

# ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Под редакцией С. И. ДВОЙНИКОВА

*Допущено  
Министерством образования Российской Федерации  
в качестве учебника для студентов образовательных учреждений  
среднего профессионального образования*



Москва  
Издательский центр «Академия»  
2007

УДК 331.483.084.64(075.32)

ББК 51.1(2)я723

О-753

Авторы:

*И. Х. Аббясов; С. И. Двойников; Л. А. Карасева; Т. В. Коннова;  
С. Н. Лавровский; Л. А. Пономарева; В. П. Смирнов*

Рецензенты:

зам. директора по научно-методической работе  
Медицинского колледжа № 2 Департамента здравоохранения г. Москвы  
*М. М. Волкова;*  
директор Московского областного медицинского колледжа № 2,  
гл. специалист по сестринскому делу в Центральном Федеральном округе  
*З. Е. Сопина*

**Основы сестринского дела** : учеб. для студ. сред. проф.  
О-753 учеб. заведений / [И. Х. Аббясов, С. И. Двойников, Л. А. Карасева и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. — М. : Издательский центр «Академия», 2007. — 336 с.

ISBN 978-5-7695-3627-4

Рассмотрены теоретические основы сестринского дела. Описаны основные манипуляции. Рассказано о технике безопасности в лечебно-профилактическом учреждении и роли медицинской сестры в ее обеспечении. Особое внимание уделено вопросам формирования профессионального мировоззрения медицинской сестры, стандартам проведения манипуляций и процедур, принципам паллиативной помощи.

Для студентов средних профессиональных учебных заведений.

УДК 331.483.084.64(075.32)

ББК 51.1(2)я723

*Оригинал-макет данного издания является собственностью  
Издательского центра «Академия», и его воспроизведение  
любым способом без согласия правообладателя запрещается*

© Коллектив авторов, 2007

© Образовательно-издательский центр «Академия», 2007

ISBN 978-5-7695-3627-4

© Оформление. Издательский центр «Академия», 2007

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	3
-------------------	---

## РАЗДЕЛ I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА. СЕСТРИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА

Глава 1. <b>Сестринское дело как профессия</b> .....	5
Глава 2. <b>История развития сестринского дела в России</b> .....	14
Глава 3. <b>Философия и этика сестринского дела</b> .....	25
3.1. Особенности философии сестринского дела .....	25
3.2. Этические принципы сестринского дела .....	27
3.3. Типы медицинских сестер .....	29
Глава 4. <b>Общение в сестринском деле</b> .....	32
4.1. Сущность общения .....	32
4.2. Структура и уровни общения .....	36
4.3. Влияние различных факторов на процесс общения .....	45
4.4. Умение слушать и значение обратной связи в процессе общения .....	48
4.5. Рекомендации по общению с пациентом .....	50
Глава 5. <b>Обучение в сестринском деле</b> .....	53
5.1. Обучение как функция сестринского дела .....	53
5.2. Задачи и сферы обучения в сестринском деле .....	56
5.3. Условия эффективного обучения .....	58
5.4. Принципы обучения пациентов и членов их семей .....	61

## РАЗДЕЛ II МЕТОДОЛОГИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

Глава 6. <b>Потребности человека в здоровье и болезни</b> .....	66
Глава 7. <b>Концептуальные модели сестринского дела</b> .....	73
7.1. Основные положения и эволюция моделей сестринского дела .....	73
7.2. Добавочно-дополняющая модель В. Хендерсон .....	76
7.3. Модель сестринского ухода Н. Роупер .....	77
7.4. Модель дефицита самоухода Д. Орэм .....	78

7.5. Модель, направленная на изменение поведения пациента (модель Д. Джонсон) .....	80
7.6. Адаптационная модель К. Рой .....	81
7.7. Модель, направленная на укрепление здоровья (модель М. Аллен) .....	83
<b>Глава 8. Сестринский процесс</b> .....	<b>86</b>
8.1. Общая характеристика сестринского процесса .....	86
8.2. Сестринское обследование .....	90
8.3. Определение проблем пациента .....	91
8.4. Планирование сестринского вмешательства .....	94
8.5. Реализация плана сестринского вмешательства. Виды вмешательств .....	96
8.6. Оценка эффективности ухода. Коррекция плана сестринского вмешательства .....	98

### РАЗДЕЛ III БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

<b>Глава 9. Инфекционный контроль</b> .....	<b>102</b>
<b>Глава 10. Внутрибольничная инфекция</b> .....	<b>105</b>
10.1. Источники возникновения и пути передачи внутрибольничных инфекций .....	105
10.2. Профилактика внутрибольничной инфекции .....	107
10.3. Обеспечение безопасности медицинского персонала .....	109
<b>Глава 11. Дезинфекция</b> .....	<b>112</b>
<b>Глава 12. Организация работы центрального стерилизационного отделения</b> .....	<b>123</b>
12.1. Центральное стерилизационное отделение. Общая характеристика стерилизации .....	123
12.2. Предстерилизационная очистка .....	125
12.3. Методы стерилизации .....	128
<b>Глава 13. Лечебно-охранительный режим лечебно- профилактических учреждений</b> .....	<b>133</b>
<b>Глава 14. Биомеханика и положение тела пациента. Безопасная транспортировка пациента</b> .....	<b>139</b>
14.1. Подготовка к перемещению пациента .....	139
14.2. Перемещения пациента в постели .....	140
14.3. Транспортировка пациента с кровати на стул, со стула, на инвалидную коляску .....	142
14.4. Перемещения во время купания и ходьбы .....	146
14.5. Правила транспортировки больных .....	149
14.6. Положения пациента в постели .....	149

Глава 15. <b>Факторы риска в лечебно-профилактическом учреждении</b> .....	153
15.1. Факторы риска для пациентов .....	153
15.2. Факторы риска для медицинской сестры .....	156

## РАЗДЕЛ IV МАНИПУЛЯЦИОННАЯ ТЕХНИКА

Глава 16. <b>Медикаментозное лечение</b> .....	166
16.1. Порядок получения, хранения, учета, списания и распределения лекарственных средств .....	166
16.2. Введение лекарственных средств .....	170
16.2.1. Пути и техника введения лекарственных средств .....	170
16.2.2. Собираение шприцев. Набирание лекарств .....	181
16.2.3. Виды инъекций. Венепункции .....	185
16.3. Оснащение процедурного кабинета. Техника безопасности .....	199
16.4. Осложнения лекарственной терапии и тактика медицинской сестры. Анафилактический шок .....	200
Глава 17. <b>Личная гигиена пациента</b> .....	204
Глава 18. <b>Методы простейшей физиотерапии</b> .....	220
Глава 19. <b>Термометрия. Уход при лихорадке</b> .....	231
Глава 20. <b>Питание и кормление пациента</b> .....	234
Глава 21. <b>Клизмы. Газоотводная трубка</b> .....	239
Глава 22. <b>Катетеризация мочевого пузыря</b> .....	250
Глава 23. <b>Уход за стомами</b> .....	255
Глава 24. <b>Зондовые манипуляции: желудочное и дуоденальное зондирование</b> .....	260
Глава 25. <b>Лабораторные методы исследования</b> .....	266
25.1. Исследования кала .....	266
25.2. Исследования мокроты .....	268
25.3. Исследования мочи .....	270
25.4. Исследования микрофлоры .....	277
Глава 26. <b>Подготовка пациента к инструментальным методам исследования</b> .....	279
26.1. Рентгенологические исследования .....	279
26.2. Эндоскопические исследования .....	283
26.3. Участие медицинской сестры в проведении манипуляций .....	284
Глава 27. <b>Сердечно-легочная реанимация вне реанимационного отделения</b> .....	289

РАЗДЕЛ V  
СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ.  
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Глава 28. <b>Сестринский уход за тяжелобольным пациентом в стационаре и на дому</b> .....	298
Глава 29. <b>Потеря, смерть и горе</b> .....	303
Глава 30. <b>Паллиативная помощь</b> .....	311
Приложения .....	321
Список литературы .....	328

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Сестринское дело является важной частью системы здравоохранения. В настоящее время сестринский персонал составляет самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Предоставляемые ими услуги удовлетворяют потребности населения в доступной медицинской помощи.

Россия — одна из немногих стран, где средний медицинский персонал традиционно считают лишь помощниками и исполнителями воли врача. Между тем роль, функции и организационные формы деятельности сестринского звена значительно шире. В современных условиях особо следует выделить такие функции средних медицинских работников, как оказание первичной медико-санитарной помощи и проведение профилактики заболеваний; обучение населения основам гигиены; сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре; расширение объемов помощи на дому; увеличение количества реабилитационных мероприятий; формирование отделений с различной интенсивностью лечения и ухода; оказание паллиативной помощи и т. д. Потребность в этих видах деятельности чрезвычайно велика, особенно в настоящее время в связи с ухудшением состояния здоровья населения.

Мировая практика показывает, что при рациональном использовании сестринских кадров значительно улучшается качество медицинской помощи, увеличиваются ее доступность и экономичность, эффективно используются ресурсы в здравоохранении. Проведенные в разных странах исследования раскрывают универсальный характер сестринской помощи и подчеркивают унифицированность потребностей в ней. Сестринской практике присущи доступность, разноплановость деятельности, ориентированность на отдельного пациента. Повышение уровня образования средних медицинских работников создает реальные возможности для соблюдения необходимых медицинских технологий, обеспечения гарантий качества лечения, диагностики и ухода, накопления и использования знаний о потребностях больных в сестринской помощи.

В настоящее время медицинским сестрам, фельдшерам, акушерам необходимы современные знания в области философии и теории сестринского дела, общения в сестринском деле, сестринской педагогики, психологии, требований по обеспечению безо-

пасной больничной среды лечебно-профилактических учреждений. Они должны уметь выполнять сестринские манипуляции в точном соответствии с современными требованиями.

Изучив курс «Основы сестринского дела», будущие специалисты смогут грамотно осуществлять сестринский процесс при оказании помощи пациентам с самыми разными заболеваниями. Для осуществления сестринского процесса медицинская сестра должна владеть теоретическими основами, практическими навыками, уметь пользоваться предметами ухода за больными.

В связи с этим особенностью данного учебника является сочетание теоретического материала с описаниями практических манипуляций. В конце глав приведены контрольные вопросы, что позволяет студентам более эффективно проводить самоподготовку.

Авторы надеются, что предлагаемый учебник окажется незамеченным при подготовке квалифицированных специалистов сестринского дела.



**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.  
СЕСТРИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА**

## ГЛАВА 1

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО КАК ПРОФЕССИЯ**

**Определение сестринского дела.** Существует множество определений сестринского дела, на формулировку которых повлияли различные факторы, включая особенности исторической эпохи, уровень социально-экономического развития общества, географическое положение страны, уровень развития системы здравоохранения, особенности обязанностей сестринского персонала, отношение медицинского персонала и общества к сестринскому делу, особенности национальной культуры, демографические ситуации, потребности населения в медицинской помощи, а также представления и личное мировоззрение человека, дающего определение сестринской науке. Но несмотря на перечисленные факторы, сестринское дело должно соответствовать современным профессиональным стандартам и иметь законодательную основу.

На Конгрессе специалистов сестринского дела Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), прошедшем в 1944 г. в Ганновере, было дано следующее определение: сестринское дело — это искусство и наука; оно целиком охватывает тело, разум и духовную сферу пациента, поддерживает духовное, умственное и физическое здоровье посредством обучения и примера, акцентирует внимание на сохранении здоровья, а также на оказании помощи больным, включает в себя заботу о социальной и духовной сфере пациента так же, как и о физической, и осуществляет медицинское обслуживание семьи, общества и индивида.

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

Первое определение сестринского дела дала легендарная Ф. Найтингейл в «Записках об уходе», изданных в 1859 г., определив его как действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению. При этом задача заключалась в создании для больного таких условий, при которых природа оказала бы свое целительное воздействие. Ф. Найтингейл считала, что уход за больными и здоровыми — это две важные сферы сестринского дела. При этом уход за здоровыми — это поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает, а уход за больными — это помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение. Путем наблюдения и сбора информации о больном Ф. Найтингейл устанавливала связь между состоянием здоровья пациента и факторами окружающей среды. Разработанная Ф. Найтингейл концепция окружающей среды как основного компонента сестринского ухода, а также призывы избавить медицинских сестер от необходимости все знать о том, как протекает болезнь, можно рассматривать как попытку провести различия между сестринским делом и врачебной практикой. Она первая отметила, что сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний, организации, практической и научной подготовки. Теории Ф. Найтингейл позволили многим медицинским сестрам понять суть сестринского дела и использовать основные принципы на практике, в исследованиях и профессиональной подготовке. Ее идеи, взгляды, убеждения, получили широкое признание и распространение во многих странах мира. Современные исследователи рассматривают работы Ф. Найтингейл в качестве первой теории концептуальной модели сестринского дела.

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 г. в аристократической английской семье. Она получила достаточно всестороннее образование, которое тогда получали только мужчины. Современники Ф. Найтингейл отмечали, что она была талантливой личностью и свои способности могла реализовать в самых различных сферах деятельности, но ее выбором стала медицина.

Желанию Флоренс служить в госпитале категорически противилась вся семья. В то время в госпиталях работали опустившиеся женщины, которых не брали ни на какую другую работу. Госпиталь был тем местом, где больным становилось хуже, а не лучше.

В 1851 г., несмотря на протест семьи, Флоренс поехала в Германию в общину диакониц, которая имела свою больницу и школу для обучения уходу за больными. Блестяще сдав экзамены, девушка вернулась домой, а в 1853 г. уехала в Париж, чтобы ознакомиться с монашескими больницами и пройти подготовку у сестер-монахинь.

После возвращения домой мисс Найтингейл предложили взять на себя руководство учреждением по уходу за больными. Это привело се-

мейство Найтингейл в ярость, и Флоренс была вынуждена покинуть семью и уехать в Англию.

В 33 года Флоренс заняла должность суперинтенданта в учреждении по уходу за больными женщинами из высшего лондонского общества, где в полной мере показала свои организаторские способности и профессиональные навыки по уходу.

В октябре 1854 г. в период Крымской войны Флоренс вместе с 38 помощницами отправилась в полевые госпитали сначала в Скутари (Турция), а затем в Крым. Взору сестер милосердия предстала жуткая картина: госпиталь был переполнен, завшивленные раненые и больные лежали в коридорах на соломе среди нечистот, по полу бегали крысы, не хватало самого необходимого — лекарств, белья, продовольствия и топлива.

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

По возвращении в Англию в 1856 г. Ф. Найтингейл было поручено реорганизовать армейскую медицинскую службу. При поддержке военного министра Флоренс добилась того, чтобы больницы были оснащены системами вентиляции и канализации; больничным персоналом в обязательном порядке проходила необходимую подготовку; в больницах велась строгая статистическая обработка всей информации. Была организована военно-медицинская школа, в армии велась разъяснительная работа о важности профилактики болезней. В своей книге «Записки о госпиталях» мисс Найтингейл показала связь санитарной науки с организацией госпитального дела. Она решительно выступила против «коридорной системы» содержания больных, отстаивая необходимость внедрения павильонной системы.

Именно Ф. Найтингейл создала систему подготовки кадров среднего и младшего медицинского персонала в Великобритании.

Школа, созданная Ф. Найтингейл, стала моделью подготовки управленческого и педагогического звена сестринского персонала. Она настаивала на том, чтобы в сестринских школах преподавали профессиональные медицинские сестры, а управление ими в больницах взяли на себя специально обученные дипломированные медицинские сестры. Ф. Найтингейл считала, что сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных, знаний.

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

Мисс Флоренс всю свою жизнь отстаивала равные права всех людей на уход и лечение во время болезни и на достойную смерть. Английское правительство по достоинству оценило ее вклад в развитие медицинской помощи и в 1883 г. наградило Королевским Красным крестом. В 1907 г. Ф. Найтингейл была награждена одним из высших британских орденов «За заслуги».

Ф. Найтингейл умерла 13 августа 1910 г.

В 1912 г. Лига Международного Красного креста и Красного полумесяца учредила медаль имени Флоренс Найтингейл, до сих пор самую почетную и высшую награду для сестер милосердия во всем мире.

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

Постепенно сестринская практика трансформировалась в самостоятельную профессиональную деятельность, базирующуюся на теоретических знаниях, практическом опыте, научных суждениях и клиническом мышлении. Сестринское дело не конкурировало с врачебной деятельностью, оно преимущественно занимало те ниши, которые не представляли области интересов врачей, но требовали профессионального сестринского участия. К ним, в первую очередь, относились дома сестринского ухода, где велось наблюдение и осуществлялся уход за стариками, больными с хроническими заболеваниями и инвалидами. Медицинские сестры взяли на себя ответственность за предоставление этой категории пациентов необходимого уровня помощи и поддержание оптимального качества их жизни и благополучия. Организация домов и отделений сестринского ухода, а также помощь на дому и созда-

ние служб консультативной помощи матерям и детям из числа малоимущих слоев населения обеспечили большую доступность медицинской помощи для населения, чем и заслужили признание со стороны правительственных кругов и общественности.

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

По мере изменения роли медицинской сестры ведущие специалисты в этой области стремились закрепить статус сестринского дела как профессии. В 1945 г. группа экспертов разработала критерии ухода за больными, используя критерии Д. Флекснера для определения профессии, подготовленные комиссией по стандартизации в медицинских учебных заведениях в 1915 г. Эти критерии включали не только применение специальных знаний, приобретенных в учебных заведениях, но и автономность в выработке политики и контроля профессиональной деятельности. Американская ассоциация медицинских сестер занималась вопросами становления сестринского дела как профессии, разрабатывая и уточняя политику, стандарты и нормы, регулирующие профессиональную деятельность. В «Кодексе медсестер» (1950, 1976 и 1985 гг.) представлены нормы профессиональной этики. В работе «Уход за больными» изложена социальная политика (1981 и 1995 гг.), определяются социальный контекст ухода за больными, характер и рамки этой деятельности, а также практическая специализация. В «Стандартах ухода за больными» (1973 и 1991 гг.) описаны функции, которые должна выполнять медицинская сестра.

В 1960-е гг. Сестринская школа Йельского университета выдвинула новое толкование сестринского дела. Предлагалось рассматривать сестринское дело как процесс, а не конечный результат, как взаимодействие, а не содержание, как взаимоотношения между двумя конкретными индивидами, а не связи между абстрактными медицинской сестрой и пациентом. В основу процесса был положен системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента. Тогда же Коми-

тет экспертов ВОЗ определил сестринское дело как практику человеческих взаимоотношений. Медицинская сестра согласно этому определению должна уметь распознать потребности больных, возникающие в связи с болезнью, рассматривая больных как индивидуальные личности.

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

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

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

В чем же состоит отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача? Все знания и практические действия врача направлены на определение и лечение конкретной болезни у конкретного человека. Большинство видов врачебной деятельности, будь то лечение, преподавание или исследовательская работа, направлены на различные аспекты патологических состояний конкретных болезней. Сестринское дело ориентировано в большей мере на человека или группу людей (семья, коллектив, общество),

чем на болезнь. Оно направлено на решение проблем и нужд людей, их семей и общества в целом, которые возникли и могут возникнуть в связи с изменениями в здоровье.

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

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

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

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

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

Первой функцией является осуществление сестринского ухода, например профилактические меры, сестринские вмешательства,

связанные с реабилитацией, психологической поддержкой человека или его семьи. Эта функция наиболее эффективна, если осуществляется в рамках сестринского процесса. Осуществление сестринского ухода включает в себя:

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

Вторая функция — обучение пациентов и сестринского персонала — включает:

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

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

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

Основными целями сестринского дела являются:

- объяснение населению и администрации лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) важности и приоритетности сестринского дела в настоящее время;
- развитие и эффективное использование сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей и предоставления сестринских услуг, максимально удовлетворяющих потребностям населения;
- обеспечение и проведение учебного процесса для подготовки высококвалифицированных медицинских сестер и менеджеров сестринского дела, а также проведение последипломной подготовки специалистов среднего и высшего сестринского звена;



• выработка у медицинских сестер определенного стиля мышления.

Сестринское дело решает следующие задачи:

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

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

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

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

5) осуществление консультативной сестринской помощи;

6) обеспечение высокого уровня медицинской информации;

7) ведение санитарно-просветительской и профилактической работы;

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

9) создание стандартов качества сестринской помощи.

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

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

### **Контрольные вопросы**

1. Назовите основные требования, предъявляемые к сестринскому делу.
2. Кто впервые дал научное определение сестринского дела?
3. Как изменялась роль медицинской сестры?
4. Какие существуют подходы к толкованию термина «сестринское дело»?
5. В чем заключается отличие сестринского дела как профессии от деятельности врача?
6. Назовите основные функции медицинской сестры.
7. Каковы главные цели сестринского дела?
8. Какие задачи решает сестринское дело?
9. Сформулируйте стратегию сестринской практики.

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОССИИ

На Руси благотворительная лечебная помощь появилась в XI в., когда при монастырях начали создаваться богадельни и убежищакельи. Так, в 1070 г. в Киево-Печерском монастыре была открыта богадельня (убежище, дом) во имя св. Стефана для проживания нищих, слабых, хромых, слепых и прокаженных. Такое же заведение было открыто в 1091 г. Переяславским епископом Ефимом. Ухаживали за калеками и больными монахи. После принятия христианства при монастырях стали создаваться больничные палаты. То место, где боль кладет человека ниц, стали называть больницами. Некоторые монастыри так и назывались больничными, например монастырь Федора Студита в Москве.

Сведений о женской медицинской деятельности на Руси очень мало. Однако известно, что уже в XI в. был создан первый отечественный медицинский трактат под названием «Мази», автором которого являлась внучка князя Владимира Мономаха Евпраксия Мстиславовна, которая глубоко изучила народную медицину и осветила в своем труде вопросы физиологии, гигиены, пропедевтики и профилактики некоторых заболеваний. В источниках XIV в. упоминаются имена крестьянской девушки Февронии, Федосии Морозовой и многих других, занимавшихся уходом за больными. В Новгородских летописях среди имен городских лекарей была указана Натальица Клементьевская, жена лекарица, лечившая новгородцев во второй половине XVI в. В Московской Руси участие женщин в судьбе больных проявлялось также в благотворительной деятельности.

В XVII в. многие русские монастыри богатели, что позволяло строить при них богадельни и небольшие дома для больных. Большую помощь в создании таких келий, богаделен и домов оказал патриарх Никон. С его помощью были основаны богадельни в Московском Знаменском монастыре, Гранатном дворе у Никитских ворот, Ново-Иерусалимском монастыре. В «Слове о приютах» он предложил создать общество милосердия, члены которого будут посещать дома бедных и несчастных и заниматься благотворительностью.

Со вступлением на трон династии Романовых благотворительностью помимо царя и высших церковных иерархов начали заниматься и представители знатных семей. Одним из таких пионеров

был придворный дворянин Ф. М. Ртищев, который в 1650 г. на территории Андреевского монастыря открыл приют для бедных больных, нищих и пьяных, где врачевали лекари и даже доктор. (Доктором назывался специалист с университетским образованием, в то время это были исключительно иностранцы. Лекари имели монастырское образование, которое не давало обширных медицинских познаний.)

Допетровская благотворительность, выражающаяся в случайной милостыне, способствовала появлению нищих-профессионалов. Поэтому Петр I развернул активную борьбу с промысловым нищенством, которая сопровождалась полным запретом частной благотворительности. Основная забота Петра I сосредоточилась не на гражданских, а на военных медицинских учреждениях, которые в мирное время обслуживали всех больных. В вышедшем в 1716 г. Воинском уставе отмечена преимущественная роль женщины в уходе за больными: «потребно всегда при десяти больных быть для услужения одному здоровому солдату и нескольким женщинам, которые оным больным служить имеют и платье на них мыть» (Краткая история Московского коммунистического военного госпиталя имени Петра I, 1707—1942. — М., 1943. — С. 124). В последующих регламентах и уставах военных госпиталей характер женской санитарной помощи все более конкретизируется и уточняется. В результате проведения реформ была создана Медицинская коллегия (канцелярия), которая для работы в госпиталях в 1728 г. ввела штатные единицы для женщин по уходу за больными.

С 1735 г. Генеральным регламентом о госпиталях количество работниц определялось характером и тяжестью заболеваний больных. Отсутствие прочной системы организации женского труда в госпиталях и заинтересованности командования в нем привело к тому, что в большинстве госпиталей он со временем либо исчез совсем, либо носил временный характер. В результате больные и раненые в госпиталях, особенно в военное время, находились практически на полном самообеспечении.

К середине XVIII в. женщины начали ухаживать за больными и в гражданских больницах. В Павловской больнице в Москве для ухода за больными по штату полагалось иметь баб-сидельниц из жен и вдов больничных солдат. Одна из них осматривала больных женщин и проводила простейшие процедуры. Позже для улучшения ухода за больными в Павловской больнице было решено нанимать исключительно женскую прислугу: сидельниц и кухарок.

В XVIII в. в России появились фельдшеры. Их тогда называли рудометами или цирюльниками. Для первых медицинских школ в России было характерно единство фельдшерского и врачебного образования. Через 2—3 года после поступления успевающие ученики получали звание подлекарей (что примерно соответствует званию фельдшера), затем еще через 1—2 года им присваивалось

звание лекаря. Лекарские ученики учились оказывать неотложную помощь, делать кровопускания, лечить больных и готовить лекарства. В 1798 г. врачебное образование было отделено от фельдшерского.

В 1812 г. во время нашествия Наполеона помощь раненым на добровольных патриотических началах оказывали женщины. Они кормили и обогревали раненых солдат, перевязывали им раны, выхаживали вплоть до выздоровления. Это привело к созданию в ноябре 1812 г. в Санкт-Петербурге Патриотического женского общества, предназначенного для оказания помощи населению, пострадавшему от нашествия противника.

Идея организации систематического ухода за больными специально обученным для этих целей персоналом принадлежит императрице Марии Федоровне. Еще в 1804 г. она выдвинула идею привлечения вдов к уходу за больными в Московском вдовьем доме. Но только в 1813 г. в Санкт-Петербурге стали открываться вдовьи дома для призрения престарелых и не имеющих средств к пропитанию своему вдов. Со временем они стали многоструктурными учреждениями, как, например, Санкт-Петербургский вдовый дом, который включал отделение для малолетних детей, сиротское отделение для дворянских детей, дом призрения больных девиц благородного звания, приют для детей, родители которых умерли от эпидемии холеры, училище для детей-сирот военно-служащих.

В 1814 г. по распоряжению императрицы Марии Федоровны женщины из Санкт-Петербургского вдовьего дома на добровольных началах были приглашены и направлены на работы в больницы, чтобы ухаживать за больными. Дежурные вдовы должны были надзирать за порядком в палатах, при раздаче больным пищи, питья и лекарств, содержать в чистоте и опрятности как больных, так и их постели. Доктора давали вдовам необходимые наставления по уходу за больными, а дежурные вдовы учились у них всем медицинским приемам, чтобы в случае необходимости самим оказывать помощь больным. В январе 1818 г. императрица Мария Федоровна распорядилась привлечь «сердобольных вдов» к уходу за больными в Московской Мариинской больнице для бедных. Первым организатором их работы стал штаб-лекарь, главный врач Мариинской больницы для бедных Х. фон Оппель (прадед известного хирурга и главного врача больницы Петра Великого). В 1822 г. он составил для медицинского персонала вверенной ему больницы «Руководство и правило, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших».

Круг обязанностей «сердобольных вдов» был довольно широким. Они должны были хорошо знать основные правила больницы гигиены: содержать в чистоте палату, регулярно провет-

ривать ее, поддерживать чистоту полов, постели. Персонал по отношению к больным должен быть приветлив, предупредителен и ненавязчив. При уходе за лихорадящим больным медицинский персонал «должен нагреть ему постель кувшинами с горячей водой, с плотно заткнутыми пробками, которые потом можно положить у ног; когда больной пропотеет, следует переменить ему белье; напоить его жидкостью» (Московская Мариинская больница для бедных, 1806—1906 гг.: исторический очерк, составленный к 100-летию больницы. — М., 1906. — С. 145). В руководстве подробно рассказывалось, как ставить горчичники, припарки, пиявки, шпанские мушки, готовить ванны, ставить клистиры. Все перечисленные манипуляции были достаточно подробно описаны. Например, подчеркивалось, что при постановке клистира важны степень теплоты воды, количество вводимой жидкости, положение больного, при обмороке нужно освободить больного от стесняющей его одежды, слегка похлопать по щекам, обрызгать лицо прохладной водой, а если это не поможет, то поднести к носу нюхательную соль. Давались советы, как давать жидкие лекарства, как удобнее приспособить пузырек для отсчета определенного числа капель, каким образом скрыть вкус горького лекарства, как помочь больному принять твердое лекарство, неприятное на вкус, придать ему форму пилюли. Х. фон Оппель в своем труде обратил внимание на особенности ухода за роженицами, родильницами и новорожденными, сформулировал правила по профилактике внутрибольничных инфекций.

С 1829 г. в течение 32 лет благотворительную организацию, созданную императрицей Марией Федоровной, возглавляла императрица Александра Федоровна. По ее инициативе в 1842 г. был утвержден устав Санкт-Петербургского вдовьего дома, который регламентировал деятельность «сердобольных вдов». Устав был рекомендован для использования во всех аналогичных учреждениях Российской империи. Параграф 6 устава гласил: «Вдовы, пожелавшие посвятить себя богоугодному попечению о больных, составляют во вдовьем доме особый разряд под названием сердобольных и до принятия в которые подвергаются испытательному сроку» (Устав Санкт-Петербургского вдовьего дома. — СПб., 1842. — С. 2). После испытательного срока, который включал дежурства в Мариинской больнице под руководством опытных коллег и главного врача в течение 1 года, женщина в церкви вдовьего дома приводилась к присяге. Вместе со свидетельством ей вручали знак отличия — золотой крест на зеленой ленте с надписью на одной стороне «Всех скорбящих радость», а на другой — «Сердоболие».

Одежда «сердобольных вдов» отличалась от одежды остальных обитательниц вдовьего дома: они носили платье коричневого цвета. За 2 недели дежурства в больнице они получали по 1,5 р. сереб-

ром и пищу по особому расписанию. «Сердобольные вдовы» могли быть отпущены в частные дома для ухода за больными и имели право получать за свой труд денежное вознаграждение. Институт сердобольных вдов просуществовал до 1892 г., а затем был упразднен. Он явился прототипом общин сестер милосердия, которые стали создаваться в России с 1844 г.

Движение общинных сестер милосердия было весьма знаменательным явлением подвижничества, охватившим русское общество во второй половине XIX в. В этом движении выразилась борьба женщин за социальное равноправие.

Общины сестер милосердия были своеобразными трудовыми коммунами. При них функционировали детские приюты и школы, больницы и амбулатории, ремесленные и художественные мастерские и обязательно — постоянно действующие курсы медицинских сестер. Уставы общин мало отличались друг от друга. Их неизменными условиями были целомудрие и строгость поведения, любовь и милосердие к ближнему, трудолюбие и самоотверженность, дисциплинированность и беспрекословное подчинение начальству. Уставы общин, хотя и были строгими, но в отличие от монастырских сохраняли за членами общины некоторые элементы свободы. Сестры имели право владеть наследственным и собственным имуществом, при желании могли вернуться к родителям, требующим ухода, или вступить в брак. Среди сестер милосердия было много женщин и девушек знатного происхождения. Однако устав не позволял делать никаких скидок, да никто и не стремился к привилегиям. Все с одинаковой самоотверженностью переносили тяготы трудовых будней мирного времени, лишения и опасности фронтовой жизни.

В 1844 г. в Санкт-Петербурге по инициативе и на средства Великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской была основана первая в России община сестер милосердия (с 1873 г. — Свято-Троицкая община сестер милосердия, названная так в честь существующей при общине церкви святой Троицы). Согласно уставу общины, который был утвержден в 1848 г., ее целью было попечение о бедных больных, утешение скорбящих, приведение на путь истинный лиц, предававшихся порокам, воспитание бесприютных детей и исправление детей с дурными наклонностями. Община включала отделение сестер милосердия, женскую больницу, богадельню для неизлечимых больных, исправительную школу, пансион, приют для приходящих детей, отделение «кающихся Магдалин», аптеку.

В общину принимались вдовы и девицы всех сословий в возрасте от 20 до 40 лет. Сестры не были связаны монашескими обетами, хотя религиозной направленности в их воспитании придавалось важное значение. Если сестра милосердия выходила замуж, то она исключалась из общины. Прежде чем получить звание сестры

милосердия, женщины должны были отработать в общине в течение года. По истечении испытательного срока женщина должна была решить, может ли она принять на себя обязанности сестры милосердия. Комитет общины также высказывал о ней свое мнение, которое было решающим. Процедура посвящения в сестры милосердия проходила в торжественной обстановке, так же как при посвящении в «сердобольные вдовы». Звание сестер милосердия в течение года получали 3—4 чел. Следует отметить, что суровый, ограничивающий инициативу и лишаящий свободы в личной жизни режим общины большинство сестер выносило не более 5—10 лет. Лишь отдельные сестры служили в общине пожизненно.

Профессиональная подготовка сестер милосердия была узко практической и включала обучение основным гигиеническим правилам ухода за больными, некоторым лечебным процедурам. Впоследствии сестры милосердия стали осуществлять уход за больными в малоимущих и бедных семьях. К деятельности Свято-Троицкой общины проявил большой интерес великий русский хирург Н. И. Пирогов. Он часто посещал ее, присутствовал на совещаниях комитета общины, давал советы, проводил сложные операции.

Деятельность Свято-Троицкой общины сестер милосердия с момента основания и до ликвидации в 1917 г. осуществлялась на благотворительные средства, в том числе средства царской семьи. Также община имела доход от оплаты ухода за больными в частных домах. Принц Александр Петрович Ольденбургский, являясь почетным опекуном общины, в 1886 г. создал при ней Пастеровскую прививочную станцию для лечения больных бешенством. А в 1890 г. на ее базе был создан Императорский институт экспериментальной медицины (первое в России научно-исследовательское учреждение в области медицины и биологии).

В 1844 г. в Санкт-Петербурге княгиня М. Ф. Барятинская основала общину сестер милосердия Литейной части. Целью общины было оказание помощи нуждающимся и страждущим, проживающим на территории данного района. Согласно уставу она состояла из следующих отделений: сестер милосердия, призываемых бедных старушек и детских ясель. В сестры милосердия принимались совершеннолетние девушки или вдовы после шестимесячного испытательного срока. Сестры осуществляли уход за больными, преимущественно бедными, в их жилищах. Кроме того, в 1854 г. при общине была открыта больница для раненых офицеров Балтийского флота, реорганизованная в 1856 г. во временный дом призрения для вдов и сирот офицеров, убитых в Севастополе. А с 1863 г. при общине стала работать детская больница на 10 коек.

В Санкт-Петербурге в 1859 г. Великой княгиней Александрой Петровной была учреждена Покровская община сестер милосердия. Целью общины являлось попечение о приходящих больных,

подготовка опытных сестер милосердия и воспитание бедных и бесприютных детей. Данная община включала отделение для сестер милосердия, больницу, лечебницу для амбулаторных больных, аптеку, отделение для грудных детей, отделение для детей младшего возраста (сюда принимались дети-сироты, калеки, слепые, дети из бедных семей), школу для мальчиков (которые оставались в общине до 12 лет), училище для подготовки фельдшерниц. В общину принимались девушки и вдовы в возрасте от 17 до 40 лет. Испытательный срок составлял 3 года. По его истечении в торжественной обстановке после принесения клятвы сестры получали золотой крест на ленте синего цвета с надписью «Любовь и милосердие». Сестры милосердия и воспитанницы училища дежурили в больнице, лечебнице для амбулаторных больных, аптеке и обязаны были выполнять распоряжения врачей. Обучение фельдшерниц включало два этапа: подготовительный (гимназический) и специальный (медицинский). Учебная программа предусматривала изучение анатомии, физиологии, физики, фармакологии, клинических дисциплин, малой хирургии, десмургии, методов ухода за больными. Курс обучения составлял 4 года. Окончившие училище сестры милосердия получали аттестат, дающий право работать в качестве помощника лекаря.

В 1861 г. княгиня М. М. Дондукова-Корсакова создала в Псковской губернии общину сельских сестер милосердия. В Москве в 1863 г. княгиня А. В. Голицына организовала приют для иногородних монахинь, а при нем больницу и общину сестер милосердия. А в 1866 г. появилась община сестер милосердия под названием «Утоли моя печали» (по названию иконы Божьей Матери), в создании которой принимала активное участие княгиня Н. Б. Шаховская. Данная община была создана при тюремной больнице, позднее при ней были открыты сиротский приют для девочек, больница и амбулатория. С течением времени община стала самой крупной в России.

В 1853—1856 гг. в результате столкновения политических и экономических интересов России и коалиции Турции, Англии, Франции и Сардинии на Ближнем Востоке началась Крымская война. Боевые действия преимущественно велись в Крыму и на Черном море, а также на Кавказе, Балтике и даже Камчатке. Первыми отправились оказывать помощь раненым на поле боя сестры милосердия Крестовоздвиженской общины (Община воздвижения животворящего креста сестер попечения о раненых и больных). Данная община была учреждена в 1854 г. в Санкт-Петербурге Великой княгиней Еленой Павловной Романовой и Н. И. Пироговым. Изначально общине хотели придать исключительно религиозный характер, но Н. И. Пирогов по-другому понимал назначение сестер милосердия. Он подчеркивал, что сестра милосердия не должна быть православной монахиней. Она должна быть



простой богопочтительной женщиной с практическим рассудком и хорошим техническим образованием, но непременно должна сохранить чувствительное сердце.

Крестовоздвиженская община стала первой готовить медицинских сестер не только для работы в госпиталях, но и для обслуживания раненых на поле боя. Ее устав был написан Н. И. Пироговым. Он считал: «...главная начальница общины и начальницы отделений сестер не должны пользоваться особыми привилегиями в общине. Так как это только увеличило бы расстояние между ними и сестрами, и роль начальниц в этом случае сводилась бы к общему наблюдению за сестрами, а не к конкретному руководству практической работой сестер по уходу за больными» (*Пирогов Н. И. Севастопольские письма и воспоминания / Н. И. Пирогов. — М., 1950. — С. 247*).

Так как формирование Крестовоздвиженской общины происходило в годы Крымской войны, комитет общины обратился с призывом к женщинам русского подданства о вступлении в ряды общины сестер милосердия. Женщины и девушки, принятые в общину, давали присягу. Около 3 мес они работали в 1-м сухопутном госпитале в Петербурге, а затем направлялись на театр военных действий в Крым или на север России (в связи с появлением неприятельского флота у берегов Финляндии). Часть сестер, которые были назначены старшими, в конце своей специальной подготовки проходили испытания в клиническом госпитале Петербургской медико-хирургической академии.

Великая княжна Елена Павловна настояла перед Николаем I на разрешении действительному статскому советнику Н. И. Пирогову отправиться в Крым и взять на себя руководство деятельностью сестер милосердия. Н. И. Пирогов с первым отрядом сестер милосердия численностью 28 чел. 12 ноября 1854 г. приехал в Севастополь. К приезду сестер милосердия госпитали Крыма уже были заполнены ранеными и больными. Женщины усердно следили за чистотой и порядком в палатах, своевременной сменой белья, заботились о питании больных, контролировали вкус и качество пищи. В тех случаях, когда врачи назначали индивидуальное питание больному, сестры сами варили порционные блюда.

Круг обязанностей сестер был очень обширен, и чем глубже они вникали в госпитальную жизнь, тем все больше находили применение своим силам. В декабре 1854 г. многие из сестер милосердия заболели сыпным тифом, и к ним на помощь из Санкт-Петербурга и Москвы прибыли «сердобольные вдовы», подготовленные к уходу за ранеными и больными. К 1855 г. в Севастополе и других городах Крыма оказывали помощь раненым и больным уже несколько отделений сестер Крестовоздвиженской общины. По распоряжению Н. И. Пирогова сестры милосердия были разделены на перевязывающих, аптекарш и сестер-хозяек.

Широкую известность получила Е. П. Карцева, приехавшая в Крым в 1855 г. и ставшая впоследствии одной из самых известных сестер милосердия. В последующем Е. П. Карцева возглавила в Симферополе отряд из 28 «дежурных» сестер, осуществляющих медицинский надзор за самыми тяжелыми ранеными и «ампутированными». Легендарную славу завоевала себе дочь матроса Даша Севастопольская (Д. Л. Михайлова). Сведения о жизни и судьбе этой русской воительницы сохранились в воспоминаниях Н. И. Пирогова. Солдаты и матросы называли Дашу сестричкой. Николай I приказал пожаловать ей золотую медаль на Владимирской ленте с подписью «За усердие» и 500 р. серебром, а также велел объявить, что по выходу ее в замужество пожалует ей еще 1 000 р. серебром на обзаведение.

Е. А. Хитрово, одна из первых российских сестер милосердия, соратница Н. И. Пирогова, получив домашнее образование, сначала работала воспитательницей, а в 1852 г. поступила в Одесскую богадельню сердобольных сестер, где в конце того же года приняла должность надзирательницы. Во время Крымской войны Е. А. Хитрово подготовила и направила на театр военных действий сестер милосердия из Одессы. Весной 1855 г. она отправилась в Николаев, в июне в Херсон, а в августе в Крым «ревизовать» работающие там отделения Крестовоздвиженской общины.

Особое место среди сестер милосердия заняла Е. М. Бакунина, истинная аристократка, глубоко верующая женщина. Она одной из первых отправилась в составе Крестовоздвиженской общины в Крым для оказания помощи раненым и больным воинам, вначале работая обычной сестрой, а затем по настоянию Великой княгини Елены Павловны во главе общины. На этом посту Е. М. Бакунина проявила большие организаторские способности, неустанно объезжая самые отдаленные госпитали, вникая в проблемы снабжения медикаментами, продовольствием, теплой одеждой. По ее ходатайству раненым регулярно выдавалось теплое белье. Часто она сопровождала обозы с ранеными, разделяя с ними все невзгоды тяжелого пути и оберегая от равнодушия и разгильдяйства нерадивых работников. По окончании войны Е. М. Бакунина продолжила возглавлять Крестовоздвиженскую общину сестер милосердия.

Героическое участие сестер милосердия в Крымской войне привело к рождению, по словам известного ученого-хирурга И. А. Вельяминова, медицинской сестры. В 1863 г. был издан приказ военного министра Д. А. Милютинина о введении по договоренности с общиной постоянного сестринского ухода за больными в госпиталях. Эту дату следует считать годом рождения профессии медицинской сестры в России, что, несомненно, стало важным событием в борьбе за женское равноправие. Сестрам, прослужившим в госпиталях не менее 25 лет, назначали из государственной казны пенсию в размере 100 р.

В 1878 г. в Одессе была создана Касперовская община сестер милосердия (названная так в честь местной чудотворной иконы Касперовской Божьей Матери). Целью общины была подготовка женщин для оказания помощи раненым и больным в военное и мирное время в военных госпиталях, гражданских лечебных заведениях и у частных лиц. Поступающие в общину женщины назывались испытуемыми (сестрами-ученицами). В течение 2 лет они получали теоретическую и практическую подготовку в городской лечебнице под руководством работающих в ней врачей.

В 1897 г. Общество Красного Креста учредило в Санкт-Петербурге институт братьев милосердия, программа подготовки которого не отличалась от программы подготовки сестер милосердия. В военное время братья милосердия оказывали помощь раненым на поле боя, в перевязочных пунктах, находившихся на передовых позициях, осуществляли уход за больными в госпиталях и лазаретах, сопровождали транспорт с ранеными.

В 1914 г. началась Первая мировая война. С первых же дней все находившиеся в России женщины дома Романовых принялись за организацию лазаретов, санитарных поездов, складов белья и медикаментов, приютов и мастерских для увечных воинов, помощи семьям солдат. Уже к декабрю 1914 г. в Москве было открыто 800 лазаретов. Вдовствующая императрица Мария Федоровна учредила госпитали в Минске, Киеве и Тифлисе. Организовали лазареты и все Великие княжны. Но они не ограничились только попечительством и ассигнованием денег. Когда началась война, императрица Александра Федоровна вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татьяной прошла кратковременные курсы по уходу за ранеными. Они ежедневно трудились в Царскосельском лазарете простыми сестрами милосердия: подавали на операциях инструменты, делали перевязки, в том числе самые сложные, требовавшие большого профессионализма, ухаживали за ранеными, чистили инструменты, работали на складе — делали бинты, готовили к отправке на фронт одежду и медикаменты. В сохранившихся дневниках Великой княгини Ольги Николаевны особенно чувствуется неподдельный интерес, любовь и сострадание к людям. Императрица Александра Федоровна писала о перевязках, которые делала, состоянии подопечных раненых, смерти тех, к кому успела привязаться и кого успела полюбить.

В 1914 г. вышло распоряжение пригласить на добровольных началах вдов и направить их в Санкт-Петербургскую больницу для «прямого назначения как ходить и смотреть за больными». После годичного испытания они были приведены к присяге, после которой на каждую посвященную вдовствующая императрица Мария Федоровна возложила особый знак — золотой крест, на одной из сторон которого было написано «Сердоболие». Женский труд в медицине стал заметным явлением и занял подоба-

ющее ему место в лечении и уходе за ранеными и больными. Высокие моральные качества, служение страдающим людям стали традицией русских сестер милосердия.

До Октябрьской революции подготовка медицинских сестер практически не велась. Впоследствии подготовкой медицинских сестер занялись в специальных школах, открытых в 1920 г. Для этих школ Наркомздрав утвердил «План обучения и программы школ сестер милосердия». В задачу школ входила подготовка «ухаживающего» персонала. В Положении о школах особенно подчеркивалась необходимость сугубо практического метода обучения, поэтому признавалось необходимым постоянное пребывание учащихся в больнице на протяжении всего рабочего дня. В 1927 г. было утверждено Положение о медицинской сестре, в котором были четко определены обязанности медицинской сестры по уходу за больными. С этого времени профессиональный статус медицинской сестры был определен. В системе здравоохранения стали появляться должности сестер-руководителей. В 1977 г. в штатное расписание ввели должность старшей медицинской сестры, а в 1979 г. — главной медицинской сестры.

Современное сестринское дело многопрофильно. Основными профилями медицинской сестры являются:

- главная медицинская сестра;
- старшая медицинская сестра;
- сестра-хозяйка отделения;
- палатная медицинская сестра;
- младшая медицинская сестра;
- операционная медицинская сестра;
- участковая медицинская сестра;
- медицинская сестра психиатрического учреждения;
- медицинская сестра-анестезист;
- медицинская сестра физиотерапевтического отделения;
- медицинская сестра стоматологического отделения;
- медицинская сестра по диетическому питанию;
- медицинская сестра социальной помощи.

Развитие всех видов специализированной медицинской помощи, применение новейших методов диагностики и лечения выдвигают и новые требования к подготовке медицинских сестер.

### **Контрольные вопросы**

1. Когда возникло сестринское дело в России?
2. Как создавались сестринские общины в России?
3. Каким был круг обязанностей «сердобольных вдов»?
4. Когда и как была создана первая в России община сестер милосердия?
5. Какую роль сыграли Е. П. Карцева, Е. А. Хитрово, Е. М. Бакунина в развитии сестринского дела в России?

## ФИЛОСОФИЯ И ЭТИКА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

### 3.1. Особенности философии сестринского дела

Философия (от греч. *phil* — любовь, *sophia* — мудрость; в более точном понимании — стремление к истине) как система обобщенных и целостных представлений о мире является самой древней наукой, насчитывающей в своем развитии около трех тысячелетий. Философские знания начали формироваться в VII—VI вв. до н. э. в Индии, Китае, Греции, Риме.

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

Философия медицины начала формироваться еще в Древней Греции. Богиней — покровительницей здоровья и предупреждения болезней — являлась Гигиеня, олицетворяющая милосердие, красоту и мудрость, гармонию разума и чувства, души и тела. Выдающийся греческий философ Эпикур утверждал, что медицина и философия бесполезны, если первая не излечивает тело, а вторая — душу. Ф. Бэкон, представитель эпохи Нового времени, писал, что медицина, не основанная на философии, не может быть надежной.

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

Философия любой профессии, в частности сестринского дела, всегда находится в развитии. Взгляды общества на те или иные ценности постоянно претерпевают изменения, поэтому меняется и мнение о профессии медицинской сестры. Философия сестринского дела существенно отличается не только в разных регионах,

национальных группах, но и в лечебно-профилактических, медицинских образовательных учреждениях. Реформа здравоохранения в России подразумевает выработку нового взгляда и на сестринское дело, потому что будущему среднему медицинскому персоналу придется работать при новых социально-экономических условиях.

В философии сестринского дела можно выделить четыре основных понятия:

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

*Искусство* оказывает большое воздействие на духовный мир человека. Сила воздействия искусства на общее состояние и настроение человека и его благотворное влияние на здоровье были замечены еще в глубокой древности. В свое время Ф. Найтингейл говорила, что сестринское дело — одно из древнейших искусств и одна из самых молодых наук, которая концентрируется на заботе о пациентах.

Как *наука* сестринское дело опирается не только на медицинские знания, но и на психологию, социологию, культурологию, историю, этику и эстетику. В процессе профессиональной деятельности у сестринского персонала вырабатывается определенный концептуальный подход, на базе которого составляются обширные описательные характеристики особенностей сестринского дела. Они образуют прочную основу для создания теории сестринского дела.

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

*Окружающая среда* всегда оказывала влияние на жизнедеятельность людей. Еще Гиппократ исходил из определяющего влияния факторов окружающей среды на формирование телесных (конструкция) и душевных (темперамент) свойств человека. Он выделял эти факторы (климат, погода, состояние ветров, воды, почвы, рельеф местности, образ жизни людей, их привычки, законы страны,

даже формы государственного устройства и др.) с точки зрения их влияния на человека. Ф. Найтингейл также считала окружающую среду существенным фактором в предотвращении заболеваний и поддержании здоровья.

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

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

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

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

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

### **3.2. Этические принципы сестринского дела**

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

Этические обязанности медицинской сестры в процессе работы с пациентом — это определенный круг действий, безусловных для выполнения (например, уважать пациента и его право на самоопределение, т. е. выявление своей воли в отношении чего-либо; не причинять вреда; держать слово; сотрудничать с пациентом).

Пациент — это человек, который нуждается в сестринском (медицинском) уходе и получает его. В системе взаимоотношений «медицинский работник — пациент» им обоим принадлежит одинаково важная роль. Пациенты могут быть разного пола, возраста, национальности, специальности, социального статуса, состояния здоровья. Однако все они имеют право на то, чтобы медицинская сестра видела в них личность, заслуживающую уважения, внимания, сострадания. Особое внимание приобретает значение самоопределения (самостоятельности, автономности) пациента в лечебном процессе, защищенного посредством согласия на лечение, которое он дает после того, как получит информацию о состоянии своего здоровья.

Сотрудничество с пациентом означает совместную работу над решением проблем с его здоровьем. Взаимоотношения медицинских работников и пациентов должны быть партнерскими. В современной медицине надежность партнера зачастую определяет успех лечения, операции, диагностической или профилактической процедуры. Медицинские сестры не только участвуют в лечении, но и вносят в него очень важную часть, долю труда, без которой не может обойтись ни хирург, ни терапевт. В процессе таких взаимоотношений формируется коллектив (команда) — объединение людей, связанных постоянной совместной работой или деятельностью.

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

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

Этический принцип приносить добро другому, действие, направленное на благо другого человека или общности, называется благодеянием. Это не только доброжелательность, бескорыстие, щедрость, но и понимание другого человека, сострадание к нему, соучастие в его судьбе.

Философия, которая рассматривает человека как наивысшую ценность и поощряет его творческое и моральное развитие созна-



тельным разумным путем, называется гуманизмом. Идея гуманности формируется уже в середине 1-го тысячелетия до н. э., встречается в Библии, у Гомера, в древнеиндийских, древнекитайских, древнегреческих философских источниках VI—IV вв. до н. э. Идея гуманности заложена уже в знаменитом «золотом правиле нравственности»: поступай по отношению к другим так, как ты хотел бы, чтобы они поступали по отношению к тебе.

Неотъемлемым качеством медицинской сестры в работе с любым пациентом является забота. Формы проявления заботы зависят от самой сестры, больного и ситуации, в которой проводится деятельность по уходу за больным.

Совокупность высоких моральных качеств, а также уважение этих качеств в самом себе формирует в человеке достоинство. Осознание собственного достоинства наряду с совестью и честью является одним из способов понимания человеком ответственности перед собой как личностью. Совесть, в свою очередь, является внутренним контрольным механизмом, показывающим, в какой мере личность сохраняет верность своим нравственным убеждениям и в какой мере сами нравственные убеждения соответствуют принятым общественным образцам.

Если представление о достоинстве личности исходит из принципа равенства всех людей в моральном отношении, то понятие «честь», наоборот, дифференцированно оценивает людей, что находит отражение в их репутации. Честь требует от человека поддерживать (оправдывать) ту репутацию, которой обладает он сам или коллектив, к которому он принадлежит. Репутация — это сложившееся у окружающих мнение о нравственном облике того или иного человека (коллектива), основанное на его предшествующем поведении и выражающееся в признании его заслуг, авторитета, в том, что от него ожидают в дальнейшем, какая мера ответственности на него возлагается и как оцениваются его поступки.

### 3.3. Типы медицинских сестер

Венгерский психолог И. Харди обратил внимание на особенности различных типов медицинских сестер, с тем чтобы помочь специалистам увидеть себя со стороны.

**Сестра-рутинер (робот).** Большинство медицинских сестер относятся к этому типу. Наиболее характерной чертой таких сестер является механическое исполнение своих обязанностей. Они выполняют порученные задания с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, ловкостью и умением. Однако действуя строго по инструкции, такие сестры не вкладывают в свою работу душу, работают подобно автомату. Они воспринимают пациента как

необходимое приложение в инструкции по его обслуживанию, их взаимоотношения с больным лишены эмоционального сочувствия и сопереживания. Именно такая медицинская сестра способна разбудить спящего больного, чтобы в назначенное время дать ему снотворное.

**Сестра, играющая заученную роль.** Поведение такой сестры отличается неестественностью, наигранностью. Она как бы исполняет заученную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Такая сестра начинает играть роль благодетельницы. Ее поведение становится искусственным, показным. Неестественность в общении мешает ей устанавливать контакты с людьми, поэтому такая сестра должна сама пройти курс коррекции неадаптивной формы своего профессионального поведения, четко определить профессиональные цели, выработать адекватный стиль общения с пациентом.

**«Нервная» сестра.** Эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная сестра склонна к обсуждению личных проблем, что может явиться серьезной помехой в успешной работе с пациентами. Часто можно видеть хмурую с обидой на лице сестру среди ни в чем не повинных пациентов. В лечебном учреждении не должно быть медицинских сестер с таким типом непрофессионального поведения. Это свидетельствует о некачественном профессиональном отборе кадров, огрехах в работе администрации. «Нервная» сестра — это патологическая личность либо человек, страдающий неврозом.

**Сестра с мужеподобной, сильной личностью.** Больные уже издали узнают ее по походке или зычному голосу, побыстрее стараются привести в порядок свои тумбочки и кровати, убрать лишние вещи. Такую сестру отличает настойчивость, решительность, возмущение по поводу малейшего беспорядка. В благоприятных случаях сестра с такой личностью может стать прекрасным организатором, хорошим педагогом.

При недостатке культуры, образованности, более низком уровне развития сестра слишком негибка, часто груба и даже агрессивна с пациентами.

**Сестра материнского типа.** Такая сестра выполняет свою работу с максимальной заботой и сочувствием к пациентам. Работа для таких сестер — неотъемлемое условие жизни. Забота о пациентах является жизненным призванием. Часто и их личная жизнь пронизана заботой о других, любовью к людям.

**Сестра-специалист.** Такие сестры благодаря какому-то особому свойству личности проявляют любознательность в определенной сфере профессиональной деятельности и получают специальное назначение. Иногда это фанатики своей узкой деятельности, не способные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся.

## **Контрольные вопросы**

1. Назовите основные термины, используемые в сестринском деле.
2. Охарактеризуйте основные типы медицинских сестер.
3. Что является этическим компонентом философии сестринского дела?
4. Дайте характеристику основному принципу философии сестринского дела.
5. Какова историческая необходимость возникновения сестринской философии?

**ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ****4.1. Сущность общения**

Общение свойственно всем высшим живым существам, но на уровне человека оно приобретает самые совершенные формы, становится осознанным и опосредованным речью.

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

В общении выделяют содержание, цель, средства, виды, функции, формы, стороны, барьеры (см. подразд. 4.3).

*Содержание общения* — это информация, которая передается от одного живого существа к другому в межличностных контактах. Это могут быть сведения об эмоциональном и мотивационном состоянии пациента или медицинского работника, информация о запланированном лечении или профилактике, сигнал об опасности в состоянии здоровья или известие о выздоровлении, восприятие и характеристика окружающего мира.

По содержанию можно выделить общение:

- материальное — обмен продуктами и предметами деятельности, которые в свою очередь служат средством удовлетворения актуальных потребностей субъектов;
- когнитивное — обмен знаниями, т.е. общение, связанное с различными видами познавательной или учебной деятельности (например, обучение пациента элементам самоухода или информирование о правильном приеме лекарственных препаратов);
- деятельное — обмен действиями, операциями, умениями, навыками, т.е. информация, совершенствующая и развивающая способности субъекта (например, обучение членов семьи пациента умению оказать ему доврачебную помощь при приступе бронхиальной астмы или формирование у пациентки навыка по самообследованию молочной железы);
- кондиционное — обмен психическими или физиологическими состояниями; при данном общении один человек оказывает на другого влияние, рассчитанное на то, чтобы привести его в определенное физическое или психическое состояние и тем самым воздействовать на самочувствие (например, поднять настрое-

ние хорошей информацией или испортить плохим сообщением, успокоить человека или, наоборот, активизировать);

- мотивационное — обмен побуждениями, целями, интересами, мотивами, потребностями; в данном случае от одного человека к другому передаются определенные установки или готовность к действиям в определенном направлении (например, инструктор настраивает пациента на интенсивные занятия лечебной физической культурой, мотивируя положительными результатами по восстановлению функции пораженной конечности).

*Цель общения* — это то, ради чего у человека возникает данный вид активности. Если у животных цели общения обычно не выходят за рамки удовлетворения актуальных для них биологических потребностей, то у человека они представляют собой средство удовлетворения многих разнообразных потребностей: социальных, культурных, познавательных, творческих, эстетических, интеллектуального роста, нравственного развития и др. По целям общение делится:

1) на биологическое — необходимое для поддержания, сохранения и развития организма (например, обсуждение системы рационального питания или информация об употреблении необходимого количества жидкости в сутки), т. е. сведения, связанные с удовлетворением основных физиологических потребностей;

2) социальное — направленное на расширение и укрепление межличностных контактов, установление и развитие отношений между индивидами (например, формирование отношений между медицинским работником и пациентом, между медицинской сестрой и врачом или между сестрой-руководителем и подчиненными).

*Средства общения* делятся на две группы: терапевтические и нетерапевтические. К терапевтическим средствам общения относятся:

- пристальное внимание;
- терапевтическое прикосновение;
- контакт глаз.

К нетерапевтическим средствам общения относят:

- избирательное или невнимательное выслушивание;
- констатация заключения;
- безличное отношение;
- неоправданное доверие;
- утаивание информации;
- фальшивое успокаивание;
- морализаторство;
- критика, угрозы.

Существуют различные *виды общения*, основными из которых являются:

- личностное — сосредоточенное вокруг психологических проблем внутреннего характера, тех интересов и потребностей, которые глубоко затрагивают личность человека (например, обсужде-

ние с пациентом его отношения к тому или иному члену семьи или выяснение у пациента подробностей его интимной жизни);

- инструментальное — не является самоцелью, не стимулируется самостоятельной потребностью, но преследует какую-либо иную цель, кроме получения удовлетворения от самого процесса общения (например, в силу своих профессиональных обязанностей медицинской сестре иногда приходится общаться с родственниками пациента, очень далекими от его проблемы со здоровьем и не желающими в нее вникать; единственное, что их интересует — это оформление наследства);

- целевое — само по себе служит средством удовлетворения определенной потребности (например, палатная медицинская сестра обсуждает со старшей сестрой отделения график своего повышения квалификации в текущем году);

- деловое — служит средством повышения качества какой-либо совместной деятельности людей, т.е. его содержанием является то, чем заняты люди, а не те проблемы, которые затрагивают их внутренний мир (например, сестра-организатор обсуждает с подчиненными необходимость и эффективность внедрения сестринских технологий в профессиональную деятельность).

*Функции общения* определяются в соответствии с его содержанием. Сочетаясь, они придают процессу общения определенную специфику. Различают следующие функции общения:

- инструментальная — характеризует общение как социальный механизм управления и передачи информации, необходимой для выполнения какого-либо действия;

- интегративная — является средством объединения людей;

- самовыражения — определяет общение как форму взаимопонимания психологического контекста;

- трансляционная — передает конкретные способы деятельности, оценки и т.д.;

- экспрессивная — взаимопонимание переживаний и эмоциональных состояний;

- социального контроля — регламентация поведения и деятельности;

- социализации — формирование навыков взаимодействия в соответствии с принятыми нормами и правилами.

Общение достаточно разнообразно по своим *формам*. Прямое общение подразумевает естественный контакт «лицом к лицу» при помощи вербальных (речевых) и невербальных (жесты, мимика, пантомимика) средств, когда информация лично передается от медицинской сестры пациенту. Косвенное общение характеризуется включением в процесс общения дополнительного участника как посредника, через которого происходит передача информации (например, акушерка передает необходимую информацию по режиму посещения Школы молодых мам супругу беременной женщины).

Непосредственное общение является исторически первой формой общения людей друг с другом. Оно осуществляется с помощью тела, конечностей, органов: рук, голосовых связок, туловища и т. п. (например, при разговоре с тяжелобольным пациентом важно поглаживать его по рукам, голове). Опосредованное общение рассматривается как неполный психологический контакт при помощи письменных или технических устройств, затрудняющих или отдаляющих во времени получение обратной связи между участниками общения (например, медицинская сестра оставляет пациенту записку о необходимости прийти на прием к участковому терапевту).

Массовое общение подразумевает множественные непосредственные контакты незнакомых людей (например, консилиум врачей у постели пациента) и коммуникацию, опосредованную средствами массовой информации (например, реклама минеральной воды).

Межличностное общение связано с непосредственными контактами людей в группах, постоянных по составу участников (врач — медицинская сестра — пациент — родственники). Оно подразумевает известную психологическую близость партнеров: знание индивидуальных особенностей друг друга, наличие сопереживания, понимания, совместного опыта деятельности. Выделяют три типа межличностного общения.

1. Императивное общение — авторитарная, директивная форма воздействия на собеседника с целью достижения контроля над его поведением и внутренними установками, принуждения к определенным действиям или решениям (например, использование внутри ЛПУ указаний, приказов, требований, распоряжений, касающихся организации сестринской деятельности). Особенностью императивного общения является то, что конечная цель общения — принуждение человека — не завуалирована.

2. Манипулятивное общение предполагает воздействие на партнера по общению с целью достижения своих скрытых намерений, а также обретение контроля над поведением и мыслями другого человека.

Собеседника не информируют об истинных целях общения: их либо просто скрывают, либо подменяют другими (например, при работе с тяжелобольным или трудноуправляемым пациентом допускается некоторое утаивание информации или ее интерпретация с целью более быстрого получения результатов по улучшению состояния здоровья). Но необходимо понимать, что манипулятивное отношение к другому человеку приводит к разрушению доверительных связей между людьми.

3. Диалогическое общение позволяет перейти от фиксированной на себе установки к установке на собеседника (например, медицинская сестра обсуждает с пациентом его самочувствие после посещения барокамеры).

Диалог возможен лишь в случае соблюдения следующих правил взаимоотношений:

1) психологический настрой на состояние собеседника и собственное психологическое состояние — общение по принципу «здесь и сейчас» с учетом тех чувств, желаний и физического состояния, которые собеседники испытывают в данный момент;

2) безоценочное восприятие личности партнера, доверие к его намерениям;

3) восприятие партнера как равного, имеющего право на собственное мнение;

4) содержанием общения должны являться не прописные истины, а проблемы и нерешенные вопросы;

5) персонификация общения — разговор от своего имени, без ссылки на мнения и авторитеты, представление своих собственных чувств и желаний.

Способность к такому общению — величайшее благо для человека, так как оно по мнению специалистов обладает психотерапевтическими свойствами, приближает человека к большему психическому здоровью, уравновешенности и целостности.

## 4.2. Структура и уровни общения

**Структура общения.** В общении выделяют три взаимосвязанные стороны.

*Коммуникативная сторона* общения состоит во взаимном обмене информацией между собеседниками, передаче и приеме знаний, мнений, чувств.

Универсальным средством коммуникации и общения является речь, с помощью которой не только передается информация, но и осуществляется воздействие собеседников друг на друга (например, беседа палатной медицинской сестры с пациентом по поводу того, каким должен быть его образ жизни в период реабилитации в домашних условиях).

*Интерактивная сторона* общения (от англ. *interaction* — взаимодействие) заключается в обмене действиями, организации межличностного взаимодействия, позволяющего реализовать общую деятельность (например, обсуждение медицинской сестрой и пациентом, перенесшим инсульт, взаимных обучающих действий в процессе становления его эффективной жизнедеятельности).

*Перцептивная сторона* общения — это процесс воспитания, познания и понимания людьми друг друга с последующим установлением определенных межличностных отношений (например, акушерка убеждает молодую супружескую пару, готовящихся стать родителями, в необходимости соблюдать здоровый образ жизни).

Также в общении выделяют пять звеньев:



1) отправитель информации, т.е. человек, начинающий общение;

2) само общение, т.е. передаваемая вербальная (речевая) и невербальная (неречевая) информация;

3) используемый канал передачи информации (речевой, неречевой, письменный и т.д.);

4) получатель информации, т.е. партнер по общению, или собеседник;

5) факт подтверждения или не подтверждения собеседником получения информации, т.е. обратная связь. Данный фактор является чрезвычайно важным для осуществления эффективного общения между людьми.

Кроме того, специфика межличностной коммуникации раскрывается в таких процессах, как обратная связь, наличие коммуникативных барьеров, феномен коммуникативного влияния, существование различных уровней передачи информации.

Необходимо отметить, что в процессе общения лицо, передающее информацию, принято называть *коммуникатором*, а лицо, получающее эту информацию, — *реципиентом*.

По оценке специалистов только 7% информации передается словами, 38 определяется тем, как эти слова произносятся, а 55% — выражением лица.

**Уровни общения.** Различают несколько уровней общения (А. К. Хетагурова, 2003).

1. *Общение на уровне контакта «масок».* Это уровень формально-го общения, при котором у собеседника отсутствует потребность и стремление к глубокому пониманию партнера по общению. В процессе такого общения используется набор стандартных социально-психологических «масок»: вежливости, участия, почтительности, строгости, безразличия, нейтральности и т.п. (например, сбор паспортных данных у пациента).

Под «маской» подразумевается определенный стандартный набор жестов, мимики, слов, интонаций, позволяющих человеку, во-первых, скрыть свое истинное отношение к собеседнику, во-вторых, защититься от нежелательного вторжения других в свой внутренний мир, в-третьих, при необходимости сгладить «острые углы» в отношениях.

2. *Примитивный уровень общения.* На данном уровне общения другой человек оценивается с точки зрения нужности или ненужности, полезности или бесполезности и т.п. При нужности и полезности с человеком вступают в контакт, при ненужности — не вступают или грубо отталкивают, если он мешает достижению какой-либо цели. В данном случае человек фактически используется как вещь, так как после получения желаемого результата интерес к нему, как правило, быстро исчезает. При общении с пациентом данный вариант недопустим.

3. *Манипулятивный уровень общения.* Данный уровень общения близок к примитивному, так как также предполагает лишь получение какой-либо выгоды от собеседника, но при этом истинная цель всячески от него скрывается. При манипулятивном общении активно используются самые разнообразные способы психологического воздействия на человека и управления им, такие как лесть, проявление расположенности, покровительства, запугивание, неявный шантаж, «пускание пыли в глаза», обман и др. Данный уровень общения также недопустим в медицинской практике.

4. *Формально-ролевой уровень общения.* На данном уровне общения каждый участник действует строго в соответствии со своей социальной ролью и положением. Индивидуальные личностные качества человека, его внутренний мир, проблемы фактически не учитываются. В медицинской практике такой уровень допустим в редких случаях — экстремальных ситуациях, когда пациенту необходимо оказать неотложную помощь.

5. *Светский уровень общения.* Для этого уровня общения характерны поверхностность и беспредметность. Люди при светском уровне общения обмениваются фразами, словами, восклицаниями, знаками внимания в строгом соответствии с общепринятыми правилами данного общества. В редких случаях такой уровень допустим при общении с коллегами и пациентами.

6. *Деловой (профессиональный) уровень общения.* Деловое общение возникает у людей, как правило, в связи с их участием в определенной общей деятельности и имеет целью достижение общего результата. При этом учитываются индивидуальные особенности личности собеседника, но интересы дела и само действие оказываются гораздо важнее, чем личные (межличностные) отношения. Даже возможные расхождения во взглядах или мнениях, как правило, уходят на второй план. Данный уровень общения сближает людей и сплачивает коллектив, он желателен в рабочей обстановке (например, процесс внедрения новых сестринских технологий в деятельность ЛПУ).

7. *Творчески активный уровень общения.* Этот уровень общения характерен, как правило, для творческих групп и коллективов, т. е. для людей, связанных какой-либо совместной творческой деятельностью и заинтересованных в общем результате работы. Он предполагает открытый, доверительный стиль общения, а также продуктивный обмен мыслями, идеями, мнениями, суждениями, разработками.

Такое общение, как и деловое, сближает, объединяет людей, сплачивает коллектив в творческую группу (например, организация медицинскими сестрами терапевтического и хирургического отделений конкурса «Лучший по профессии»). Данный уровень общения является одним из самых интересных и продуктивных и очень важен при контактах как с коллегами, так и с пациентами, поскольку дает возможность перехода к следующему уровню общения.