

**ФАТИМА ЭМДИЕВНА БАТАЕВА
ЭЛИНА ЭМДИЕВНА БАТАЕВА**

**Выполнение работ по профессии
«Младшая медицинская сестра
по уходу за больными»**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



**Фатима Эмдиевна Батаева
Элина Эмдиевна Батаева
Выполнение работ
по профессии «Младшая
медицинская сестра по уходу
за больными». Учебное пособие**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=71893690

ISBN 9785006590953

Аннотация

Данное пособие предназначено для самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы студентов 1 и 2 курсов на теоретических занятиях по дисциплине «Безопасная больничная среда для участников лечебно-диагностического процесса».

Содержание

Глава 1 Развитие и становление сестринского дела за рубежом. Роль Флоренс Найтингейл в сестринском деле	5
Развитие сестринского дела за рубежом	7
История сестринского дела в России	10
Глава 2 ОСНОВЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ	20
Этические вопросы медицины	21
Глава 3 Философия сестринского дела	44
Перспективы профессиональной деятельности сестринского персонала	45
Глава 4 Понятие потребности	56
Конец ознакомительного фрагмента.	57

**Выполнение работ
по профессии «Младшая
медицинская сестра
по уходу за больными»
Учебное пособие**

**Фатима Эмдиевна Батаева
Элина Эмдиевна Батаева**

© Фатима Эмдиевна Батаева, 2025

© Элина Эмдиевна Батаева, 2025

ISBN 978-5-0065-9095-3

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Глава 1 Развитие и становление сестринского дела за рубежом. Роль Флоренс Найтингейл в сестринском деле

Память – это история.

Ф. Бэкон

Студент должен знать:

- историю и задачи международного сотрудничества в области сестринского дела;
- заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле;
- историю создания и задачи сестринских общин в России;
- примеры самоотверженности и героизма русских сестер милосердия;
- историю создания и задачи организаций Красного Креста и Красного Полумесяца;
- решение международной научно-практической конференции по реформе сестринского дела в России (Голицыно, 1993);
- уровни подготовки медицинских сестер в России;
- роль и задачи Ассоциации российских медицинских сестер;

– дальнейшие перспективы развития сестринского дела в России.

Развитие сестринского дела за рубежом

В Европе издавна существовали добровольные объединения людей, посвятивших себя уходу за больными и ранеными. Такую миссию взяла на себя христианская церковь с начала своего существования. Обязанность по уходу за больными странниками, нищими, сиротами лежала **на дьяконах** (в переводе с греческого – служители).

В 1617 году французский священник **Викентий Поль** организовал **первую общину сестер милосердия**. При общине была открыта первая школа для сестер. Викентий Поль ввел в сестринском деле такие термины, как «сестра милосердия», «старшая сестра». Его опыт в дальнейшем распространился по странам Европы.

Флоренс Найтингейл (1820 – 1910 г.г.) – английская сестра милосердия, считается во всём мире основоположницей сестринского дела. **Впервые ее имя прозвучало 1854г.,** когда Флоренс и с нею **38 сестер милосердия** прибыли к месту военных действий на **Турецкой войне**. Ф.Н. доказала насколько важен правильно организованный уход за ранеными, снизив смертность в госпиталях с 40% до 2,2%. Вернувшись в Лондон **1860г., она открыла школу для подготовки сестер милосердия**. Система обучения в ней послужила основой современного препода-

вания сестринского дела. В своей книге «Записки об уходе» Ф. Найтингейл впервые:

– охарактеризовала сестринское дело как *«действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению»*;

– выделила в сестринском деле две области – уход за больными и уход за здоровыми. *Уход за здоровыми она определила, как «поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает», а уход за больными как «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение»*;

– провела анализ влияния санитарно-гигиенических факторов на состояние здоровья;

– высказала убеждение, что С.Д. как профессия требует специальных, отличных от врачебных знаний;

Ф.Н. разработала такие нравственные ориентиры, как милосердие, безграничная преданность делу, уважение личности пациента, соблюдение профессионального долга, которые не изменились и сегодня.

Взгляды и убеждения Ф.Н. получили широкое признание во многих странах мира. Современные исследователи рассматривают ее работы в качестве первой модели С. Д. Идея помощи раненым силами сестер милосердия во время Крымской войны явилась предпосылкой для создания **Общества Красного Креста**. Основоположителем стал швейцарец **Анри Дюнан**. Эмблемой общества стал красный

крест на белом полотне. Международное Общество Красного креста в 1912 г. учредило медаль Флоренс Найтингейл. *Ею награждают медсестёр, проявивших героизм в ходе военных действий. В годы ВОВ ею впервые были награждены 46 медсестёр в нашей стране.*

После открытия в начале 70-х годов XVIII века в США первых сестринских школ по модели школы Ф.Н., инициатива развития С.Д. постепенно сместилась из Европы в Америку. В 1886г. там создается первое Общество медицинских сестер – первая в мире профессиональная сестринская организация. Позже там был издан **первый сестринский журнал** – «**American Journal of Nursing**» – и сегодня самый популярный сестринский журнал в мире. В начале XX века медицинская сестра Колумбийского университета Нуттинг получила звание профессора С.Д.

В развитии СД за рубежом большое влияние сыграл врачебный бизнес. Распространился принцип «техницизма», дегуманизации. Сестры – последователи традиций Ф.Н. активно включились в формирование независимой сестринской практики в больницах, на дому, в домах сестринского ухода. Они стремились к развитию комплекса знаний, составляющих основу их профессии. Наибольшую известность получила теория В. Хендерсон, основанная на удовлетворении 14-ти базовых потребностей пациента.

История сестринского дела в России

На Руси необходимое лечение и уход в периоды эпидемий и войн проводились в монастырских больницах **монахами** – «лечцами».

В XVIII век Россия вступила с Петром I. Именно тогда произошли значительные преобразования в организации медицинской помощи. В 1715г. вышел указ о службе женщин в воспитательных домах для ухода за больными детьми. Это был первый шаг для официального привлечения женщин к лечебной работе.

При Екатерине II появилась служба «*сердобольные вдовы*» – в Петербурге, затем в Москве. Вдовы солдат привлекались наблюдать за порядком, раздавать пищу и медикаменты, следить за чистотой. Началось их обучение по вышедшему в 1822г. учебнику Опеля, *где давались основы деонтологии, особенности ухода за тяжелобольными, ранеными, младенцами. Уделялось внимание гигиеническому содержанию больных, выполнению основных процедур.*

В 40-х годах XIX века в Петербурге по инициативе великой княгини Александры Николаевны открылась **Свято – Троицкая община**. *В сестры принимали вдов и девиц 20—40 лет. В течение года они проходили курсы обучения уходу, перевязкам, рецептуре, проявляли свои душевные качества. В торжественной обстановке их посвящали в сестры мило-*

сердия. В дальнейшем подобные заведения стали создаваться и других крупных городах.

Особое место принадлежит Петербургской **Кресто – Воздвиженской общине**. Во время **Крымской войны** (1853 – 1856гг) её члены первыми в мире начали оказывать сестринскую помощь в действующей русской армии во главе с **великим русским хирургом Н. И. Пироговым**. Всего в войне приняли участие 200 сестёр, из которых 17 погибли. С героизмом сёстры сопровождали обозы, ухаживали за ранеными, работали в операционных. Пирогов впервые разделил сестёр разного профиля, разработав для них инструкции. Членами **Кресто—Воздвиженской общины** были женщины разных сословий и в целях их поощрения был учрежден позолоченный крест, которым были награждены 158 сестер. Прославилась на передовой сестра **Дарья Севастопольская**, открывшая перевязочный пункт. Прибыв по зову сердца на фронт, она в труднейших условиях оказывала помощь раненым. За героизм была награждена медалью «За усердие» на Владимирской ленте и 500 рублями серебром.

В 1867 г. Россия присоединилась к Женевской конвенции, создавшей Общество Красного креста. В его формировании большую роль сыграли великие русские врачи **Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, Н. В. Склифосовский, Н. Н. Бурденко**. Основные функции общества: подготовка сестёр милосердия и оказание бесплатной медицинской по-

мощи.

1914г. – начало 1 Мировой войны. Большую роль в движении сестёр милосердия сыграли императрица Александра Фёдоровна и её дочери Татьяна и Ольга, которые открывали лазареты и работали в них сами. В этой войне участвовали уже более 2 500 сестёр милосердия.

После Октябрьского переворота движение Красного креста и сестры сыграли большую роль не только в медицинском обеспечении Красной армии и в борьбе с эпидемиями. Они боролись с неграмотностью, поднимая общую культуру населения. В связи с большой потребностью в сестрах были организованы краткосрочные курсы.

В 1917г. создано Всероссийское общество сестер милосердия. С января 1918г. стал выходить «Первый вестник Сестры милосердия».

В 1920г. начали открываться школы по подготовке сестер, позже техникумы. С 1926 г. сестёр милосердия начали называть медицинскими сестрами. Годы социализма полностью уничтожили деятельность православных общин сестер милосердия. Главным достижением этого периода отечественного здравоохранения было насыщение сестринскими кадрами медицинских служб в стране. К 1940г. обеспеченность сестринскими кадрами по сравнению с 1913 г. выросла в 8 раз. Но престиж профессии был невысоким. Наркомздрав определил среднего медработника как помощника врача, работающего по его указаниям

и под его наблюдением. Все принципиальные вопросы решались не самими сёстрами, а врачами. Государственная система лишала сестёр гражданской инициативы, творчества. Не смотря на то, что уход в значительной степени определяет успех лечения, статус медицинской сестры того времени был занижен.

В период *Великой Отечественной войны* Общество Красного Креста проводило массовую подготовку санитарных и сестринских кадров, обучение населения. **В 1942 г начал выходить журнал «Медицинская сестра».** За проявленный героизм во время Великой отечественной войны 46 сестёр были награждены медалью Ф. Найтингейл, а 17 получили звание Героя Советского Союза.

С 1953г. средние медицинские учебные заведения стали именоваться медицинскими училища. Сестринская помощь в России до 1989г. имела основательную теоретическую, практическую и организационную базу. Имелись и недостатки, в т.ч. отрыв от международных сообществ.

С 1991 года началась подготовка медицинских сестер в колледжах, стали открываться факультеты высшего сестринского образования в медицинских вузах. Значительным стимулом для развития сестринского дела на *современном этапе* стали интенсивные контакты с зарубежными коллегами. Состоялось переосмысление роли медсестры в профессиональном сообществе.

В 1993г. в Голицыно был проведен семинар «Новые

сестры для новой России» по реформе сестринского образования и сестринской практики.

Сущность реформы заключается в организации сестринского дела как самостоятельной сферы медицинской деятельности, приобретение сёстрами профессиональной независимости, расширение их роли в лечебном процессе как партнёра и помощника пациента.

Основные направления реформы сестринского дела

– Изменения в системе образования, т.е. подготовке и переподготовке:

- внедрение нового образовательного стандарта;
- переход на многоуровневое сестринское образование;
- обучение новым технологиям с позиции новой философии С.Д.

– Изменения в трудовой сфере:

- повышение престижа профессии – возможность профессионального роста;
- мотивация медсестёр к самостоятельной научно – исследовательской работе;
- пересмотр обязанностей, тарифных сеток, нагрузок, перечня должностей;
- внедрение стандартов сестринской деятельности.

– Создание нормативно-правовой базы сестринского дела.

В 1994 году создана Общероссийская общественная орга-

низация «*Ассоциация медицинских сестер России*». Президент – Саркисова Валентина Антоновна.

Задачи ассоциации:

- активное участие в Государственной политике в здравоохранении;
- поддержка научных исследований в сестринском деле;
- разработка и издание методической литературы;
- управление внедрением новых сестринских технологий;
- осуществление юридической защиты медицинских сестёр;
- отстаивание профессиональных интересов медсестер в системе здравоохранения;
- улучшение условий труда и повышение заработной платы;
- расширение информационного пространства в сестринском деле;
- возрождение традиций сестринского милосердия;
- международное сотрудничество.

Ассоциация медицинских сестер России в течение 10 лет является членом Европейского форума сестринских, акушерских ассоциаций и ВОЗ, а в **2005** году была принята в **Международный Совет медицинских сестер**. С этого момента Ассоциация принимает активное участие как в формировании глобальной, мировой политики в области сестринского дела, так и реализует стратегические планы политики здравоохранения в России.

1998г. – состоялся 1 Всероссийский съезд средних медицинских работников в Санкт-Петербурге, на котором был одобрен проект Государственной программы развития сестринского дела в РФ. Внедрена *многоуровневая подготовка специалистов сестринского дела*– базовый, повышенный, высшее сестринское образование (ВСО).

3 уровень (ВУЗ)	Высшее профессиональное образование
2 уровень (колледж)	Среднее профессиональное образование
1 уровень (медицинское училище)	

Современное состояние сестринского дела в Российской Федерации

В настоящее время подготовка медицинских сестер ведется в 453 учреждениях СПО. Внедряются государственные образовательные стандарты нового поколения. Утверждена Доктрина среднего медицинского и фармацевтического образования в Р.Ф., успешно реализуется Отраслевая программа развития С.Д. в Р. Ф. Она призвана обеспечить повышение эффективности и усиление роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи населению.

С каждым годом растет количество экспериментальных площадок по внедрению новых сестринских технологий:

сестринский процесс, периоперативный процесс и др.

Развивается сеть палат, отделений, больниц сестринского ухода и паллиативной службы.

Расширяется участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, центрах амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, службах ухода на дому, в «Школах пациентов» и др.

Возросла активность сестринского персонала в проведении санитарного просвещения населения.

В настоящее время в системе здравоохранения работает более 1 336,1 тыс. специалистов со средним медицинским образованием. Укомплектованность сестринским персоналом составляет 69,7%. Соотношение врач – средний медицинский персонал составляет 1: 2,2, что ограничивает возможности долечивания, патронажа, реабилитации. Это связано с объективными причинами: низкая заработная плата, уравнилельные подходы к оплате труда, низкий уровень социальной защищенности.

Опыт реализации национального проекта «Здоровье» показал, что сестринский персонал (в частности, первичного звена) не всегда соответствует требованиям времени и это касается не только качества предоставляемых услуг, но и взаимоотношений сестер и пациентов.

Здравоохранение как отрасль в последние годы получило мощные финансовые вливания для развития материаль-

но-технической базы. Это коснулось и сестринского персонала: сформирован фонд средств малой механизации, что расширяет возможности качественного обслуживания пациентов. Разработаны и утверждены региональные программы развития С. Д. В органах управления введены должности главных специалистов по С. Д. Разработаны программы взаимодействия медицинских образовательных и лечебных учреждений.

– РЕЗЮМЕ

История развития сестринского дела продемонстрировала свою значимость в развитии общества.

В процессе развития СД условно выделяют 3 этапа:

1-й этап – сестра играет опекунскую роль (призрение, помощь инвалидам, психическим больным, умирающим, сиротам). Основная функция сестры – гигиенический уход.

2-й этап связан с Крымской кампанией – сестра – зависимый исполнитель врача.

3-й этап – конец 90-х годов XX В. – начало XXI в. – сестра выполняет роль независимого специалиста в рамках своей компетенции.

В настоящее время реформирование сестринского дела в России основано на реализации Программы развития сестринского дела в Российской Федерации до 2030 года.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Контрольные вопросы

Ответ на поставленные вопросы.

1. Развитие и становление сестринского дела за рубежом.
2. Организация системы ухода за больными в начале XIX века в России.
3. Заслуги Флоренс Найтингейл в сестринском деле.
4. Организация общин сестер милосердия в России.
5. История создания Крестовоздвиженской общины сестер милосердия. Роль Н. И. Пирогова.
6. Деятельность сестер милосердия и сердобольных вдов во время военных действий.
7. История создания и задачи Российского общества Красного Креста.
8. Участие сестер милосердия Российского общества второй половины XIX – начала XX века.
9. Уровни подготовки специалистов сестринского дела.
10. Задачи Межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России.

Глава 2 ОСНОВЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

*Иногда вылечить, часто – облегчить, всегда –
успокоить.*

Л. Парэ

Студент должен знать:

- понятие биоэтики;
- основные проблемы биоэтики;
- основные принципы биоэтики;
- в морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения;
- в этические основы современного медицинского законодательства;
- в права пациента и медицинской сестры;.
- в положения Этического кодекса медицинской сестры России.

Этические вопросы медицины

Греческое слово этика – ethos – означает обычай, нрав, правила. Это название впервые дал Аристотель новой науке, объектом которой служат мораль и нравственность.

Этика – это наука о морали – совокупность норм и принципов поведения, принятых в данном обществе в определенном промежутке времени.

Область этических вопросов в современной медицине обозначают терминами: «медицинская этика», «врачебная этика», «биоэтика», «биомедицинская этика», «медицинская деонтология».

С именем Гиппократа связано первое представление о высоком моральном облике и образце этического проведения врача.

Клятва Гиппократа

Основные проблемы биоэтики:

1. Новые репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство), вопросы аборта, стерилизации. В нашей стране добровольная стерилизация мужчин и женщин официально разрешена с 1993 года.

2. Эвтаназия – в переводе с греческого означает «хорошая», «легкая» или «благая» смерть. Эта проблема возникла еще в Древней Спарте, где уничтожали хилых и урод-

ливых новорожденных. В России эвтаназия запрещена законом. В настоящее время под эвтаназией понимают преднамеренное прерывание жизни неизлечимо больного пациента с целью прекращения его страданий или медицинскую помощь ему, носящую паллиативный характер. Различают активную и пассивную эвтаназию. Активная – прямое причинение смерти больному (например, «смертельная инъекция»), пассивная (осуждена ВОЗ, но разрешена во многих странах мира) – прекращение действий, поддерживающих жизнь (например, отключение ИВЛ, искусственного питания).

3. Трансплантация органов и тканей (донорство крови, вопросы пересадки органов от живого донора и от трупа).

Над проблемой трансплантации органов и пересадки тканей работали многие русские ученые. Это Н. И. Пирогов (первым применил эфирный наркоз), Н. Штраух, Н. Фейгин (установили возможность трансплантации роговицы), В. Антоневи́ч (работы по пересадке зубов), К. М. Сапежко (работы по трансплантации слизистой), Ю. Вороной (первая в мире трансплантация почки), В. Шумаков (операции по трансплантации сердца), Г. Фальковский, А. Покровский (исследование способов сохранения органа), С. Воронов (пересадки семенников животных человеку), С. Брюхоненко (создание первого в мире аппарата искусственного кровообращения), В. Демихов (операции по пересадке мозга).

В России первая успешная пересадка почки выполнена

в 1965 году, сердца – в 1986-м, печени – в 1990-м, успешно выполнена уникальная операция пересадки легких 1 августа 2006 года. Одним из самых интересных разделов трансплантологии является трансплантация мозга. Сегодня она находится в стадии эксперимента и изучена очень мало.

4. Геномика, клонирование, применение генетически модифицированных пищевых продуктов. В нашей стране выведена овца, в молоке которой содержится химозин – фермент, использующийся в производстве сыра; успешно прошли испытания на животных первые овощи – вакцины против гепатита В и ВИЧ.

Клонирование стало одним из самых громких открытий XX столетия, когда весь мир узнал об овечке Долли – точной генетической копии своей матери. Различают два вида клонирования – репродуктивное и терапевтическое. При репродуктивном – рождается точная генетическая копия, при терапевтическом – клеточный материал зародыша используют на ранних стадиях развития в медицинских целях.

5. Врач и права больного.

6. Охрана медиками частной жизни пациента.

Этика неразрывно связана с деонтологией. Термин «деонтология» был введен английским философом, журналистом Джереми Бентамом (1748 – 1832 гг.). Бентам определил понятие «деонтология» как науку о должном профессиональном поведении человека (от греческого *deontos* – должное и *logos* —учение). В России этот термин ввел Николай Ни-

колаевич Петров – хирург-онколог (30-50-ые годы 20-го столетия).

В медицинском понимании деонтология – это учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Помимо этого, деонтология устанавливает нормы взаимоотношений между медиками и родственниками пациентов, а также между коллегами в медицинском коллективе.

Медицинская этика определяет моральные отношения в рамках между медиками, а медицинская деонтология – профессиональные отношения в рамках между медиками, пациентами и родственниками.

Термин «биоэтика» ввел американский биолог Ван Ренселлер Поттер. Термин «биоэтика» образован от греческого *bios* – жизнь. Поттер рассматривает биоэтику как новую дисциплину, которая перекинет мост между естественными и гуманитарными науками – мост между биологией и этикой, отсюда – биоэтика. Биоэтика – как и медицинская этика – наука о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, но в условиях использования новых медицинских технологий.

Основные принципы биоэтики:

1. Принцип гуманности (гуманность – интересы личности выше интересов всего остального), уважения человеческого

достоинства личности.

2. Принцип уважения моральной автономии личности.

3. Принцип благодеяния – «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного», – говорится в «Клятве Гиппократата»; «Спешите делать добро» – эти слова – духовное завещание врача-гуманиста Ф. П. Гааза (1780 — 1853 гг.), который следовал этому принципу всю свою жизнь.

4. Принцип справедливости.

Биоэтика не только позволяет использовать достижения научно-технического прогресса на благо человека, но и призвана защитить пациента от нанесения вреда медиками, вооруженными новыми технологиями.

Какими же чертами характера, душевными качествами, добродетелями должны обладать медсестра, акушерка, фельдшер?

Профессия накладывает свой определенный психологический отпечаток на личность медика. По определению психологов, впечатление о человеке формируется в течение первых 18 секунд знакомства! При первом контакте с медсестрой у пациента должно возникнуть чувство доверия к персоналу этого лечебного учреждения. Именно сестра, находясь ближе к пациенту, создает атмосферу доброжелательности, настрой и веру в положительный (или благоприятный) прогноз и исход заболевания. Во все времена и у всех народов к характеру и поведению врача или медсестры предъяв-

лялись особые, повышенные требования. Личные качества медсестры – любовь к людям, способность к состраданию, доброта, собранность, требовательность к себе. Сострадание к чужой боли!

У нас профессия такая,
Что станет до последних дней
Твоею болью боль чужая
И радость – радостью твоей.
Оберегайте это чувство!
И разве есть страшнее зло,
Когда врачебное искусство
Вдруг превратится в ремесло...
(С. Сельков, офтальмолог)

Автор книги «Врач, сестра, больной», известный венгерский психотерапевт И. Харди (1983 г.) выделил 6 типов медицинских сестер. В основе типологии сестер не только особенности психоэмоционального склада, но и отношение к работе, пациентам. Данная классификация несколько утрирована, но она помогает взглянуть на деятельность сестры «глазами пациентов».

1. **Сестра-рутинер** – она тщательно, скрупулезно, аккуратно выполняет все свои обязанности, действуя строго по инструкции, проявляет усердие, ловкость и умение для ухода за больными, но работает механически, не сопереживая, не проявляя сочувствия.

2. Сестра, играющая заученную роль (артистический тип) – такая медсестра в процессе своей работы старается играть какую-либо роль (например, благодетельницы) или следовать

понравившемуся ей идеалу. Постепенно в поведении такой сестры исчезают искренность, непосредственность, открытость и появляются наигранность, искусственность.

3. Тип «нервной» сестры – эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная, склонная обсуждать личные проблемы, считает, что ее усилия не оценивают должным образом; часто боится заразиться каким-либо инфекционным заболеванием, в результате может проявлять брезгливость и даже отказываться от выполнения каких-либо процедур и манипуляций под благовидным предлогом. С точки зрения профессиональной этики такие сестры не должны работать с пациентами.

4. Тип сестры – мужеподобная, сильная личность («гренадер» – больные уже издали, по походке или зычному голосу узнают ее, побыстрее стараясь привести в порядок свои тумбочки и кровати, убрать лишние вещи. Такая сестра любит порядок, четкость и дисциплину. В благоприятных случаях она может стать прекрасным организатором, хорошим педагогом. При недостатке культуры – может быть резкой и грубой с пациентами, но всегда ответственна и точна в работе.

5. Сестра материнского типа – выполняет свою работу

с проявлением максимальной заботы и сочувствия к пациентам, успевает повсюду. Работа для такой сестры – неотъемлемое условие жизни, забота о пациентах – жизненное призвание. К ней как нельзя лучше подходит такое обращение, как «мать», «сестричка». Постоянной заботой о других, любовью к людям пронизана и ее личная жизнь.

6. Сестра-специалист – сестры, которые благодаря какому-то особому свойству личности проявляют любознательность в определенной сфере профессиональной деятельности и благодаря развитию этого интереса получают специальное назначение. Многие из них посвящают свою жизнь избранному

делу, работая в кабинетах физиотерапии, функциональной диагностики, различных лабораториях.

Особенности сестринской этики

1. Сочувствие к пациенту и уважение его достоинства.

Эмпатия (от англ, empathy) – «вчувствование», способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека (умение войти в мир другого и вовремя выйти, иначе самой сестре понадобится помощь). Быть в состоянии эмпатии – значит на какое-то время войти в мир другого, но в любой момент вернуться. Если такая способность теряется – то самой медсестре необходима медицинская помощь, то есть медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями.

2. Доброжелательность, приветливое выражение лица – составляющие профессиональной культуры. Профессиональная культура – это культура поведения, общения и внешнего вида.

3. Честность с больными и коллегами, критичность к себе и окружающим.

4. Уважение закона.

5. Уважение прав пациента – медсестра тактично объясняет пациенту его права и обязанности.

6. Постоянное самосовершенствование, стремление к получению свежей информации.

7. Свобода выбора (выбирать должен не только пациент).

8. Ответственность за свой труд.

9. Сохранение медицинской тайны (разговоры о диагнозе, особенностях заболевания – в рамках компетенции – должны быть обозначены врачом) предусмотрено законом.

10. Принцип информированного согласия – любой медицинский работник должен максимально полно информировать пациента о его состоянии здоровья, методах и перспективах

лечения, дать ему оптимальные советы, учитывая его возможности в общении и социальном положении. На основании полученных сведений пациент самостоятельно принимает решение о дальнейших действиях.

Попытка скрыть правду от больного вызывает у него сомнения в правильности диагноза, компетенции врача. В этом

отношении очень показателен случай из жизни великого русского хирурга Н. И. Пирогова. Во время празднования 50-летия его врачебной деятельности в 1881 году в Москве он решил проконсультироваться по поводу язвы на нёбе, беспокоившей его. Хирурги во главе с Н. В. Склифосовским, заподозрив рак, высказались за операцию. Но Н. И. Пирогов решил выслушать и мнение знаменитого Т. Бильрота, проживавшего в Вене, и поехал к нему на консультацию. Тот успокоил коллегу, заявив, что операция не нужна. Доктор С. Шкляревский, сопровождавший Н. И. Пирогова в поездке, свидетельствовал, что после консультации у Бильрота расположение духа Николая Ивановича резко изменилось в лучшую сторону, «из убитого и дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, он опять сделался бодрым и свежим». Но через несколько месяцев Н. И. Пирогов умирает мучительной смертью. За 26 дней до кончины он написал: «Ни Склифосовский, ни Бильрот не узнали у меня *unclus oris meum, cancerosum segrege nosum* – иначе первые три не посоветовали бы операции, а второй – не признал бы болезнь за доброкачественную». Разумеется, Н. И. Пирогов был не прав и принял «святую ложь» за профессиональную ошибку. Подобных случаев немало описано в литературе.

11. Основной медицинский принцип – не причинение вреда (не навреди!) со времен Гиппократов).

12. Свершение благодеяний. Благодеяние – моральный долг медиков, основа деонтологии. История сестринского

дела богата примерами высокого понимания своего долга: это и Ф. Найтингейл, и Е. Бакунина, вышедшие из богатых аристократических семей и посвятившие всю свою жизнь служению людям, и баронесса Ю. Вревская, и великая княгиня Елизавета Федоровна – заплатившие жизнью за свои благодеяния.

<p>Основные принципы взаимоотношения сестры с врачом</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Врач и медсестра — это два союзника.2. Единая тактика в лечении.3. Медсестра всегда присутствует на обходах4. Строгое соблюдение субординации.5. Устранение «неделок»6. Правильное оформление документации.7. Обоснованный подход к назначениям8. Поддержка авторитета врача.9. Своевременное информирование врача о вопросах, возникших у пациента
---	--

Болезни, патологические состояния, вызванные какими-либо профессиональными действиями врача, называют ятрогенными (ятрогении), сестры – соррогенными (соррогении).

Американский врач-биоэтик Роберт Бич (1992 г.) определил четыре модели взаимоотношений медиков с пациентами:

– **Патерналистская** (от: лат. pater – отец) – модель родительской заботы врача о своем пациенте. Медики сами принимают важные для пациента решения и при этом берут всю

ответственность на себя.

Эта модель противоречит принципу уважения автономии пациента, на сегодняшний день применима в педиатрии, психиатрии, гериатрии.

– **Инженерная** (модель автомеханика) – пациент встречается с врачом или медицинской сестрой только для «устранения поломок». Межличностный компонент взаимоотношений полностью игнорируется.

Эта модель применима в физио- и рентген кабинетах, отделениях функциональной диагностики.

– **Коллегиальная** (семейная медицина) – когда заботу о здоровье пациента берут на себя несколько специалистов. Характеризуется полным взаимным доверием медицинского персонала и пациентов. Очевидно, будет иметь место в семейной медицине.

– **Контрактная** (договорная) – пациент и медработник заключают контракт, в котором определяются рамки их взаимоотношений.

Существует несколько этапов установления отношений между сестрой и пациентом:

– **начальный** – этап ориентации, знакомство пациента и сестры. Пациент захвачен своими проблемами, но в интересах приспособления к новой среде он вынужден вступать в контакт с окружающими его людьми. Сестра в ходе работы получает представление о поведении пациента. Важны свойства личности пациента и сестры.

– развернутый – дальнейшая работа зависит от сформировавшегося контакта между сестрой и пациентом. Изменение картины болезни, все происходящее с пациентом могут вызвать у него появление страха, неуверенности, придирчивость. Все это можно уменьшить или вообще устранить, проявляя внимание к пациенту, беседуя с ним, выслушивая его проблемы.

– конечный – пациент должен быть соответствующим образом подготовлен к выписке; трудности обычно возникают при выписке из больницы пациентов, получивших определенную группу инвалидности.

Пациенты могут быть разного пола, возраста, национальности, специальности, социального статуса, вероисповедания, состояния здоровья. Однако все они имеют право на то, чтобы медицинский работник видел в них личность, заслуживающую внимания и сострадания.

Болезнь – не только страдание больного органа пациента. Человек испытывает серьезное эмоциональное потрясение. Больные часто жалуются на чувство собственной малоценности, одиночества и ненужности. Поэтому первоочередная задача психологической помощи пациенту уже при первом общении с ним – вернуть чувство уверенности в себе, утраченную веру в выздоровление, восстановить потерянную связь с окружающими, дать пациенту необходимую психологическую силу, которую он утратил.

Клинику любого заболевания можно оценить с двух сто-

рон: внешней и внутренней.

Внешняя, или объективная, картина болезни – это совокупность клинических данных, полученных медиками: показатели осмотра, перкуссии, пальпации, различных исследований.

Внутренняя картина болезни – это определенное состояние пациента в момент болезни.

В структуре внутренней картины болезни различают несколько уровней:

1 – чувственный уровень – ощущения пациента в связи с его болезнью (тошнота, головокружение);

2 – эмоциональный уровень – переживания пациента по поводу его заболевания;

3 – интеллектуальный уровень – уровень представлений и знаний пациента о болезни;

4 – «уровень отношения к болезни и мотивация к возвращению (укреплению) здоровья».

Следует уделить внимание и личности пациента. Медсестра может привлечь пациента к активному участию в лечебном процессе, оказать помощь больному в осознании и понимании необходимости борьбы с болезнью. Сирийский врач Абуль Фараджа, живший в XIII веке, обращаясь к пациенту, говорил: «Нас трое – ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, нас будет двое, а я останусь один. Вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы ее одолеем». Эта древняя мудрость соответствует

и современным представлениям: в борьбе с болезнью многое зависит от пациента, от его жизнестойкости, готовности сотрудничать с медиками в борьбе против заболевания.

Этрогения – это влияние пациента на самого себя, эргогения – влияние пациентов друг на друга.

Отношение к болезни у пациента может быть адекватным и неадекватным со множеством нюансов.

Адекватное (гармоничное) отношение к болезни предполагает осознание пациентом необходимости лечения. Пациент трезво оценивает свое состояние, стремится содействовать успеху лечения, не желает обременять других тяготами ухода за собой.

Типы пациентов с неадекватным отношением к болезни

– **Тревожный** (вечно волнующийся) пациент – отличается повышенной тревожностью по любому поводу, в общении – робкий, не уверенный в себе человек. Медсестре желательно быть предельно точной, внимательной к своим словам и выражениям, избегать медицинского сленга, проводить психокоррекцию, обратившись к психологу.

– **Подозрительный пациент** – угрюмый, настороженный и подозрительный по отношению к медицинскому персоналу и лечению в целом. Перед началом лечения необходимо преодолеть психологический барьер недоверия пациента.

– **Демонстративный пациент** – нуждается в постоянном внимании, требует к себе особого отношения, пытается произвести впечатление, преувеличивает сложность своего заболевания, выставляет напоказ близким и окружающим свои страдания, переживания, испытывая постоянную потребность в признании. Медсестре желательно поддерживать «героизм» такого пациента.

– **Депрессивный пациент** – подавлен, удручен болезнью, не верит в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Пессимистический взгляд на все вокруг. В работе с такими пациентами обязательно участие психолога.

– **Ипохондрический пациент** – чрезвычайно внимателен к своему здоровью, сосредоточен на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, необоснованно предполагает у себя наличие самых разных заболеваний, интересуется результатами всех исследований, читает специальную медицинскую литературу. Медперсоналу с такими больными нужно вести себя крайне осторожно.

Права пациента

В 1993 году в нашей стране права пациентов были определены в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан.

В статье 30 «Основ» дается общий перечень прав пациентов: на выбор врача, на консультации других специалистов и консилиум; на лечение боли, связанной с заболеванием

или медицинским вмешательством, на конфиденциальность, на информацию, на информированное добровольное согласие, на отказ от медицинского вмешательства.

Статья 31 «Основ» конкретизирует право пациента на информацию о своем здоровье, обо всех аспектах предлагаемых или проведенных медицинских вмешательств.

Статья 32 «Основ» дает юридическое толкование важнейшего понятия биомедицинской этики и современного медицинского права – «информированного согласия». Статья 33 «Основ»: каждый пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Статьи 49 и 61 – вопрос о врачебной тайне.

Закон предписывает (статья 49) врачам вносить сведения о диагнозе в листок о нетрудоспособности только с согласия самого пациента, а при его несогласии указывается общая причина нетрудоспособности – заболевание, травма и т. д.

Разглашение возможно (статья 61):

а) если пациент в силу своего состояния не может дать согласия;

б) при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

в) по запросу правоохранительных органов;

г) если пациент моложе 15 лет;

д) если есть основание полагать, что вред здоровью причинен в результате противоправных действий.

В 1997 году Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры. Создание этого документа стало важным этапом реформы сестринского дела в нашей стране, основной целью которой явилось утверждение автономии и самодостаточности этой профессии. Этический кодекс составлен с учетом новых идей, определяющих содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медицинской сестры в частности. Кодекс в развернутом виде отразил современные представления о правах пациента, которые как бы диктуют содержание конкретных обязанностей медсестры, определяют формулу ее морального долга. Он составлен на основе Устава ВОЗ (1946 г.), Этического кодекса медицинских сестер Международного совета медицинских сестер.

Виды юридической ответственности медицинских работников

В зависимости от характера правонарушения могут возникнуть различные виды юридической ответственности: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданская.

Дисциплинарная – форма воздействия на нарушителей трудовой дисциплины в виде дисциплинарных взысканий.

Нарушения:

Отсутствие работника без уважительных причин на работе в пределах трех часов в течение рабочего дня.

Отказ работника без уважительных причин от выполне-

ния трудовых обязанностей.

Отказ или уклонение без уважительных причин от медицинского освидетельствования работников некоторых профессий, а также отказ работника от прохождения в рабочее время специального обучения и сдачи экзамена по технике безопасности (для выявления ВИЧ-инфекции, медосмотра).

Дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, увольнение.

Административная – вид юридической ответственности за административный проступок.

Административные взыскания: предупреждение, штраф, возмездное изъятие предмета, конфискация предмета, лишение специального права, исправительные работы, административный арест.

Уголовная:

– Преступления против жизни и здоровья:

Убийство (ст. 105).

Причинение смерти по неосторожности (ст. 109).

Умышленное или по неосторожности причинение вреда здоровью (ст. 111, 112, 115, 118).

Заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122).

Незаконное производство аборт (ст. 123).

Неоказание помощи больному (ст. 124).

Оставление в опасности (ст. 125).

Преступления против общественной нравственности

и против здоровья населения:

Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, сбыт наркотических и психотропных веществ (ст. 228).

Хищение, вымогательство наркотических и психотропных веществ (ст. 229).

Незаконная выдача либо подделка рецептов, дающих право на получение наркотических средств (ст. 223).

Незаконные занятия частной медицинской практикой или фармацевтической деятельностью (ст. 235).

Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст.236).

Скрытие инфекций, информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни, здоровья людей (ст. 237).

Надругательство над телами умерших и местами их захоронения (ст.224).

Экологические преступления:

Нарушение правил обращения с экологически опасными веществами и отходами (ст. 247).

Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими и другими биологическими агентами или токсинами (ст. 248).

Нарушение ветеринарных правил безопасности (ст. 249).

Загрязнение вод (ст. 250).

Загрязнение атмосферы (ст. 251).

– Преступления против государственной власти, интере-

сов государственной службы в органах самоуправления:

Злоупотребление должностными полномочиями (ст. 185).

Превышение должностных норм (ст. 286).

Незаконное участие в предпринимательской деятельности (ст. 289).

Получение взятки (ст. 290);

Служебный подлог (ст. 292).

Халатность (ст. 293).

Гражданская – вид юридической ответственности, при которой к правонарушителю применяются меры воздействия, установленные договором. Эти меры включают возмещение убытков, уплату штрафа, неустойки, возмещение морального и иного вреда. Эта ответственность распространяется не только на физических лиц (граждан), но и на юридические лица (учреждения).

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

Генная инженерия – методы генетики, связанные с целенаправленным конструированием новых, не существующих в природе сочетаний генов.

Онколог – врач-специалист, получивший подготовку в области диагностики, лечения и профилактики опухолей.

Репродукция – воспроизведение.

Трансплантация – замещение, пересадка органов или

тканей.

Эвтаназия – намеренное ускорение смерти или умерщвление неизлечимого больного с целью прекращения его страданий.

Эгогения – влияние пациента на самого себя.

Эгрогения – влияние пациентов друг на друга.

– РЕЗЮМЕ

Предметом изучения биоэтики являются моральные и нравственные аспекты взаимоотношений между людьми.

Основной принцип биоэтики – уважение прав и достоинств человека.

Нравственной и моральной основой поведения медицинских сестер является Этический кодекс медицинской сестры России.

Современный специалист сестринского дела – профессионал, не только владеющий медицинскими знаниями и навыками, но и исследователь в области сестринского дела, знаток медицинских технологий, личность высокой профессиональной культуры в общении с пациентом, уважающая его права и достоинство.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Контрольные вопросы

Ответить на поставленные вопросы.

1. Понятие термина «деонтология».
2. Понятие термина «биоэтика».
3. Основные принципы биоэтики.
4. Проблемы биоэтики.
5. Особенности сестринской этики.
6. Типы сестер по Харди.
7. Модели взаимоотношений медиков с пациентом.
8. Основные принципы взаимоотношений медсестры с врачом.
9. Этапы установления отношений между сестрой и пациентом.
10. Права пациента.

Глава 3 Философия сестринского дела

*Философия – это окно в сердце, разум и душу.
Это путеводная звезда, идеал,
к которому надо стремиться*
Марша Фаулер,

Перспективы профессиональной деятельности сестринского персонала

В России давно назрела необходимость в проведении реформы СД в соответствии с Европейскими и мировыми стандартами. Сущность реформы – стремление сестер обрести профессиональную самостоятельность, независимость и самодостаточность в ряду других медицинских профессий.

В 1993 году в Голицыно состоялась I Всероссийская научно-практическая конференция по проблемам СД под лозунгом «Новые сестры для новой России». Принятый на конференции программный документ «Философия сестринского дела в России», отражает взгляды российских медицинских сестёр на основные ценности и раскрывает перед обществом перспективы профессиональной деятельности.

Причины, тормозящие развитие СД:

- Низкий профессиональный и социальный статус медсестры
- Низкий уровень подготовки медсестер
- Пренебрежение зарубежным опытом
- Отсутствие перспектив профессионального роста
- Недооценка значимости управления сестринской дея-

тельностью

Во всем мире СД рассматривают как самостоятельную науку, которая имеет свои теоретические основы и свою философию. Философия (греч. любовь к мудрости) – мировоззрение, система идей, взглядов на мир и на место в нем человека.

Философия СД, принята на конференции, является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на профессию медицинской сестры. А профессия медицинской сестры тесно связана с обществом (работа, место учебы) и окружающей средой.

Профессия медсестры имеет определённые обязательства перед обществом, но и само общество должно иметь обязанности перед сестрой.

Философия СД основана на человеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек (пациент). Человек со своими потребностями и проблемами в философии СД рассматривается как единое целое (холистический подход).

1 – биологические потребности

2 – духовные потребности

3 – социальные потребности

На Голицынской конференции определены основные принципы, миссия, задачи, цели философии СД.

Основные принципы философии СД

Философия СД включает в себя 4 основных понятия:

Здоровье Динамическая гармония	Окружающая среда совокупность факторов	Пациент личность	СД наука и искусство
---	--	----------------------------	--------------------------------

Голицынская конференция дает сведущее определение здоровью: «Здоровье – это динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая по средством адаптации». Известно, что на здоровье человека влияет как внутренние, так и внешние факторы, способствующие укреплению здоровья или разрушающие его (факторы риска), а также образ жизни человека.

Концептуальная терминология

Личность – общественная сущность человека

Окружающая среда – Совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, затрагивающих активность человека

Пациент – Человек (индивид), нуждающийся в сестринском уходе и получающий его

Сестра – Специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию СД и имеющий право на сестринскую практику

СД – Часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды

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

Миссия СД – оказание помощи конкретным людям, семьям и группам в определении и достижении их физического, умственного и социального потенциала в контексте той окружающей среды, в которой они живут и работают.

Цель СД — осуществление сестринского процесса.

Объект деятельности сестринского персонала – пациент (человек) – носитель болезни (здоровья).

Задача медсестры – выявление и решение проблем пациента, связанных со здоровьем (болезнью), задача врача—коррекция здоровья (лечение болезни).

Сестра, разделяющая философию СД, принимает этические обязанности, ценности и добродетели, которые определяют этический кодекс медсестры в каждой стране, в том числе и в России.

Этические элементы философии СД

Обязанности (определенный круг действий, возложенных на сестру)	Ценности (цели. К которым стремится сестра)	Добродетели-совершенства (определяют личные качества, которыми должна обладать сестра)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Уважать пациента ◆ Уважать право на самоопределение ◆ Говорить правду ◆ Делать добро ◆ Не причинять вреда ◆ Уважать обязательства других ◆ Держать слово ◆ Быть преданной ◆ Сотрудничать 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Профессионализм ◆ Независимость ◆ Здоровье ◆ Здоровая окружающая среда ◆ Достоинство ◆ Забота (уход) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Знания ◆ Умения ◆ Сострадание ◆ Ответственность ◆ Жалость ◆ Сотрудничество ◆ Милосердие

Уровни деятельности медицинской сестры

Укрепление здоровья

Восстановление утраченной функции

Профилактика болезней и травм

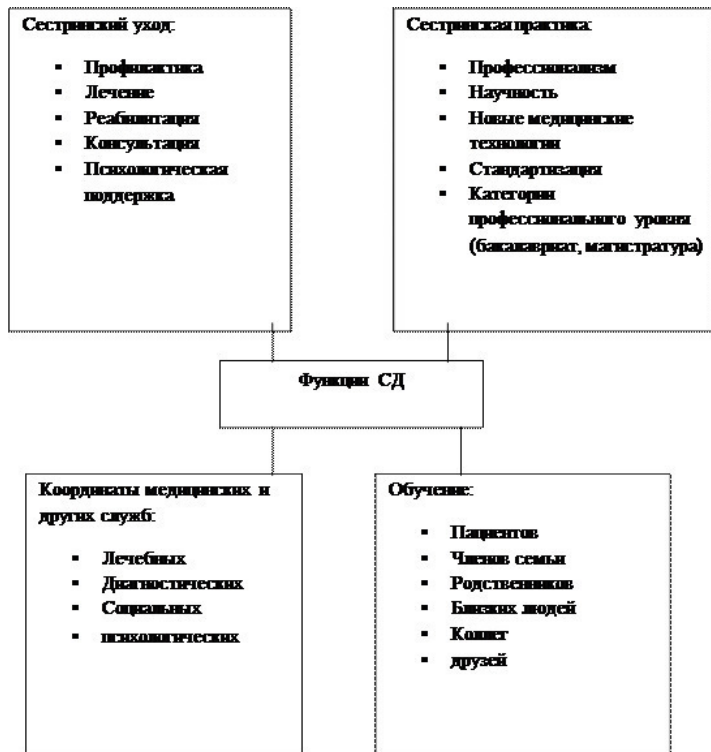
Облегчение страданий

Восточная мудрость: «Если Вы в сокровищницу положите золото – золото и возьмете, если положите медь – медь и возьмете». Сестринское дело без фундамента профессиональной философии – это только медь. Философия сестринского дела – возможность российских сестер поднять уровень ответственного здравоохранения и профессиональный статус.

Философия СД – часть общей философии, представляет собой систему взглядов и взаимоотношений между медсестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. В центре

этой философии – человек, личность творческая, гуманная, духовно развитая и высокоинтеллектуальная.

Из помощника, исполнителя воли врача медсестра превращается в высокообразованного специалиста, способного принимать решения. Такие изменения – это не просто течение времени, а социальный заказ.



Назначение и задачи сестринского дела

- разъяснение населению назначения и важности СД;
- привлечение и развитие сестринского потенциала путем расширения профессиональных обязанностей;
- выработка у медсестры определённого стиля мышления;
- обучение медсестер общению с пациентом, членами его семьи, коллегами;
- развитие и расширение организационных и медицинских резервов в работе с сестринскими кадрами;
- обеспечение эффективной подготовки специалистов высокой квалификации, а также повышение квалификации и совершенствование специалистов среднего и высшего уровня образования;
- разработка и внедрение новых технологий сестринской помощи;
- осуществление консультативной сестринской помощи;
- обеспечение высокого уровня медицинской информации;
- проведение научно-исследовательских изысканий в области СД;

Задачи сестринского дела

Сестринское дело решает следующие задачи:

1. Развитие и расширение организационных и управлен-

ческих 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 улучшения качества, которые бы направляли сестринский уход в нужное русло и помогали бы оценить результаты деятельности

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

Задача– сложный вопрос, проблема; требующие исследования и разрешения.

Миссия СД (ВОЗ) – оказание помощи индивидуумам и группам населения в определении и реализации их физического, психического и социального потенциала в соответствии со средой, в которой они живут и работают.

Профессионализм– владение своей профессией.

Роль– социальная функция личности; способ поведения людей в зависимости от их статуса и позиции в обществе.

Функция– роль, значение.

Холизм (греч. целый, весь) – философия целостности.

РЕЗЮМЕ

Философия – уровень мировоззрения человека, положение человека в мире, отношение между человеком и миром.

Философия СД – это взгляд медсестры на профессию, её роль и место в СД. Центром этого мировоззрения является человек: больной, здоровый или умирающий. Сущность философии СД лежит в основе профессиональной деятельности медсестры, её общения с пациентом.

Основные принципы философии СД: уважение к жизни, достоинству и правам человека.

Этические принципы – норма поведения и средство самоуправления в профессиональной деятельности медсестры.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Контрольные вопросы

Ответе на поставленный вопросы.

1. Кто в первые дал научное определение сестринского дела?
2. Когда возникло сестринское дело в России?
3. В чем заключаются основные задачи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)?
4. Назовите дату создания Союза общества Красного Кре-

ста и Красного Полумесяца.

5. Дайте определение философии как науки.

6. Почему возникла необходимость философского осмысления сестринского дела?

7. Что является основой духовных ценностей медицинских работников?

8. Дайте характеристику основным понятиям философии сестринского дела.

9. Перечислите основные принципы философии сестринского дела.

10. В чем заключается сущность философии сестринского дела?

11. Перечислите этические элементы сестринского дела, которые медицинская сестра принимает для исполнения и стремится их достигнуть.

12. Дайте определение деонтологии как науки.

13. Кто и когда ввел понятие термина «биоэтика»?

14. Что является предметом изучения этики как науки?

15. В чем сходство и различие понятий этики и биоэтики?

16. Что является нравственной, моральной основой поведения медицинской сестры?

17. В какой последовательности формировались и сменяли друг друга различные моральные принципы биомедицинской этики?

18. Перечислите модели (формы) биомедицинской этики.

19. Дайте характеристику каждой модели.

20. Какая наука рассматривает медицину в контексте прав человека?

Глава 4 Понятие потребности

*Человек – целый мир, было только
основное побуждение в нем благородно.*

Ф. М. Достоевский

Студент должен знать:

- “ понятие потребностей;
- “ основные теории и классификации потребностей;
- “ сущность теории потребностей;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

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

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