

E. 8575

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СВЕТЕ 38 РЕГИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ В ЕВРОПЕ

ДОКУМЕНТ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

Отдел сестринского дела/акушерства
Европейское региональное бюро
Всемирная организация здравоохранения

NURS/EURO 86.3 SEE CORR.
2576A
Оригинал: Английский

1987 г.

Примечание

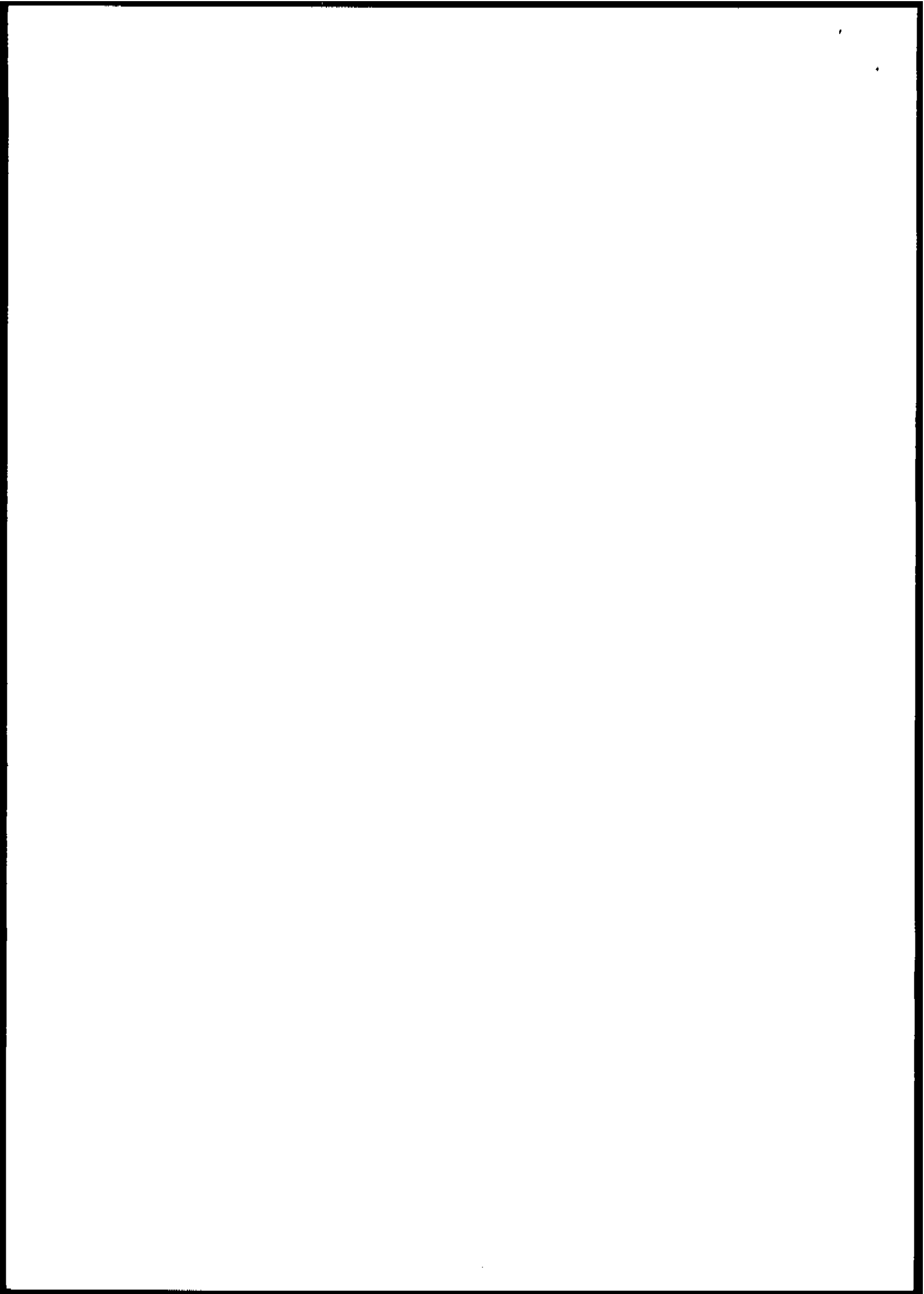
Настоящий документ не является официальной публикацией. Не разрешается рецензировать, аннотировать, цитировать или переводить этот документ без согласия Всемирной организации здравоохранения. Вся ответственность за взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

ДОБАВЛЕНИЕ К

ДОКУМЕНТУ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

"СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СВЕТЕ 38 РЕГИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ
ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ В ЕВРОПЕ"

Отдел сестринского дела/акушерства
Европейское региональное бюро
Всемирная организация здравоохранения



ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРИНЯТЫЕ В ЕВРОПЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:

КРАТКИЙ ОБЗОР СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ПО СТРАНАМ*

Страна	Разработчик (и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
АВСТРИЯ	- - - - -	Положения австрийского законодательства, регулирующие сестринскую практику	Dittrich
	- - - - -	Среднесрочная программа (ССП) ВОЗ/ЕРБ, в частности, компонент сестринского процесса, используемый в качестве основы всеобъемлющего сестринского обслуживания	
БЕЛЬГИЯ	- - - - -	Законодательные положения, касающиеся сестринского дела в Бельгии	Berwaerts
	Grypdonck	Интегрированная модель сестринского обслуживания, в основу которой положена концепция Роджерса о человеке, самопомощи и защите интересов пациента	Grypdonck
	- - - - -	Модель ССП ВОЗ/ЕРБ по сестринскому процессу	Delmotte
	Orem	Стимулирование самопомощи	там же
	Henderson	14 жизненно важных потребностей	там же
	Grypdonck Mariner Rodenbach	Интегрированная модель сестринского дела Сестринский процесс	de Baets

* Составлен на основании отчетных материалов, представленных странами (т.е. всего 22 страны и 49 лиц и организаций), которые участвовали в организованном по инициативе отдела сестринского обслуживания Европейского регионального бюро ВОЗ обзоре в целях подготовки настоящего дискуссионного документа. Указанные комментарии приводятся дословно.

Страна	Разработчик (и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ГДР	- - - - -	Правила, регулирующие базисную/постбазисную подготовку и непрерывное совершенствование сестринского персонала	Lebentrau
ГРЕЦИЯ	- - - - -	Законодательные положения, регулирующие подготовку сестринских кадров и практику сестринского обслуживания	Gennimatas
	- - - - -	Огромное влияние на сестринское обслуживание оказывает греческая философия и гуманистические тенденции развития цивилизации. Основное внимание уделяется подходу с позиций ПМСП	
ДАНИЯ	- - - - -	Модель ССП ВОЗ/ЕРБ по сестринскому процессу Взаимодействие сестринского персонала в целях решения проблем	Björn
	Eriksson		
	Orem Roy Neuman	Стимулирование самопомощи Адаптация	Holm-Christensen; Westphal-Christensen
	Salling Larsen	На основании материалов, касающихся процесса сестринского обслуживания и подготовленных Maslow и Piaget.	Björn
	Roy, Orem, Neuman, Eriks- son Peplau, Travelbee, Wiedenbach, Hall, Orlando, Rogers, King, Henderson	В настоящее время используются в учебных заведениях и некоторых учреждениях	Salling Larsen Nicolaysen Mortensen Björn

Страна	Разработчик (и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ДАНИЯ (продолжение)	Медицинские сестры Дании, работающие в области профессиональной гигиены	Здоровье = <u>Ресурсы человека</u> вредное воздействие окружающей среды	Pryds Jensen
ИЗРАИЛЬ	Levine	Сохранение энергии и структурной, личностной и социальной целостности	Ben Dov
	Henderson	14 жизненно важных потребностей	
	- - - - -	Модель первичного сестринского обслуживания	
ИСПАНИЯ	- - - - -	Закон о здравоохранении (1985 г.), в соответствии с которым лечебная медицина должна быть ориентирована на решение задач профилактики	da la Cuesta
	Henderson Orem Peplau Rogers Roy	Применяются такие концепции, как холистическая, всеобъемлющая и индивидуализированная сестринская помощь	там же
	Henderson Orem	В соединении с моделью медицинского обслуживания	Piulachs
	- - - - -	Сестринское образование и практика переориентированы в соответствии с движением ЗДВ и целями ПМСП	Ovalle
	Piulachs	Предоставление комплексного обслуживания в целях всестороннего развития личности; активная поддержка со стороны сестринского персонала мероприятий по достижению здоровья для всех при выделении минимальных ресурсов	Piulachs

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ИТАЛИЯ	- - - - -	Полная переориентация медико-санитарной помощи в свете реформы здравоохранения Сестринский процесс	Raccagnella
МОНАКО	Henderson	14 жизненно важных потребностей и обеспечение качества	Gastaud Ghizzi
НИДЕРЛАНДЫ	Henderson King Roy Orem Grypdonck Leininger van den Brink-Tjebbes	Данная концепция используется при повышении квалификации в процессе работы (используется при обучении на постдипломных курсах) Стимулирование самопомощи Теория создания определенной ситуации Антропологическая модель сестринского дела Модель "существование-помощь"	von Nordheim
НОРВЕГИЯ	Henderson Orem Walseth	Перенос акцента на укрепление здоровья и профилактику заболеваемости	Haugen-Bunch Rustad
ПОЛЬША	- - - - - - - - - -	Санитарное просвещение, профилактика и реабилитация (физическая и психологическая), помощь на основе потребностей Совершенствование процесса обучения сестринскому делу	Koronka Samerek
ПОРТУГАЛИЯ	Horta	Предупредить дисбаланс и помочь установлению равновесия, заставляя реципиента проделывать определенные процедуры, помогая ему, ориентируя его, наблюдая за ним и руководя его действиями	Cunha Rosa Macedo

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ПОРТУГАЛИЯ (продолжение)	Henderson Orem	14 жизненно важных потребностей и самопомощь (навыки приобретаются в сестринских учебных заведениях)	Cunha Rosa
	Poletti	Холизм и охрана здоровья, основанная на самопомощи, включая способность справиться с болезнью, непосредственно связаны с образом жизни и могут привести к росту понимания особенностей организма, гармонии и способности справиться с недугом. Задача сестринского персонала помочь развитию этих навыков	там же
	- - - - -	Сестринский процесс	Macedo
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО	Roper, Logan & Tierney Roy, Orem	Выполнение повседневных функций	Poole
	Orem Roy Henderson Johnson, Newman	Самопомощь Процессы адаптации 14 жизненно важных потребностей - - - - -	Kitson
	- - - - -	Выявление положительных сторон и проблем, встречающихся при использовании моделей сестринского обслуживания	Kitson

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО (продолжение)	Kitson, Griffin, Tiffany, Watson, Orem, Leininger Johnson, Newman Henderson Roper, Logan & Tierney	Анализ различных концепций оказания помощи, начиная с моральной, эмоциональной и познавательной и кончая ориентированной на выполнение конкретных задач моделью оказания медицинской помощи, 10 факторам и лечебного процесса, характерными для взаимоотношений на уровне личности и выявлением определяющих и отличительных аспектов обслуживания универсального и неуниверсального характера	Kitson
	Kitson	Определение признаков и перспектив оказания непрофессиональной и профессиональной помощи, а также организации производственных условий с учетом задач, стоящих перед сестринским персоналом	Kitson
	Roper, Logan & Tierney	Выполнение повседневных функций	Allen
	- - - -	"Женский клуб здоровья города Эдинбург" - немедицинская организация, призванная служить целям укрепления здоровья и поощрения самопомощи	Robinson Robert
	Roper, Logan & Tierney Orem, Roy	Поддержание независимости, выполнение повседневных функций, улучшение возможностей достижения намеченных результатов, оказание помощи при необходимости согласиться с зависимостью	Auld

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО (продолжение)	Roper, Logan & Tierney	Мероприятия, связанные с проведением в жизнь индивидуального подхода и подхода с точки зрения решения проблем. Уделение первостепенного внимания лицам с умственными нарушениями, престарелым и сестринскому обслуживанию на коммунальном уровне при обеспечении его качества	Alexander
	Roper, Logan & Tierney Orem	Относящиеся к повседневной жизни мероприятия Самопомощь	Randell
ТУРЦИЯ	-----	Контрольное обследование выявило неадекватность подготовки медсестер, оканчивающих учебные заведения	Biroi
	-----	Сестринская практика ориентирована на решение конкретных задач и связана только с лечебными целями. Теории сестринского обслуживания рассматриваются в программах учебных заведений по подготовке медсестер	Kum
ФЕДЕРАТИВНАЯ РЕСПУБЛИКА ГЕРМАНИИ	-----	Сестринское дело и управление сестринскими службами, основывающиеся на холистическом подходе к потребностям человека, включая укрепление здоровья и профилактику	Weinrich
	-----	Конференция сестринского персонала выявила разочарование медсестер системой нашего здравоохранения, вызванное чрезмерным упором на медицинскую технологию и безразличием к возможностям организма	Ferguson

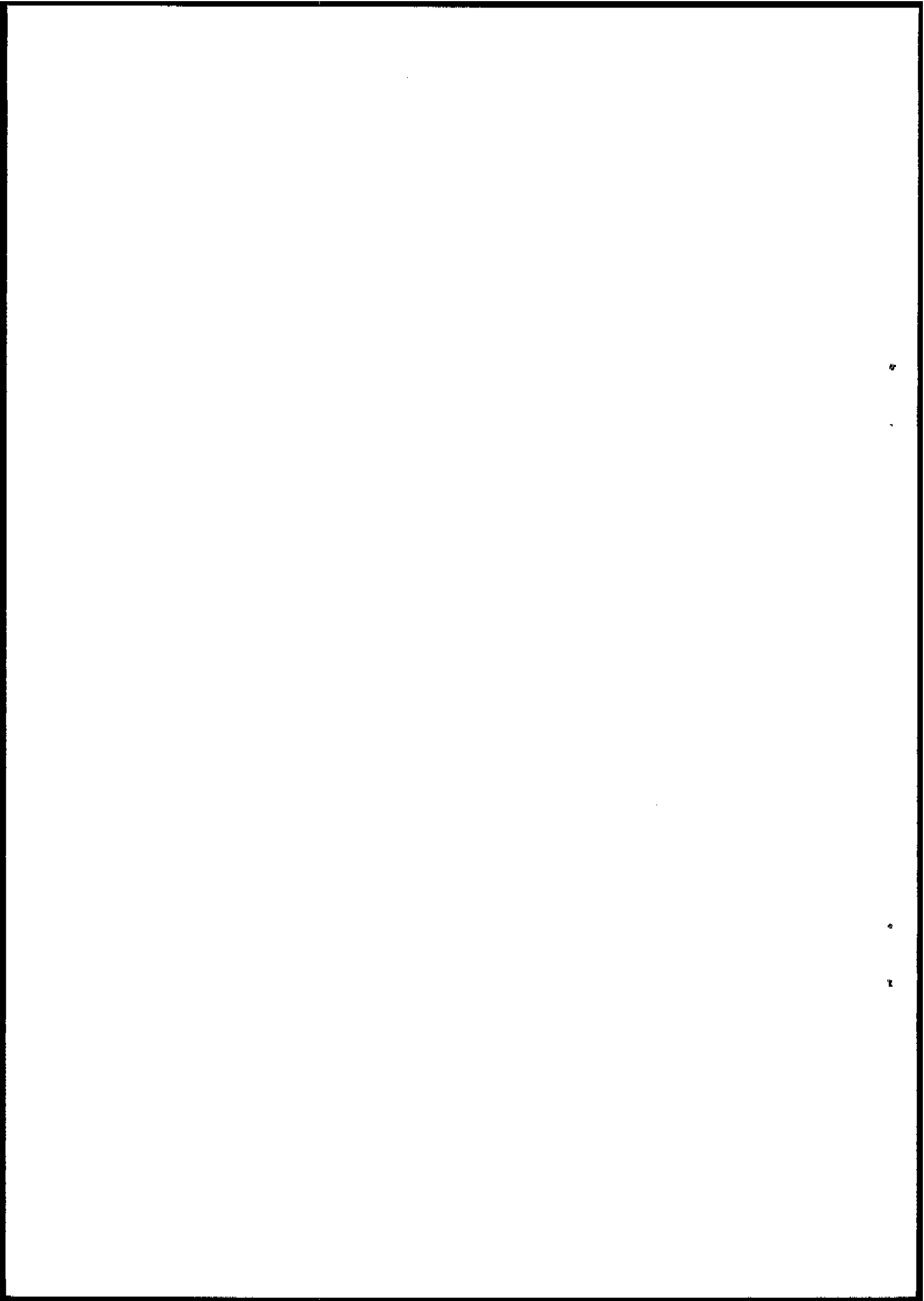
Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ФИНЛЯНДИЯ	Aastedt-Kurki & Pelkonen (на основании материалов, представленных Orem, Henderson, Roper, Yura & Walsh)	Первичная помощь, учитывающая восприятие пациентом медико-санитарного обслуживания Процесс развития самопомощи	Raatikainen (ICN Congress Tel-Aviv)
	Henderson, Orem, Roper, Roy, Yura & Walsh	Наиболее часто используемые разработчики теории	Pelkonen
	- - - - - Hall, Abdellah, Peplau, King, Orem, Roy, Rogers, Orlando, Levine, Neuman, Newman, Johnson, Nightingale, Henderson, Yura & Walsh, Roper	Среднесрочная программа ВОЗ/ЕРБ Сестринский процесс Ключевые концепции: человек, окружающая среда, здоровье	Sorvettula
	Sorvettula & Nursing Research Institute, Helsinki	Модель профессионального сестринского обслуживания	там же
	Eriksson	Модель процесса оказания помощи, имеющая целью "оптимальное здоровье"	там же
		Модель сестринского процесса; идеальная научная модель подхода к реальностям сестринского дела; процесс оказания помощи на основе холистических воззрений	Министерство социальных дел и здравоохранения, Финляндия

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ФИНЛЯНДИЯ (продолжение)	Lauri	Теоретическая модель сестринского дела в рамках общественного здравоохранения: независимая медико-санитарная помощь и наблюдение за состоянием здоровья	Sorvettula
		Применение сестринского процесса к уходу за детьми в рамках первичной медико-санитарной помощи Процесс принятия решений в сестринском деле	Министерство социальных дел и здравоохранения Финляндии
	Henderson, Kratz, Neuman, Orem, Roper, Roy	Модели теорий и процесса сестринского обслуживания	там же
ФРАНЦИЯ	Henderson Orem Roy Roper Poletti	Надежная научная база для расширения первичной медико-санитарной помощи	Vailland et al. Dechanoz Rochaix
ЧЕХОСЛОВАКИЯ	- - - - -	Общая точка зрения систем здравоохранения на коммунальные бригады, состоящие из специалистов, врачей и медсестер, обеспечивающих первичную медико-санитарную помощь в данной коммуне	Kvasova
ШВЕЙЦАРИЯ	Roper, Orem Henderson Levine, Roy Maslow, Fromm Juchli, Poletti Meier	Оказание самопомощи и независимость от других в повседневной деятельности. Сохранение энергии	Bischofberger
ШВЕЦИЯ	Henderson Roy, Orem	Теории, повсеместно применяемые в сестринском образовании, практике и научных исследованиях	Pontén

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
ШВЕЦИЯ (продолжение)	Maslov E.H. Erikson	Философские теории, теории общественных наук и о природе человека, используемые как базис для развития теории сестринского дела в работах Norberg, Heidenborg, Aakerlund, и др.	там же
ЮГОСЛАВИЯ	Henderson	Процесс сестринского обслужи- вания, в основу которого положены потребности пациентов и те мероприятия, которые они не в силах осуществлять самостоятельно; сохранение энергии больного; а также участие в лечебных мероприя- тиях и реабилитации в сани- тарном просвещении и в решении проблем	Slajmer- Japelj

СОДЕРЖАНИЕ

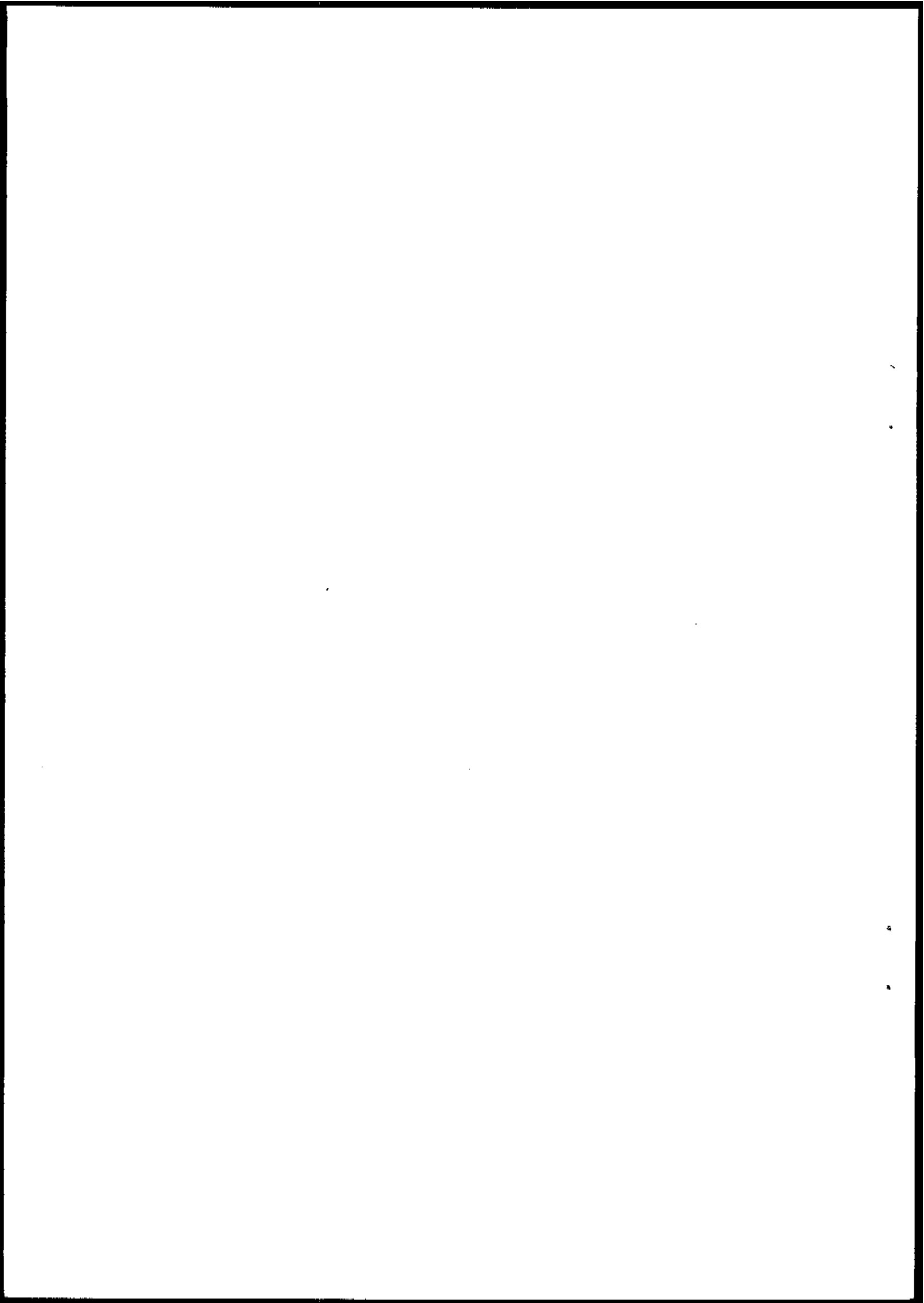
	<u>Стр.</u>
Предисловие	
Введение	1
Задачи по достижению здоровья для всех	1
Первичная медико-санитарная помощь	3
Ведущая роль сестринского персонала	3
Основы сестринской практики	4
Формирование традиций сестринского дела	4
Определение и теоретические концепции сестринского обслуживания	5
Единые требования	6
Влияние условий предоставления помощи	7
Классификация ситуаций	7
Принятие решений на базе теоретических концепций сестринского обслуживания	8
Последствия для сестринской практики	9
Требования, теоретические концепции и курс действий	10
Задачи, единые требования и теоретические концепции сестринского обслуживания	11
Заключение	12
Приложение 1: Принятие в Европе теоретических концепций сестринского обслуживания: Краткий обзор сестринской практики по странам	15
Приложение 2: Индекс полезности выбора моделей сестринского обслуживания	21
Список рекомендуемой литературы	25



ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время среди сестринского персонала государств - членов Европейского региона проводится дискуссия о будущем этой профессии. Поднятые при этом вопросы, а также связанные с ними культурные, политические и экономические последствия будут рассмотрены на Европейской конференции по сестринскому делу в 1988 году. Настоящий документ является составной частью упомянутых дискуссий. В нем изложены основополагающие идеи организации сестринского обслуживания в будущем и умозаключения по поводу характера деятельности медсестер не только на сегодняшний, но и на завтрашний день. Пользуясь имеющейся концептуальной основой, сестринский персонал имеет возможность наметить пути дальнейшего развития своей профессии и определить содержание предоставляемой им медико-санитарной помощи и внести таким образом свою лепту в дело достижения здоровья для всех в Европе.

Слова благодарности обращены в адрес тех ведущих медсестер и профессиональных организаций, которые способствовали подготовке этого документа, предоставив в наше распоряжение библиографические материалы и информацию о нынешнем состоянии сестринского дела в своих странах. Будем рады получить любые замечания, идеи и предложения по совершенствованию данного документа, которые предлагается включить в отчетные материалы о состоявшихся в странах дискуссиях.



"Мы переживаем период кризиса. Каждый (человек), живущий полной жизнью, неумолимо продолжает борьбу со своей собственной душой. Проверку временем выдержат только те, кто не потеряет способность к проявлению невиданного энтузиазма и выработке новых идей. Те же, кто не сумеет размежеваться с отжившими идеями, попадут на свалку истории, задушив в себе ростки нового. (Люди) должны общаться друг с другом."^a

D.H. Lawrence

ВВЕДЕНИЕ

Что лежит в основе практики сестринского обслуживания? Каким образом сложилась нынешняя специфика работы сестринского персонала? Каким представляется будущее самих медсестер и сестринского дела?

Отвечая на последний вопрос, можно утверждать, что принимаемые в настоящее время меры по выполнению 38 региональных задач по достижению здоровья для всех к 2000 году окажут заметное влияние на содержание сестринского дела в будущем.

Задачи по достижению здоровья для всех

В 1984 году все без исключения государства - члены Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) одобрили 38 задач, прокладывающих пути достижения здоровья для всего населения своих стран. Это решение явилось результатом начатого в 1977 году движения, когда все государства - члены ВОЗ единодушно поставили перед собой цель достижения такого уровня здоровья, который позволит всем народам мира вести удовлетворяющую в социальном и экономическом плане жизнь. Ключевая роль на пути достижения этой цели принадлежит первичной медико-санитарной помощи. Связанные с этим преобразования в рамках Европейского региона конкретно изложены в 38 задачах. Ощущается необходимость в проведении мер в четырех областях: образ жизни и здоровье; факторы риска, воздействующие на здоровье и окружающую среду; переориентация систем медико-санитарной помощи; и оказание политической, административной, технологической, кадровой, научно-исследовательской и другой поддержки, необходимой для достижения желаемых перемен в указанных трех областях. Таким образом, поставленная цель представляет собой не только вызов, но и уникальную возможность как для медицинских сестер, так и для других категорий профессиональных работников здравоохранения.

Поставленные задачи создают для медицинских сестер условия для достижения преследуемых ими традиционных целей, руководствуясь при этом новыми, более самостоятельными методами работы при тесном обоюдном сотрудничестве с другими категориями медицинских работников и общиной, которую они обслуживают. В ходе приближения цели достижения здоровья для всех профессия медицинской сестры будет наполняться новым содержанием.

^a D.H. Lawrence, Women in Love. San Francisco, Gelber, Lilienthal, Inc., 1950.

Приступая к решению этой нелегкой задачи, медицинским сестрам предстоит провести переоценку и расширить границы сестринского дела, включая определение понятия "здоровье". В соответствии с разработанной ВОЗ формулировкой "здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов". В основу вышеупомянутых задач положена именно эта идея позитивного здоровья наряду с несколькими важнейшими предпосылками.

Во-первых, здоровье для всех означает равные возможности для всех в деле укрепления и поддержания здоровья, а также в плане доступа к медицинскому обслуживанию. Под этим подразумевается наиболее полное стирание существующего неравенства как между странами, так и между людьми в пределах одной и той же страны.

Преследуемая при этом цель состоит в оказании поддержки всему населению при решении проблем укрепления и поддержания здоровья, с тем чтобы люди могли максимально реализовать свои потенциальные возможности. Главный упор в рамках медико-санитарной помощи должен быть сделан на профилактику заболеваний и укрепление здоровья.

Судьба решения вопроса достижения здоровья для всех находится в руках самого населения. Жизненно важным условием при этом является активное участие населения, располагающего достаточной информацией и стимулами.

Ввиду того, что на состояние здоровья оказывают свое влияние многие социально-экономические факторы, органы и учреждения здравоохранения могут взять на себя ответственность за решение лишь определенной части стоящих на этом пути проблем. Для достижения поставленной цели потребуются сотрудничество всех секторов как на уровне правительства, так и общества. Очередным обязательным условием является международное сотрудничество, ибо отдельные проблемы здравоохранения имеют трансграничный характер.

И наконец, стержневым элементом любой системы здравоохранения должна быть первичная медико-санитарная помощь, опирающаяся, по мере необходимости, на стационарную и специализированную помощь.

Для выполнения стоящих на повестке дня задач требуется принятие конкретных мер со стороны самых различных групп населения, однако в любом случае медицинским сестрам и другим категориям профессиональных работников здравоохранения принадлежит особая роль. Выступая в личном качестве, работникам здравоохранения следует уделять первостепенное внимание вопросам укрепления здоровья, профилактики заболеваний, организации лечения и реабилитации. Они должны стремиться к осуществлению более комплексного подхода к проблемам здравоохранения, учитывая тот факт, что резервы для решения многих из них можно выявить на уровне семьи и общины. Им следует принимать во внимание характер влияния на здоровье психологических, социально-экономических и средовых факторов, сотрудничая при этом со специалистами в соответствующих областях в целях укрепления здоровья. Кроме того, работникам здравоохранения следует также заниматься доведением этих факторов до сведения населения, политиков и органов здравоохранения. Выступая в качестве пропагандистов, медицинские сестры постепенно окажутся на политической арене, с тем чтобы передать накопленные ими специальные знания в распоряжение политических деятелей и общественности и побудить их к участию в процессе достижения здоровья для всех.

Первичная медико-санитарная помощь

Следует в очередной раз подчеркнуть ведущую роль первичной медико-санитарной помощи. Концепция первичной медико-санитарной помощи расширяет традиционное содержание медицинского обслуживания, которое сводилось ранее практически к борьбе с болезнями и радикальному вмешательству в кризисных ситуациях. Первичная медико-санитарная помощь предполагает удовлетворение потребностей каждой общины путем предоставления соответствующих услуг как можно ближе к месту жительства и работы населения. При этом плата за такие услуги является умеренной, а сама помощь - легко доступной и приемлемой для всех. Основу системы здравоохранения составляют индивидуальный, семейный и коммунальный уровни. Работник первичной медико-санитарной помощи, будучи лицом первого контакта с населением в системе медобслуживания, становится центральным представителем службы здоровья. В соответствии с традициями организации сестринского дела подготовка сестринского персонала осуществляется с учетом именно такой его роли.

Медицинские сестры будут продолжать свою борьбу за здоровье людей, однако они будут работать по-новому в новых условиях. Взяв за основу более широкую концепцию здоровья и признав роль социально-экономических факторов в деле охраны здоровья индивида, сестринский персонал будет участвовать в предоставлении медико-санитарной помощи на коммунальном уровне и оказывать содействие населению в его борьбе с первопричинами нарушений здоровья, а также в проведении принимаемых решений в жизнь. Мероприятия подобного рода включают уточнение мер, предпринимаемых отдельными лицами и целыми семьями по месту их жительства, в масштабе отдельных общин, службами охраны здоровья на первичном и вспомогательном уровнях, а также в рамках других секторов. Выступая в качестве проводников интересов общины, медицинским сестрам принадлежит определенная роль при выполнении такой важной задачи, как участие населения в процессах принятия решений, касающихся медико-санитарной помощи. Наряду с этим медицинские сестры будут представлять интересы пациентов в масштабе системы здравоохранения в целом, а также при принятии решений политического и социально-экономического характера.

Ведущая роль сестринского персонала

Борьба за достижение здоровья для всех уже началась. Государства - члены Региона приступили к переориентации своих систем здравоохранения, делая главный упор не на развитие стационарного обслуживания, а на оказание первичной медико-санитарной помощи на коммунальном уровне. К этому следует добавить, что еще в 1960-х годах сформировавшиеся в практике и теории сестринского дела независимые тенденции имеют немало общего с идеями и целями, вытекающими из содержания поставленных задач.

Насчитывающий 2,5 миллиона человек отряд медицинских сестер стран Европы, подключившись к процессу выполнения принятых региональных задач, имеет возможность внести весомый вклад в дело укрепления здоровья и благополучия населения Региона. В 1985 году Генеральный директор ВОЗ д-р Халфдан Малер, обратился к медицинским сестрам с призывом возглавить движение за распространение первичной медико-санитарной помощи. Сестринский персонал готов взяться за решение этой нелегкой проблемы. Они имеют все шансы на успех, ибо первичная медико-санитарная помощь будущего имеет глубокие корни в прошлом сестринского дела. Кроме того, медицинские сестры имеют возможность руководствоваться не только теоретическими концепциями сестринского дела, но и принятыми в их практике едиными требованиями.

ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Каким образом сложилась нынешняя практика сестринского обслуживания? Несмотря на существующие в Европе различия в формах и методах предоставляемой медсестрами помощи, практика сестринского дела имеет под собой определенную основу или принцип, который определяет ее характер. Именно в этом и состоит главное содержание как нынешней ситуации, так и будущего самой профессии. Знание этой основы позволит медицинским сестрам правильно нацелить тенденции развития своей профессии в будущем.

Практика сестринского обслуживания представляет собой процесс взаимодействия между медсестрами и пациентами, в ходе которого роль медсестры сводится к оценке нужд пациента, постановке целей, выбору курса действий по уходу за ним и оценке полученных результатов. Сестринский персонал должен заниматься проверкой обоснованности предпринимаемых в отношении пациентов мер на всех этапах лечебного процесса, а также разработкой стратегий в целях оказания содействия населению в плане создания удовлетворяющего во всех отношениях и независимого образа жизни. Подобные стратегии уже варьируются в широких пределах, и наметившийся процесс будет развиваться и в дальнейшем по мере того, как сестринский персонал будет проводить работу среди населения, опираясь при этом на принципы первичной медико-санитарной помощи. Естественно, особенности практики сестринского обслуживания зависят от конкретной ситуации, а также определяются существующими и наиболее подходящими альтернативами, которыми располагают как медсестры, так и пациенты в конкретных социально-экономических условиях.

В основу практики сестринского обслуживания положены традиции, само определение, теоретические концепции и единые требования, касающиеся сестринского дела.

Формирование традиций сестринского дела

Основы первичной медико-санитарной помощи теснейшим образом связаны с формированием традиционного подхода к сестринскому обслуживанию, начиная от программ развития коммунального здравоохранения в середине девятнадцатого века и идеями, сторонницей которых была Флоренс Найтингейл. В соответствии с ее философией, должно наступить такое время, когда медицинская сестра не будет находиться у постели больного человека, а будет лишь заботиться о здоровых людях, что будет свидетельствовать о ее верности принципам профилактики и укрепления здоровья и идее о позитивном здоровье.

В нынешнем столетии параллельно с совершенствованием технологии и медико-санитарной помощи в системе сестринского обслуживания произошло заметное сокращение того объема внимания, которое уделяется больным или лицам, страдающим той или иной формой снижения трудоспособности. В последнее время повысился интерес к философским воззрениям Найтингейл. Спустя многие годы существования практики, в основу которой были в основном положены определенные задачи, а не особенности развития ситуаций, главный упор в деятельности сестринского персонала постепенно перемещается в сторону учета конкретных условий и отстаивания индивидуальных интересов пациента.

В разных странах многие теоретики и практические работники в области сестринского дела придают особое значение вопросам установления взаимосвязей между медсестрой и пациентом и выполнения стоящего перед сестринским персоналом долга по созданию наиболее благоприятных условий для нормального функционирования организма пациента. Они подчеркивают важность наращивания

потенциальных возможностей пациента и стимулирования его самостоятельности. В деятельности медицинских сестер более серьезное внимание стало уделяться аспектам понимания роли потребителя медико-санитарной помощи и его участия в этом процессе. При этом потребитель, выступая в качестве соучастника мероприятий по укреплению здоровья, постепенно теряет свои особенности как объекта, в отношении которого проводится лечение, приобретая тем самым качество клиента, мнение которого принимается во внимание. В рамках сестринского дела стали развиваться конструктивные стратегии, которые позволяют не только ослабить, но и предотвратить страдания или нарушения функций, не сбрасывая при этом со счетов факторы риска и производимые затраты. Упомянутым принципам также отводится центральное место в рамках первичной медико-санитарной помощи, идея распространения которой родилась в ходе движения за достижение здоровья для всех. Являясь самостоятельной дисциплиной, сестринское дело готово воспользоваться теми возможностями, которые первичная медико-санитарная помощь предоставляет в его распоряжение.

Определение и теоретические концепции сестринского обслуживания

Сестринское дело в Европе это одновременно и искусство, и наука; оно призвано служить людям и удовлетворять потребности пациентов в компетентном уходе за ними. Занимаясь предоставлением обслуживания такого рода, сестринский персонал руководствуется своими суждениями, изобретательностью и интуицией. Многие теоретики в области сестринского дела, в том числе Найтингейл и наши современники, неоднократно пытались уточнить характер и оптимизировать сестринское обслуживание.

Как считают некоторые представители сестринского персонала, важность и обоснованность существующих по поводу сестринского дела теорий является сомнительной. Они утверждают, что подобные размышления не приносят какой-либо пользы в их повседневной деятельности, которая складывается из конкретных действий, а не идей. Напротив, те комплексные навыки, которыми владеют медицинские сестры, основаны на теоретических концепциях сестринского обслуживания и служат руководством к действию на практике. Теоретическое обоснование сестринского обслуживания также представляет собой полезное руководство в плане формирования будущей практики сестринского дела. Логическое изложение сложившейся практики позволит сестринскому персоналу сделать наиболее правильный выбор при организации ухода за пациентами в любых жизненных ситуациях.

Стремясь к демонстрации научной базы сестринского дела, за последние два десятилетия отдельным авторам разработок на эту тему удалось сформулировать теоретические концепции, лежащие в основе практики сестринского обслуживания. Пропагандируемые ими идеи имеют немало общих черт, а также различий, обусловленных традициями культуры. Одна из особенностей такого рода предопределяется образом мышления авторов по поводу характера сестринского дела. Как считают некоторые из них, аспекты предоставления помощи являются важнейшей составной частью сестринского дела, а любые действия по уходу за пациентом со стороны кого бы то ни было следует относить именно к этой категории обслуживания. Эта группа специалистов придает особое значение существующим между профессиональными работниками здравоохранения аналогичным признакам и считает, что их объединяет общая научно-этическая база. По мнению другой группы авторов, характерная для сестринского дела прочная научная основа служит существенным дополнением при предоставлении соответствующей помощи. Варьирование теории и практики сестринского дела в разных странах мира, включая Европейский регион, в целом не выходит за пределы упомянутых

выше двух принципиальных позиций. Обсуждаемые в настоящем докладе теоретические концепции наиболее тесным образом переплетаются со второй позицией.

Процессы развития сестринского дела отличаются друг от друга, равно как и те теории или модели сестринского обслуживания, которыми руководствуется сестринский персонал стран Европы; конкретные примеры приводятся в Приложении 1. Существующие на этот счет теории можно отнести к трем философским школам. В основе первой из них лежат потребности населения, в основе второй — характер взаимодействия между медсестрой и пациентом и в основе наиболее современной третьей школы — результаты предоставленного обслуживания.

Первая группа теоретиков дает описание сестринского обслуживания с точки зрения иерархии потребностей пациентов, которые подлежат удовлетворению в процессе сестринского обслуживания. Многие выражают другое мнение на этот счет, утверждая, что такая постановка вопроса приравнивает личность к комплексу нужд или проблем, а сестринское дело — к набору определенных функций. Сторонники теории взаимодействия обращают особое внимание на процесс оказания помощи и аспекты непрерывного взаимодействия между медицинскими сестрами и пациентами. Третью группу теоретиков прежде всего интересуют результаты ухода за больными. Они подчеркивают значение факторов эффективности и результативности обслуживания, степени удовлетворенности пациента по поводу предоставляемой помощи и обязательств медсестер в плане защиты интересов обслуживаемых больных.

Один из стоящих перед сестринским персоналом многих стран вопросов сводится к тому, стоит ли им выходить на политическую арену. Многие медицинские сестры считают, что приобщение к политической жизни является необходимым в целях стимулирования и защиты интересов сестринского дела и пациентов. Проведению профессиональными работниками здравоохранения мер подобного рода придается определенное значение как в рамках стратегии, так и задач по достижению здоровья для всех.

Единые требования

При классификации предпринимаемых сестринским персоналом мер различного характера требуется наличие единых требований; медсестры могут руководствоваться ими при уточнении цели предоставляемого обслуживания. Несмотря на существование разных традиций, условий и обстановки при оказании помощи, всякая медсестра имеет возможность соответствующим образом расставить приоритеты по уходу за пациентом, с тем чтобы отвечать требованиям любой ситуации. В зависимости от конкретной обстановки медицинская сестра проводит обзор имеющихся альтернатив и принимает решения, которые диктуются необходимостью:

- проведения оптимальных мер по спасению жизни пациента;
- проведения оптимальных мер по профилактике заболеваемости и осложнений и борьбе с ними как на индивидуальном, так и на коллективном уровнях;
- предоставления возможности клиентам самим сделать свой выбор;
- проведения оптимальных мер по обеспечению функциональной способности организма пациента; или
- достижения поставленной цели за счет наименьших затрат энергии и ресурсов, находящихся в распоряжении задействованных в этом процессе сторон.

Как и в случае задач по достижению здоровья для всех, эти требования базируются на широком толковании концепции здоровья и имеют целью укрепление здоровья и развитие личности пациента. В ходе предоставления сестринского обслуживания неизменно преследуется цель борьбы за жизнь пациента против болезней и инвалидности. Однако вытекающие из содержания второго, третьего и четвертого пунктов требования обуславливают необходимость существования новых стратегий, в соответствии с которыми первичная медико-санитарная помощь нацелена на наращивание потенциала позитивного здоровья при непосредственном участии в этом самих клиентов. Суть последнего требования сводится к воспитанию чувства ответственности у всех профессиональных работников здравоохранения ввиду наличия ограниченных средств.

ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ

С тем чтобы наиболее эффективно работать, медицинские сестры должны руководствоваться такими принципами, которые учитывают стереотипы мышления людей, а также особенности жизненных ситуаций, проблем, ресурсов и потенциальных возможностей. Конкретный выбор характера предоставляемой медсестрами помощи, включая выбор соответствующего требования, теоретического обоснования и мер вмешательства, диктуется своеобразием той или иной ситуации. Любые решения подобного рода принимаются с учетом характера взаимодействия между пациентом и медсестрой.

Особенности ситуации, в которой находится пациент, не ограничиваются одними лишь рамками физического состояния больного. В данном случае важны экономические, социальные и культурные факторы; они оказывают свое влияние не только на состояние здоровья пациента, но и на диапазон выбора тех альтернатив, которые находятся в распоряжении и приемлемы как для медсестры, так и для пациента. Не менее важным элементом при этом является участие пациента в процессе оказания помощи. Например, спасенный утопающий не в состоянии участвовать в дискуссии по поводу его курса лечения; в таких кризисных ситуациях принятием всех без исключения решений занимается медицинский работник. Здоровые люди, с другой стороны, в состоянии принимать собственные решения, касающиеся присутствующих в повседневной жизни факторов риска. В таком случае предпринимаемые медсестрами меры будут иметь иной характер. При этом следует приветствовать и поощрять стремление клиентов к участию в процессе выбора определенной формы помощи.

Практика сестринского обслуживания распространяется на довольно широкий диапазон жизненных ситуаций, начиная от проведения мер по спасению жизни находящегося в кризисном состоянии человека и кончая разработкой программ, а также планированием и организацией обслуживания в целях охраны и укрепления здоровья различных контингентов населения. Характер требований, предъявляемых как к пациентам, так и к медицинским сестрам, будет зависеть от конкретной ситуации.

Классификация ситуаций

Возможные ситуации можно разбить на четыре категории.

В случае кризисной ситуации возникают серьезные, а подчас и резкие сбои в нормальной жизни человека, а также биофизические, психические или социальные нарушения здоровья индивида, группы или всего населения, будь то в домашних условиях, на коммунальном уровне или на рабочем месте.

В условиях заболеваемости люди вынуждены переносить болезни, травмы или снижение трудоспособности в острой или хронической форме. В таком положении могут оказаться как отдельные лица, так и целые контингенты населения.

Оказавшиеся в рискованной ситуации лица, могут иметь или не иметь отдельные легкие формы заболеваний или отклонения в состоянии здоровья, однако в любом случае они подвергаются большей степени риска, чем в обычных условиях. Например, рабочие предприятий строительных материалов подвержены серьезному травматизму, работники фермерских хозяйств - токсикозу, дети грудного возраста - диарее, а плод курящей женщины - риску наступления преждевременных родов.

Находящиеся в нормальных условиях лица являются практически здоровыми и подвергаются при этом лишь усредненным или обычным факторам риска бытия. К примеру, для здорового человека, семьи или группы населения характерно чувство принадлежности к семье или коллективу, участие в труде или производственной деятельности и ощущение относительной компетентности и благополучия. Среди лиц такой категории, как правило, распространено довольно поверхностное осознание своих потенциальных возможностей. Они без труда составляют планы на будущее, но могут быть не уверены в себе, если оказываются на пороге неведомого.

Большинство находящихся в стационаре лиц можно отнести к категории людей, переживающих кризисные явления или страдающих той или иной болезнью. На значительную часть населения, не находящуюся в медицинских учреждениях или больницах, распространяются критерии заболеваемости и факторов риска. Факт признания медицинскими сестрами характера конкретной ситуации поможет им сделать правильный выбор при организации ухода за пациентом.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ НА БАЗЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Выбор медицинской сестрой конкретного курса действий диктуется особенностями конкретной ситуации. В свою очередь, тот или иной курс действий предопределяет выбор определенной модели или теории, которой и руководствуется медицинская сестра при принятии практических мер.

В целях подготовки настоящего доклада был проведен обзор положения дел в этом вопросе в 32 государствах - членах Европейского региона Всемирной организации здравоохранения. Согласно отчетным материалам из 28 стран, в области сестринского дела были достигнуты определенные успехи. Несмотря на то, что при организации сестринского обслуживания применяется подход с позиции решения проблем, окончательное содержание этой практики определено не полностью. Существующие в области сестринского дела теории или модели могут способствовать решению настоящей проблемы и дальнейшей ориентации практики сестринского обслуживания.

Аспектам равенства в плане доступа к медико-санитарной помощи отводится важное место как в деятельности медицинских сестер, так и в рамках поставленных задач по достижению здоровья для всех. Однако это не значит, что все медицинские сестры обязаны руководствоваться одной и той же теорией и обеспечивать предоставление одной и той же формы обслуживания. Уже сейчас медицинские сестры опираются в своей работе на различные теории в целях предоставления компетентного (отличного) обслуживания в рамках устоявшихся традиций сестринского дела, систем здравоохранения и преобладающих в странах Европы условий. В настоящее время проводятся дискуссии по множеству других

теоретических концепций. Такое разнообразие теорий является ключевым в процессе эволюции практики сестринского обслуживания. Различные теоретические основы сестринского дела будут способствовать поиску более оптимальных путей предоставления сестринского обслуживания не только в наши дни, но и в будущем.

В рамках отдельно взятой культурной среды, контингента населения или организации людям свойственны индивидуальное понимание складывающейся обстановки; свои идеи и собственные планы на будущее, свое восприятие других людей, повседневной жизни, здоровья и болезни; и свой подход к производственной и другой деятельности, а также к взаимодействию с окружающими людьми. Ни одна из теорий или моделей сестринского дела будет во всех случаях эффективной в сложных условиях конкретной общины; разные теории будут в известной мере целесообразными применительно к разным ситуациям. Медицинским сестрам следует остановить свой выбор на одной теории из имеющегося множества вариантов и использовать ее в качестве руководства при определении такого типа обслуживания, которое наилучшим образом соответствует условиям любой ситуации, а именно: потребностям пациента, целям медико-санитарной помощи и людским ресурсам. В Приложении 2 дается указатель факторов, которые предопределяют целесообразность той или иной теории.

В будущем медицинским сестрам предстоит приобрести необходимые навыки по выбору и применению на практике соответствующей теории, с тем чтобы успешно справиться со всеми задачами, вытекающими из принципа первичной медико-санитарной помощи. Они вправе пользоваться теоретическими концепциями сестринского дела в целях ориентации принимаемых ими решений в плане новых направлений обслуживания. Например, относящаяся к системе профессиональной гигиены медицинская сестра будет принимать во внимание необходимость выявления факторов риска при проведении оценки характера производственной деятельности, состояния здоровья рабочих и условий труда. Преследуемая при этом цель состоит в ослаблении воздействия этих факторов или, по меньшей мере, в установлении контроля над ними. В подобной ситуации бесспорным представляется необходимость повсеместного проведения медико-санитарных мероприятий, обеспечивающих устранение факторов риска для здоровья рабочих. Например, работающая в горно-добывающей промышленности медицинская сестра будет руководствоваться необходимостью участия в совещаниях по вопросам техники безопасности в горном деле и, таким образом, будет оказывать свое влияние на характер принимаемых решений организационного порядка.

Последствия для сестринской практики

Настоящие руководящие указания по вопросам принятия решений позволят медицинским сестрам выработать целый ряд стратегий ухода за пациентами, которые, в свою очередь, делятся на три группы, а именно: меры по поддержанию или изменению состояния окружающей среды, меры по поддержанию или изменению характера поведения и меры по уходу за пациентом и поддержанию его биофизических функций. Во всех случаях стратегии сестринского обслуживания должны обеспечивать высокое качество обслуживания больных.

Конкретные условия окружающей человека среды могут быть самыми различными, начиная, к примеру, от необходимости использования специального кресла для ребенка-инвалида и кончая внедрением системы подачи очищенного воздуха с соответствующим уровнем влажности в помещение, где находится получивший серьезные ожоги рабочий химического предприятия, или же организацией и проведением пропагандистских кампаний по борьбе с зашумленностью.

Характер поведения можно во многом изменить или стимулировать. Конкретные примеры подобного рода включают использование учебных материалов страдающими диабетом лицами накануне их выписки из стационара, распространение среди умственно отсталых детей методик по изменению образа поведения или проведение групповых дискуссий по таким вопросам, как взаимоотношения полов, злоупотребление алкоголем и лекарственными средствами и питание.

Уход за пациентом и обеспечение его биофизических функций будет по-прежнему составлять основу сестринского дела во всех странах мира. На примере организации ухода за получившим серьезные ожоги пациентом показана необходимость использования апробированных во времени процедур, а также новаторских подходов к решению вопросов обслуживания.

Требования, теоретические концепции и курс действий

Ниже приводятся типичные ситуации, на основании анализа которых медицинские сестры принимают решения в плане выбора определенного требования, теории и стратегии ухода за пациентом.

Борьба за жизнь пациента. Подобную ситуацию можно рассмотреть на примере действий медицинской сестры по уходу за лицом, оказавшимся жертвой несчастного случая на воде. В такой ситуации медицинская сестра руководствуется первым требованием (в плане выбора мер, которые оптимальным образом способствуют спасению жизни пациента), в частности, она строит свою работу согласно медико-биологической модели и проводит процедуры по восстановлению биофизических функций.

Профилактика заболеваемости. При профилактике заболеваемости медицинская сестра должна принимать во внимание особенности окружающей пациента обстановки и помогать ему добиваться, по мере возможности, удовлетворяющего во всех отношениях и независимого образа жизни. Например, в ходе своей деятельности любая медсестра может нередко сталкиваться с такой ситуацией, когда молодая мать имеет весьма скромный достаток и не пользуется какой-либо финансовой поддержкой со стороны своих близких. Даже если у нее есть муж, то он работает вдалеке от места их жительства. В таком случае мать может оказаться недостаточно уверенной в своих силах и компетентности по уходу за ребенком. Тем не менее ребенок может быть вполне здоровым, а мать – заботливой, энергичной и благодарной за те успехи, которых добивается ее дитя по мере своего развития.

Первым требованием в такой ситуации является профилактика заболеваемости как матери, так и ребенка. Используемая при этом методика может варьироваться в зависимости от конкретной семьи, культурного уклада или региона. Итак, несмотря на определенные ограничения в средствах и оказываемой поддержке, а также при вероятном отсутствии исчерпывающих знаний (хотя подобная ситуация расценивается как нормальная), возникновение незначительной угрозы для здоровья и благополучия ребенка может сигнализировать об изменении ситуации и обусловить проведение мер вмешательства с участием медицинской сестры. При этом наиболее подходящей является концепция, ориентированная на конечный результат; как медицинская сестра, так и мать добиваются конкретного результата – нормального развития ребенка и благополучия матери.

Система выбора и оптимальное функционирование организма пациента. На последующих уровнях предъявляемых в данном случае требований подчеркивается способность пациентов соотносить свои действия без ущерба для собственного

здоровья. Вступающая в данном случае в силу ситуация определяется системой ценностей, которая доминирует в семье или обществе. В этой связи пациенты делают конкретный выбор не только приемлемых с их точки зрения видов обслуживания и мероприятий (даже если они на самом деле не проводятся), но и самой модели сестринского обслуживания.

Участвуя в решении задачи восстановления здоровья пациента, т.е. оптимального функционирования его организма, медицинская сестра принимает во внимание конкретные условия, способствующие умственной деятельности, эмоциям, поступкам или верованиям людей применительно к окружающей их среде и ориентации собственных усилий. Если обратиться к последнему примеру, то медицинская сестра может сосредоточить свое внимание на поощрении материнского чувства уверенности в себе и компетентности в своих знаниях. При прочих условиях более подходящей кандидатурой для этого может оказаться помощница матери по уходу за ребенком на дому. И в этом случае конкретные действия медицинской сестры сообразуются с определенными условиями, окружающей человека средой и событиями, присущими для данной ситуации. Свое понимание той или иной обстановки медицинская сестра обязана согласовывать с заинтересованными лицами, пользуясь, к примеру, одной из имеющихся моделей взаимодействия.

ЗАДАЧИ, ЕДИНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

На страницах данного документа уже были продемонстрированы устойчивые связи между концепциями и целями как теории сестринского обслуживания, так и движения за достижение здоровья для всех. В рамках этого движения для медицинских сестер открываются широкие перспективы, ибо в обоих случаях преследуются одни и те же цели. При этом предпринимаемые в рамках движения меры и усилия сестринского персонала имеют одну и ту же ориентацию, т.е. на укрепление здоровья каждого посредством первичной медико-санитарной помощи. В этом как раз и состоит наиболее важный смысл упомянутой связи, которая проявляется в общности целей преобразования навыков не только профессиональных работников здравоохранения, но и населения при толковании понятий "здоровье" и "медико-санитарная помощь". В прошлом работники здравоохранения и пациенты считали, что роль медицинской помощи заключается в борьбе с болезнями и инвалидизирующими состояниями, которые распространены среди отдельных членов общества. В основу теоретических концепций сестринского обслуживания и движения за достижение здоровья для всех была положена именно эта идея, которая несет в себе более широкое представление о концепции укрепления здоровья на коммунальном уровне. Руководствуясь в корне пересмотренным подходом, медицинские сестры смогут добиться совершенствования и расширения своих навыков, содействуя таким образом укреплению и сохранению здоровья населения.

На примере Таблицы 1 показана взаимосвязь между 38 задачами по достижению здоровья для всех и рядом теорий сестринского обслуживания, с одной стороны, и едиными требованиями, предъявляемыми к уходу за пациентами, с другой стороны. Несмотря на то, что отдельные задачи могут ассоциироваться с более чем одним требованием, особая роль отводится свободному выбору пациента и его роли при решении вопросов охраны здоровья как в рамках самих задач, так и теорий; в одном случае определенную взаимосвязь можно установить между 37 задачами и последними тремя требованиями, а в другом - между 17 задачами и первыми двумя требованиями. Кроме того, таблица демонстрирует не только соответствие между разными теориями сестринского обслуживания и разными требованиями, но и целесообразность упомянутых теорий применительно к мероприятиям по достижению здоровья для всех.

Таблица 1. Взаимосвязь между задачами, с одной стороны, и едиными требованиями и соответствующими теоретическими концепциями, с другой стороны

Задачи по номерам	Единые требования, которые:	Соответствующие теоретические концепции
6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	в наибольшей мере способствуют спасению жизни пациента	Медико-биологическая модель, Henderson, Nightingale, Orem
5, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 21, 22, 23	в наибольшей мере способствуют профилактике заболеваемости и борьбе с нею	Медико-биологическая модель, Henderson, Orem, Freeman, Archer
1, 3, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 35	предоставляют пациенту возможность выбора	Archer, Clark, Cox, Grypdonck, Horta, Poletti, Roper, Rogers, Roy, Eriksson, Neuman
2, 3, 4, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 25, 28, 32, 33, 37	в наибольшей мере способствуют функционированию организма пациента	Archer, Clark, Grypdonck, Horta, Neuman, Poletti, Rogers, Roy
19, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 38	позволяют добиться экономической эффективности	Archer, Kitson, Nightingale, Freeman

Заключение

Если будущее медико-санитарной помощи и сестринского дела пока окончательно не определено, то ориентация на позитивное здоровье не вызывает каких-либо сомнений. На фоне дальнейшего проведения мер по борьбе с тяжелыми формами заболеваемости и профилактике преждевременной смерти наметившийся процесс преимущественного развития первичной медико-санитарной помощи на коммунальном уровне по сравнению со специализированной помощью в условиях стационара должен быть продолжен.

Взятое направление работы медицинских сестер, а также определенная ориентация сестринского дела в странах являются прерогативой национальных властей и сестринского персонала. Формирование содержания профессий и профиля учреждений обусловлено ходом исторического развития страны. Поэтому национальные службы здравоохранения являются прямым отражением процесса удовлетворения потребностей населения в лечении. Как в рамках задач, так и теорий сестринского обслуживания должно место отводиться упомянутому выше естественному разнообразию тенденций; как задачи, так и теории сформулированы таким образом, чтобы их можно было адаптировать к самым различным условиям. Благодаря этому они представляют собой мощные инструменты, пользуясь которыми медицинские сестры любой страны имеют возможность добиваться и обеспечивать

предоставление оптимальной помощи в каждом конкретном случае. Располагая таким инструментарием, сестринский персонал способен внести весомый вклад в дело укрепления здоровья населения Европы.

К сожалению, существующие в некоторых странах объективные условия ограничивают реальные возможности медицинских сестер по проведению желаемых перемен в жизнь. По причине закрепления медицинских сестер за врачами, а не за пациентами или же вследствие уделения основного внимания соблюдению лишь первых двух единых требований при организации служб здравоохранения ограничиваются возможности совершенствования взаимосвязей между пациентами и медицинскими сестрами. Более того, в таком случае, естественно, обесценивается роль первичной медико-санитарной помощи при решении вопросов укрепления здоровья и профилактики болезней. Процесс движения по пути достижения здоровья для всех затормаживается ввиду ограничения свободы выбора населением и сестринским персоналом определенного курса действий или создания препятствий в плане повышения уровня их компетентности при участии в процессе принятия решений. Для того чтобы добиться определенных сдвигов в системах здравоохранения и обеспечить участие населения в этом процессе, все слои общества и категории медицинских работников должны проявить известную степень политической решимости.

На страницах настоящего документа показана состоятельность теорий сестринского обслуживания применительно к ориентации практики сестринского дела и приближению цели "здоровье для всех". Более того, если бы уже имеющиеся модели использовались на практике, совершенствовались и получали дальнейшее распространение, то практика сестринского дела в Европе приобрела бы новые масштабы. Повышение значения сестринского персонала в деле выполнения поставленных задач, а также его роли в определении будущего своей профессии в определенной мере зависит от организационной сплоченности, качества организации служб здравоохранения и политической воли населения. Какой путь изберут для себя медицинские сестры?

Приложение 1

ПРИНЯТЫЕ В ЕВРОПЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:
КРАТКИЙ ОБЗОР СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ПО СТРАНАМ^a

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
Бельгия	Grypdonck	Интегрированная модель сестринского обслуживания, в основу которой положена концепция Роджерса, касающаяся сущности человека, самопомощи и защиты интересов пациента.	Grypdonck
	Orem	Стимулирование самопомощи.	Delmotte
	Henderson	14 жизненно важных потребностей.	- - - -
Дания	Berggreen & Zagornic	Взаимодействие сестринского персонала в целях решения проблем.	- - - -
	Salling Larsen	На основании касающихся процесса сестринского обслуживания материалов, подготовленных Maslow and Piaget.	Björn
	Roy, Orem, Neuman & Eriksson	В настоящее время используются в школах и некоторых учреждениях.	Larsen
	Медицинские сестры Дании, работающие в области профессиональной гигиены	Здоровье = <u>Ресурсы человека</u> : вредное воздействие окружающей среды.	Jensen

^a Составлен на основании отчетных материалов, представленных странами, которые участвовали в организованном по инициативе Отдела сестринского дела Европейского регионального бюро ВОЗ обзоре в целях подготовки настоящего дискуссионного документа. Указанные комментарии приводятся дословно.

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
Израиль	Levine & Henderson	Сохранение энергии при удовлетворении 14 жизненно важных потребностей	Ben Dov
Испания	- - - -	Закон о здравоохранении (1985 г.), в соответствии с которым лечебная медицина должна быть ориентирована на решение задач профилактики.	de la Cuesta
	Henderson, Orem	В соответствии с моделью предоставления медицинского обслуживания.	Puilach
	Puilach	Предоставление комплексного обслуживания в целях всестороннего развития личности; активная поддержка со стороны сестринского персонала мероприятий по достижению здоровья для всех при выделении минимальных ресурсов.	Ovalle
Монако	Henderson	14 жизненно важных потребностей и обеспечение качества.	Ghizzi
Норвегия	- - - -	Повышение роли задач по укреплению здоровья и профилактике заболеваемости.	Bunch
Польша	- - - -	Санитарное просвещение, профилактика, реабилитация (физическая и психологическая) и обслуживание с учетом реальных потребностей.	Katarzyna Koronka
Португалия	Horta	Недопущение дисбаланса и сохранение равновесия путем проведения конкретных мер, и оказания помощи, а также ориентации, руководства и стимулирования получателя помощи.	Rosa

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
Соединенное Королевство	Roper, Tierney & Logan	Относящиеся к повседневной жизни мероприятия.	<u>Journal of advanced nursing</u>
	Orem, Roy & Henderson	Самопомощь, процессы адаптации; 14 жизненно важных потребностей; Проект 2000.	Kitson
	- - - -	Выявление положительных сторон и проблем, встречающихся при использовании моделей сестринского обслуживания.	Kitson
(Северная Ирландия)	Kitson, Griffin, Tiffany, Watson, Orem & Leininger	Анализ различных концепций оказания помощи с моральной, эмоциональной и познавательной точек зрения применительно к ориентированной на выполнение конкретных задач модели оказания медицинской помощи, к 10 факторам лечебного процесса, характерным для взаимоотношений на уровне личности, а также к определяющим и отличительным аспектам обслуживания как универсального, так и неуниверсального характера.	Kitson
	Kitson	Определение признаков и перспектив оказания непрофессиональной и профессиональной помощи, а также организации производственных условий с учетом задач, стоящих перед сестринским персоналом.	Kitson
(Уэльс)	Roper, Logan & Tierney	Мероприятия, связанные с проведением в жизнь индивидуального подхода и подхода с точки зрения решения проблем. Уделение первостепенного внимания лицам с умственными нарушениями, престарелым и сестринскому обслуживанию на коммунальном уровне при обеспечении его качества.	- - - -

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
(Шотландия)	- - - -	"Женский клуб здоровья города Эдинбург" - немедицинская организация, призванная служить целям укрепления здоровья и поощрения самопомощи.	Robinson & Robert
	Roper, Tierney & Logan	Поддержание независимости от других, проведение повседневных мероприятий, оказание помощи в решении задач, разъяснение целесообразности зависимости от других.	Auld
Турция	- - - -	Контролируемый анализ случаев неадекватной теоретической подготовки выпускниц сестринских школ.	Birol
	- - - -	Сестринская практика ориентирована только лишь на решение конкретных задач и оказание лечебной помощи	Krum
Федеративная Республика Германии	- - - -	Состоявшаяся конференция по сестринскому делу выявила неудовлетворение медицинских сестер существующей системой здравоохранения по причине переоценки возможностей медицинской техники и проявляемого безразличия к состоянию здоровья человека.	- - - -
Финляндия	Aastedt-Kurki & Pelkonen (на основании материалов, представленных Orem, Henderson, Rogers, Yura & Walsh)	Первичная медико-санитарная помощь, в основе которой лежит представление пациента о медицинском обслуживании.	Raatikainen
	Eriksson	Процесс развития самопомощи.	Raatikainen
	Lauri	Теория оказания помощи. Оптимальное здоровье.	Sorvettula
		Автономное медицинское обслуживание и наблюдение за состоянием здоровья.	Sorvettula

Страна	Разработчик(и) теории	Комментарии, представленные вместе с национальными отчетами	Составитель отчета
Франция	Henderson, Orem, Roy, Roper & Poletti	Прочная научная база для оказания расширенной первичной медико-санитарной помощи.	Vailland и др.
Чехословакия	- - - -	Общий обзор в рамках систем здравоохранения коммунальных бригад специалистов, врачей и медсестер, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи.	- - - -
Швейцария	Poletti	Концепция целостности и процесс оказания самопомощи предполагают борьбу с болезнями, взаимосвязаны с образом жизни, позволяют добиться более глубокого понимания происходящих процессов, гармонии и преодоления трудностей. Обязанность медицинских сестер состоит в оказании поддержки процессам развития.	Rosa
	Roper, Orem, Henderson, Roy & Levine	Оказание самопомощи и независимость от других в повседневной деятельности. Сохранение энергии.	Bischofberger
Югославия	Henderson	Процесс сестринского обслуживания, в основу которого положены потребности пациентов и те мероприятия, которые они не в силах осуществлять самостоятельно; сохранение энергии больного; а также участие в лечебных мероприятиях и реабилитации, санитарном просвещении и процессах решения проблем.	Slajmer-Japelj

Приложение 2

ИНДЕКС ПОЛЕЗНОСТИ ВЫБОРА МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ^а

Медицинские сестры могут судить о целесообразности любой модели сестринского обслуживания по ее индексу полезности, который включает пять критериев:

- социальная значимость;
- совместимость;
- полнота;
- квалификационные требования;
- практическая осуществимость.

Любой из критериев состоит из нескольких отдельных элементов.

Социальная значимость

Социальная значимость модели складывается из четырех частей. Во-первых, полезная модель служит на благо общества. Например, теория Гендерсона принесла определенную пользу обществу благодаря тому, что с ее помощью удалось уточнить тот круг обязанностей, которые возлагаются на сестринский персонал. Ориентированный по целям в интересах пациента более современный подход также представляет собой определенную ценность для общества.

Во-вторых, такая модель должна быть построена таким образом, чтобы в ней были четко расставлены акценты, характеризующие ее ориентацию, описательную часть и рекомендации. Отвечающие таким требованиям модели представляют собой особую ценность для использования в практике сестринского обслуживания. Точность постановки выполняемых медицинскими сестрами задач (на примере 21 проблемы) демонстрируются на основании тех ответных мер, которые были конкретизированы Абделлой. Теория Гендерсона, получившая свое дальнейшее развитие в работах Ропера, позволяет расширить представление о проводимых медицинскими сестрами мерах в отношении 12 основных видов повседневной деятельности.

В-третьих, данная модель должна выступать в качестве руководства для принятия сестринским персоналом решений этического порядка. Особое значение для любой модели сестринского обслуживания имеет такой аспект, как уважение прав пациентов и сохранение за ними свободы выбора. В последнее время заметно усложнился процесс принятия сестринским персоналом этических решений при уходе за лежачими больными.

И наконец, данная модель должна служить подспорьем для медицинских сестер при разрешении конфликтных ситуаций этического плана. В практике сестринского обслуживания многие медсестры сталкиваются с необходимостью решения этических проблем. Нередко случается и так, когда они выступают в роли арбитров таких конфликтов. При разработке любой практической модели следует иметь в виду этот аспект, что позволит должным образом ориентировать ее пользователей при возникновении аналогичной ситуации.

^а Индекс полезности выбора моделей сестринского обслуживания по
Marian McGee

Совместимость

Критерий совместимости складывается из двух частей. Любая модель имеет большую практическую значимость, если она совместима не только с системой здравоохранения, но и системой культурных ценностей той группы населения, которую обслуживает медицинская сестра.

Полнота

Этот критерий состоит из пяти частей. Любая полезная модель должна быть полной; это означает, что такая модель:

- выступает в качестве руководства при принятии решений, касающихся укрепления здоровья, борьбы с факторами риска, лечебного процесса в случае заболеваемости и ухода за пациентами в кризисных ситуациях;
- устанавливает приоритеты ухода за больным, которые отвечают практическим требованиям конкретной обстановки;
- является достаточно логичной;
- хорошо срабатывает на практике; и
- не противоречит содержанию ее описательной части, прогнозам или рекомендациям.

Третья и четвертая части являются чрезвычайно важными. Логическая последовательность самым непосредственным образом связана с полезностью. Практическая значимость модели резко снижается, если дается расплывчатое толкование или описание ее элементов и терминологических категорий или если прогнозы являются неточными, а рекомендации – неадекватными. Не менее жизненно важной представляется эмпирическая адекватность модели или ее успешное функционирование на практике. Большинство моделей является выверенным. Лишь немногие из них, если таковые имеются, были основательно выверены, и была продемонстрирована их полная надежность. Проблемы эмпирической адекватности заслуживают внимания сестринского персонала с точки зрения их дальнейшего изучения.

Квалификационные требования

Навыки по уходу за пациентом, содержание которого определено на основании теоретического подхода, находится в прямой зависимости от той системы приоритетов, которая распространяется на уровень квалификации персонала, ожидаемые результаты и особенности складывающейся ситуации. Степень полезности той или иной модели обслуживания отчасти зависит от широты охвата и сложности необходимых навыков.

Практическая осуществимость

Критерии практической осуществимости включают два компонента, а именно: необходимые ресурсы и потенциальные возможности модели.

Ведущими условиями практической осуществимости является наличие людских ресурсов и необходимых навыков, знаний, времени и пространства для выполнения определенной работы. Особо важное значение имеют временные рамки. Чем короче период необходимого времени, тем выше практическая осуществимость конкретной модели. Менее важными представляются требования, предъявляемые к пространственным характеристикам. Наряду с этим практическая осуществимость во многом зависит от наличия необходимых навыков.

Пригодная для использования на практике модель должна отвечать требованиям результативности, эффективности, адекватности и целесообразности. Кроме того, достоинство той или иной теоретической модели в плане обеспечения качества повышает уровень ее полезности не только для организации сферы обслуживания и системы здравоохранения, но и для общества в целом.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Если Вам хотелось бы расширить свои познания в области существующих теорий сестринского обслуживания или проводимых в настоящее время мероприятий в рамках движения за достижение здоровья для всех. Вы можете ознакомиться с книгами и докладами. список которых приводится ниже.

Archer, S. & Fleshman, A. Community health nursing, 2nd ed. Scituate, MA, Duxbury Press, 1979.

Aastedt-Kurki, P. & Pelkonen, M. Nursing in primary health care. Helsinki, Nursing Research Unit, 1985 (unpublished manuscript).

Beckstrand, J. The notion of a practice theory and the relationship of scientific and ethical knowledge to practice. Research in nursing and health, 1(3): 131-136 (1978).

Clark, J. A framework for health visiting. A systems approach.
Part I: The application of systems theory to health visiting. October 1980.
Part II: The nature of health visiting activity. November 1980.
Part III: The environment and the time dimension. December 1980.
Health visitor, 53, 1980.

Cox, C. Development of models and theories on the concept of nursing: some implications for nurse education. Paper presented at the 17th Quadrennial Congress of the International Council of Nurses: Health Care for All, Challenge for Nursing. Los Angeles, 28 June - 3 July 1981.

Diers, D. Research in nursing practice. New York, J.B. Lippincott Co., 1979.

Eriksson, K. Vårdprocessen. (The Care Unit). Stockholm, Almqvist & Wiksell Förlag, 1982.

Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia, PA, F.A. Davis, 1984.

Freeman, R. & Heinrich, J. Community health nursing practice, 3rd ed. Toronto, W.B. Saunders Co., 1981.

Gryphonck, M. et al. Integrating nursing: a holistic approach to the delivery of nursing care. Journal of nursing studies, (16), 1979.

Henderson, V. The nature of nursing: a definition and its implications, practice, research and education. New York, Macmillan, 1966.

Kitson, A.L. A comparative analysis of lay caring and professional (nursing) caring relationships. University of Ulster, 1984. (unpublished manuscript).

Levine, M. Introduction to clinical nursing, 2nd ed. Philadelphia, PA, F.A. Davis, 1973.

- McGee, M. Determination of family decision-making capacity by community health nurses and a measurement of nursing impact. In: Zelm, G.N. et al., ed. Development and use of indicators in nursing research. Edmonton, University of Alberta, 1975.
- Mahler, H. Nurses lead the way. World Health Organization Features, (97). June 1985.
- McWhinney, I.R. An introduction to family medicine. Oxford, Oxford University Press, 1981.
- Meleis, A. Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia, PA, J.P. Lippincott Co., 1985.
- Neuman, B. The Neuman systems model - application to nursing education and practice. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Nightingale, F. Notes on nursing: what it is and what it is not. New York, Dover Publications, 1969.
- Orem, D. E. Nursing concepts of practice, 3rd ed. London, McGraw-Hill Book Co., 1985.
- Parse, R. R. Man - living - health: a theory of nursing. New York, John Wiley & Sons, 1981.
- Poletti, R. Development of models and theories on the concept of nursing. Paper presented at the 17th Quadrennial Congress of the International Council of Nurses: Health Care for All, Challenge for Nursing. Los Angeles, 28 June - 3 July 1981.
- Raatikainen, R. The Changing Needs for Society. The Response of Nursing Education. Paper presented at the 18th Quadrennial Congress of the International Council of Nurses: Nurses as a Social Force. Tel Aviv, 16-21 June 1985.
- Robinson, J. Ad hoc consultation on a nursing conference position paper: background and literature review. WHO Regional Office for Europe, November, 1985.
- Rogers, M.E. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, PA, F.A. Davis, 1970.
- Roper, N. et al. Using a model for nursing. London, Churchill Livingstone, 1983.
- Roy, Sr C. Introduction to nursing: an adaptation model. Prentice Hall, New Jersey, 1976.
- Standards and levels of nursing practice: a discussion paper, May 1985. College of Nurses of Ontario, June, 1986.

Задачи по достижению здоровья для всех. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 год.

Перечень предлагаемых показателей для мониторинга хода работы по реализации стратегии достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1984 год. (EUR/RC 34/13).

Предлагаемый план действий по осуществлению региональной стратегии достижения здоровья для всех к 2000 году. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1984 год. (EUR/RC 34/14).

Nizetic, B.Z. et al., ed. Scientific approaches to health and health care: proceedings of a WHO meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.