, 10 %-ный камфорный спирт или 40 %-ный раствор этилового спирта, или 1 %-ный салициловый спирт, мыло, теплую воду, салфетки, полотенце, клеенку, таз, комплект чистого постельного и нательного белья, 5 %-ный раствор калия перманганата;

2) психологически подготовить пациента к манипуляции;

3) изменять положение тела пациента через каждые 2 ч, если позволяет его состояние;

4) следить за тем, чтобы постельное и нательное белье не собиралось в складки;

5) подложить для профилактики пролежней круг, завернутый в пеленку, подушечки с семенами льна – под затылок и крестец пациента, а под локти и пятки – ватно-марлевые круги;

6) следить за чистотой кожи, обмывая ее дважды в день теплой водой с мылом, а после обсушивания смазывая 10 %-ным камфорным спиртом или 40 %-ным раствором этилового спирта; 7) ежедневно проводить кварцевание кожи спины и ягодичных областей.

Создание многоуровневой подготовки медицинских сестер позволяет задействовать их в различных направлениях сестринской деятельности. Медицинские сестры со средним медицинским образованием занимаются основной деятельностью по уходу за больным, проведением лечебных мероприятий. Специалисты сестринского дела с высшим образованием могут выполнять некоторые функции, которые ранее возлагались на врача, – организацией и руководством сестринских служб, подготовкой среднего медицинского персонала и др.

Измерение температуры тела

Последовательность выполнения процедуры:

1) приготовить термометр, лоток, дезраствор, полотенце, температурный лист, вату, сосуд для хранения термометра;

2) психологически подготовить пациента к манипуляции;

3) взять продезинфицированный термометр, стряхнуть термометр так, чтобы ртуть опустилась в резервуар в нижней части термометра;

4) осмотреть подмышечную впадину;

5) при отсутствии признаков воспаления вытереть сухим полотенцем кожу подмышечной впадины;

6) поместить в подмышечную впадину конец термометра так, чтобы резервуар со всех сторон соприкасался с кожей;

7) попросить пациента прижать к телу согнутую в локтевом суставе руку;

8) попросить пациента оставаться в таком положении в течение 10 мин;

9) зарегистрировать показания термометра в температурном листке;

10) продезинфицировать термометр (поместить в лоток с 6 %-ным раствором перекиси водорода на 1 ч (в 1 %-ный раствор хлорамина на 15 мин));

11) вынуть термометр, ополоснуть под струей проточной воды, вытереть насухо и поместить в сосуд, на дне которого есть слой ваты.

Исследование пульса на лучевой артерии

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять часы или секундомер, температурный листок, красный карандаш;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) взять обе руки пациента и обхватить в области лучезапястных суставов так, чтобы большие пальцы рук были на внешней поверхности предплечий пациента снизу, а кончики вторых, третьих и четвертых пальцев оказались на внутренней поверхности предплечий сверху;
- 4) пропальпировать артерии на обеих руках, с умеренной силой прижав их к лучевым костям, и определить синхронность и ритмичность пульсовых волн;
- 5) опустить одну руку пациента, отметить время на секундомере и подсчитать частоту пульса на протяжении 1 мин;
- 6) определить напряжение пульса, обратить внимание на его ритм и наполнение;
- 7) зарегистрировать значение частоты пульса в температурном листке красным цветом.

Измерение артериального давления

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять тонометр, фонендоскоп, температурный листок, красный и синий карандаши;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) попросить пациента лечь на кровать или сесть возле стола с обнаженной рукой;
- 4) наложить манжету на обнаженное плечо выше локтевого изгиба на 3–5 см и закрепить ее так, чтобы между ней и кожей проходил только один палец, а трубки манжеты были направлены вниз;
- 5) соединить манжету с баллоном тонометра;
- 6) пальпаторно определить в локтевом изгибе место пульсации артерии и наложить на него фонендоскоп;
- 7) взять в ладонь баллончик тонометра, закрыть его вентиль по часовой стрелке и нагнетать воздух в манжету;
- 8) зафиксировать момент, когда исчезает звук пульсовых ударов, после чего еще продолжать нагнетать воздух на 20 мм рт. ст.;
- 9) приоткрыть вентиль на баллоне против хода часовой стрелки и медленно выпускать воздух из манжеты;
- 10) зафиксировать на шкале тонометра появление первого пульсового удара, который характеризует величину систолического артериального давления;
- 11) продолжать выпускать воздух из манжеты, следить за шкалой и внимательно слушать пульсовые удары;
- 12) отметить на шкале тонометра момент исчезновения пульсового удара, который характеризует величину диастолического артериального давления;
- 13) определить АД трижды с интервалом 3–5 мин;
- 14) измерить АД на другой руке, придерживаясь перечисленных рекомендаций;
- 15) после измерения АД открыть полностью вентиль на баллоне, разъединить его с манжетой и снять с руки пациента;
- 16) зарегистрировать самый низкий показатель АД в температурном листке в виде столбиков (систолическое давление отобразить красным цветом, а диастолическое – синим);
- 17) продезинфицировать оборудование.

Подсчет числа дыхательных движений и определение ритмичности дыхания

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять часы с секундной стрелкой или секундомер;
- 2) выполнять манипуляцию сухими и теплыми руками;
- 3) психологически подготовить пациента к манипуляции, преднамеренно предупредив его, что будут определяться свойства пульса;
- 4) попросить пациента занять удобное положение и не разговаривать;
- 5) положить пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса;
- 6) подсчитать частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки или брюшной стенки;
- 7) обратить внимание на глубину и ритмичность дыхания;
- 8) зарегистрировать частоту дыханий за минуту в температурном листе.

Постановка горчичников

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) подготовить горчичники, лоток с водой (40–45 °С), полотенце, чистую салфетку, лоток для мусора;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) порекомендовать пациенту удобно лечь в постели и освободить место, куда будут накладываться горчичники, от одежды;
- 4) осмотреть предполагаемый участок наложения горчичников и определить отсутствие противопоказаний к манипуляции;
- 5) взять горчичник и на несколько секунд опустить в теплую (40–45 °С) воду;
- 6) мокрый горчичник наложить горчичной массой на необходимый участок тела;
- 7) накрыть пациента полотенцем, а сверху – одеялом;
- 8) следить за общим состоянием пациента;
- 9) снять горчичники через 10–15 мин, остатки горчицы на коже удалить влажной салфеткой и обсушить кожу полотенцем;
- 10) порекомендовать пациенту полежать в постели под теплым одеялом не меньше 2 ч;
- 11) продезинфицировать использованное оснащение;
- 12) сделать запись о выполнении процедуры.

Примечание: не следует накладывать горчичники на область сердца.

Постановка медицинских банок

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять лоток, 10–20 чистых, сухих и целых медицинских банок, флакон с 96 %-ным этиловым спиртом, вазелин, зажим или металлический стержень с нарезкой, вату, спички, полотенце, салфетки;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) порекомендовать пациенту удобно лечь в постели и освободить участок тела, куда будут ставиться банки, от одежды;
- 4) осмотреть участок тела, убедиться в отсутствии противопоказаний к манипуляции, если кожа покрыта волосами, то необходимо сбрить их;

- 5) обмыть кожу теплой водой, вытереть насухо и смазать вазелином;
- 6) положить лоток с банками возле больного;
- 7) взять стержень с намотанной ватой, смочить ее в спирте, отжать вату путем прижимания ее к стенкам флакона, поджечь вату, следить, чтобы горящий тампон не находился над телом пациента;
- 8) взять банку, тампон на 1–2 с ввести в полость банки (края банки не нагревать!) и быстро приложить банку к коже, проверить, хорошо ли она держится;
- 9) наложить поочередно нужное количество банок на расстоянии 2–3 см одна от другой, затушить тампон и накрыть пациента полотенцем, а сверху – одеялом;
- 10) следить за состоянием пациента;
- 11) снять банки через 10–15 мин следующим образом: пальцем одной руки нажать на кожу возле края банки, другой рукой наклонить банку в противоположную сторону;
- 12) стереть салфеткой остатки вазелина с кожи, если есть кровоизлияния или волдыри, обработать кожу 96 %-ным этиловым спиртом;
- 13) накрыть пациента одеялом и порекомендовать полежать не меньше 2 ч;
- 14) продезинфицировать использованное оснащение;
- 15) сделать запись о выполнении процедуры; *Примечание* не следует ставить банки на область сердца, позвоночник, поясничную зону.

Задача сестринской диагностики – установление всех актуальных или потенциальных отклонений от комфортного гармоничного состояния пациента, выявление проблем, наиболее тяготящих пациента в данный момент, и выполнение действий, направленных на устранение этих отклонений в пределах компетенции медсестры.

Применение пузыря со льдом

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять пузырь для льда, лед или снег, охлажденную воду, полотенце (пеленку);
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) проверить целостность пузыря;
- 4) положить пузырь на столик, открыть пробку, поместить туда кусочки льда или снега, долить холодной воды, заполнив пузырь на 1/2—2/3 его объема;
- 5) вытеснить воздух из пузыря, положив его на стол и надавливая на пузырь до появления воды возле горловины, закрутить пробку;
- 6) проверить пузырь на герметичность, перевернув его пробкой книзу;
- 7) вытереть пузырь насухо;
- 8) завернуть в полотенце или пеленку заполненный пузырь и приложить к месту применения на 20–30 мин;
- 9) при необходимости повторной постановки пузыря манипуляцию повторить через 10–15 мин, по мере таяния льда в пузыре воду сливать и докладывать кусочки льда или снег;
- 10) продезинфицировать использованное оснащение;
- 11) сделать запись о выполнении процедуры.

Применение грелки

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять резиновую грелку, горячую воду (60–80 °С), полотенце (пеленку);
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) проверить целостность грелки и открыть пробку;

- 4) заполнить грелку на три четверти объема горячей водой;
- 5) выпустить из грелки воздух, при появлении воды возле горловины закрутить пробку;
- 6) проверить грелку на герметичность, перевернув ее пробкой книзу;
- 7) вытереть насухо грелку, завернуть ее в полотенце и приложить к телу больного;
- 8) менять воду в грелке по мере ее остывания, контролировать появление покраснения кожи под грелкой;
- 9) продезинфицировать использованное оснащение;
- 10) сделать запись о выполнении процедуры.

Постановка согревающего компресса

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять сложенную в 6–8 раз марлю или полотно, кусок компрессной бумаги или клеенки, вату, бинт, воду комнатной температуры;
- 2) психологически подготовить пациента к манипуляции;
- 3) попросить пациента принять удобное положение (лечь или сесть) и освободить необходимый участок тела от одежды;
- 4) осмотреть участок тела, на который будет накладываться компресс, и определить отсутствие противопоказаний к манипуляции;
- 5) смочить марлевую салфетку, сложенную в 6–8 раз, в растворе воды комнатной температуры, отжать ее и приложить к коже;
- 6) наложить поверх салфетки компрессную бумагу или клеенку, потом слой ваты (каждый следующий слой должен быть на 2–3 см по площади больше предыдущего);
- 7) зафиксировать компресс бинтовой повязкой;
- 8) проверить через 2 ч правильность наложения компресса (просунуть указательный палец под все слои компресса: если слой марли, которая прилегает к телу, теплый и влажный, то компресс наложен правильно);
- 9) оставить компресс на 8–10 ч;
- 10) по прошествии положенного времени снять компресс;
- 11) протереть кожу теплой водой и обсушить мягким полотенцем;
- 12) наложить сухую теплую повязку;
- 13) продезинфицировать использованное оснащение.

Дезинфекция шприцев, игл, инструментария

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) взять химически стойкую посуду (лоток), резиновые перчатки, один из дезинфицирующих растворов (3 %-ный раствор хлорамина, 2,5 %-ный раствор глутарового альдегида, 6 %-ный раствор перекиси водорода, 0,6 %-ный раствор гипохлорида кальция, 0,5 %-ный раствор дезоксона);
- 2) надеть резиновые перчатки;
- 3) налить дезинфицирующий раствор в емкость;
- 4) погрузить инструментарий, шприцы и иглы в разобранном виде в один из растворов с заполнением полостей (иглы заполнять шприцем):
 - а) в 3 %-ный раствор хлорамина – на 1 ч;
 - б) в 2,5 %-ный раствор глутарового альдегида – на 30 мин;
 - в) в 6 %-ный раствор перекиси водорода – на 1 ч;
 - г) в 0,6 %-ный раствор гипохлорида кальция – на 1 ч;
 - д) в 0,5 %-ный раствор дезоксона – на 1 ч.

Предстерилизационная очистка шприцев, игл и инструментария

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) приготовить моющий раствор (5 г синтетического моющего средства, 15 мл 33 %-ного раствора перекиси водорода, 980 мл воды), электроплиту, ершик, мандрен, гемотесты (бензидиновый, амидопириновый, орттолуидиновый, азопирамовый или стандартный реактив), 1 %-ный спиртовой раствор фенолфталеина, лоток для шприцев, резиновые перчатки, клеенчатый передник;
- 2) надеть резиновые перчатки и передник;
- 3) промывать под проточной водой на протяжении 1 мин обеззараженные шприцы, иглы или инструментарий;
- 4) подогреть моющий раствор до температуры 45–50 °С;
- 5) окунуть в моющий раствор на 15 мин поршни, цилиндры, иглы или инструментарий;
- 6) промыть каждый цилиндр и поршень в моющем растворе ершиком, а иглы – мандреном, пропустить моющий раствор через каждую иглу;
- 7) промывать инструменты под струей холодной проточной воды на протяжении 3 мин;
- 8) провести контрольные пробы на выявление остатков крови и моющего средства;
- 9) только при получении отрицательного результата во время проведения контрольных проб промывать инструментарий на протяжении 1 мин в дистиллированной воде;
- 10) обсушить инструменты в разобранном виде в сухожаровом шкафу при температуре 75–85 °С.

Набирание лекарственных средств из ампул

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) приготовить стерильный шприц с иглой, стерильные иглы, ампулы с лекарствами, 70 %-ный раствор этилового спирта, стерильные ватные шарики, пилочки, стерильный лоток, пинцет, стерильные салфетки, лоток для мусора;
- 2) сверить надпись на ампуле с листком назначений, определить срок годности препарата;
- 3) провести гигиеническую обработку рук, надеть стерильные перчатки;
- 4) легко стряхнуть ампулу, чтобы весь раствор переместился в широкую ее часть;
- 5) протереть шейку ампулы ватным шариком, смоченным в спирте;
- 6) надпилить пилочкой шейку ампулы и еще раз протереть ее спиртом;
- 7) отломить верхушку ампулы, обернув тампоном, смоченным в спирте;
- 8) собрать шприц из стерильного крафт-пакета или вскрыть упаковку с одноразовым шприцем, надеть на канюлю шприца иглу для набирания лекарства;
- 9) взять ампулу в левую руку между II и III пальцами;
- 10) держа шприц в правой руке, ввести иглу в отверстие ампулы;
- 11) переложить шприц в левую руку, держа цилиндр I, IV, V пальцами левой руки, а правой рукой медленно оттянуть поршень и набрать раствор;
- 12) снять пальцами иглу, которой набирали лекарства, и стерильным пинцетом насадить стерильную иглу для выполнения инъекции;
- 13) держать шприц вертикально кверху иглой, фиксируя указательным пальцем муфту иглы, и выпустить из него воздух до появления капли лекарств из просвета иглы;
- 14) положить в стерильный лоток на стерильную крышку шприц с лекарствами, 3 ватных шарика, смоченных спиртом, и накрыть стерильной салфеткой.

Первые шприцы имели каучуковые цилиндры. В их внутреннюю часть помещали плотно подогнанные поршни, изготовленные из кожи и асбеста, с торчащими наружу металлическими штырями. Полые иглы крепились на противоположных концах цилиндров. Цилиндры были непрозрачными, поэтому дозировочные насечки делались не на них, а на металлических штырях поршней.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.