**Введение.**

1. **Основоположница современного сестринского дела.**
2. **Наши соотечественники в истории сестринского дела.**
3. **Понятие о сестринском процессе.**

**Заключение.**

**Список использованной литературы**

**Введение**

Современная концепция сестринского дела, направленная на укрепление статуса медицинской сестры, в России принята в 1993 году на международной конференции «Новые сестры для новой России. Заметным событием последнего времени явился II Всероссийский съезд медицинских работников в октябре 2004 года, на котором обсуждалась реформа здравоохранения. В его работе приняли участие более 1100 делегатов и гостей.

На сегодняшний день тема «Современные представления в развитии сестринского дела» является очень актуальной, так как перед нами стоят очень серьезные задачи, выполнение которых позволит в корне изменить существующее положение в сестринском деле, как составной части организационной технологии здравоохранения, направленной на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в сегодняшних сложных и быстроменяющихся условиях.

Сегодня сестринское дело – это искусство, наука, оно требует понимания, применения специальных знаний и умений.

Сестринское дело – это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». Сестринское дело основывается на знаниях и технике, созданных на базе гуманитарных и естественных наук: биологии, медицины, психологии, социологии, и других.

Медсестра принимает на себя ответственность и действует с надлежащими полномочиями, непосредственно исполняя профессиональные обязанности. Она отвечает за те медицинские услуги, которые предоставляет. Она имеет право самостоятельно оценивать и решать, необходимо ли ей продолжить образование по вопросам управления, обучения, работе в клинике и научным исследованиям и предпринять шаги, чтобы удовлетворить эти потребности.

Сестринское дело включает в себя планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации, рассматривает влияние различных аспектов жизни человека на здоровье, болезнь, инвалидность и смерть.

**Основоположница современного сестринского дела**

Флоренс Найтингейл, первая исследовательница и основоположница современного сестринского дела, совершила переворот в общественном сознании и во взглядах на роль и место медицинской сестры в охране здоровья общества. Есть множество определений сестринского дела, на каждое из которых оказывали влияние особенности исторической эпохи и национальной культуры, уровень социально-экономического развития общества, демографическая ситуация, потребности населения в медицинской помощи, состояние системы здравоохранения и обеспеченность ее кадрами, а также представления и взгляды человека, формулирующего данное понятие.

Первое определение сестринского дела было дано Флоренс Найтингейл в ее знаменитых "Записках об уходе" (1859 г). Придавая особое значение чистоте, свежести воздуха, тишине, правильному питанию, она характеризовала сестринское дело как "действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению". Важнейшей задачей сестры, по мнению Найтингейл, было создание для пациента таких условий, при которых сама природа оказывала бы свое целительное действие. Найтингейл называла сестринское дело искусством, однако была убеждена в том, что это искусство требует "организации, практической и научной подготовки".

Впервые выделив в сестринском деле две области - уход за больными и уход за здоровыми людьми, она определила уход за здоровыми как "поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает", уход же за больными как "помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение". Найтингейл высказывала твердое убеждение в том, что "по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний". Впервые в истории она применила научные методы в решении проблем сестринского дела. Первые школы, созданные по ее модели в Европе, а затем и в Америке, были автономными и светскими. Преподавание в них вели сами сестры, особое внимание уделяя формированию специальных сестринских знаний, умений и ценностей. Под профессиональными ценностями понимали уважение к личности пациента, его чести, достоинствам и свободе, проявление внимания, любви и заботы, сохранение конфиденциальности, а также соблюдение профессионального долга. Не случайно девизом первого почетного международного сестринского общества стали слова: Любовь, Мужество, Честь.

Но после смерти Найтингейл в обществе начали развиваться силы, противодействующие ее взглядам и идеалам. Бурное развитие в первой четверти нынешнего столетия в ряде западных стран, в том числе и в США, капиталистических рыночных отношений, не в последнюю очередь сказалось и на системе здравоохранения. Развитие медицины, как прибыльного врачебного бизнеса на Западе, обеспечило условия для быстрого технологического прогресса и создания сложной системы предоставления медицинских услуг. В процессе формирования системы здравоохранения в научно-организационном и в политическом плане врачи и администрация больниц стали рассматривать сестер лишь в качестве источника дешевой рабочей силы, способствовавшего достижению экономических целей.

Большинство сестринских школ в США и Европе перешли под контроль больниц, теоретическое и практическое обучение в них стали осуществлять врачи и администрация больниц. От сестер требовалось лишь беспрекословное выполнение распоряжений врача, их роль все чаще стала восприниматься как вспомогательная.

Однако, несмотря на сложившиеся социальные условия, лидеры сестринского дела из числа первых выпускниц школ Флоренс Найтингейл, неуклонно следовали идеалам своей выдающейся наставницы, стремясь к развитию комплекса специальных знаний, составляющих основу профессиональной сестринской практики. Они активно включились в формирование независимой сестринской практики в больницах, на дому, и в учреждениях, где возникала потребность в такой помощи со стороны отдельных лиц, семей и групп населения.

Сестринская практика стала постепенно трансформироваться в самостоятельную профессиональную деятельность, базирующуюся на теоретических знаниях, практическом опыте, научных суждениях и критическом мышлении. Интерес к развитию научных исследовании в области сестринского дела был отчасти обусловлен широкими возможностями использования их результатов в созданных после второй мировой войны в ряде западных стран альтернативных поддерживающих службах здравоохранения. К ним, в первую очередь, относились дома сестринского ухода, в которых профессиональные сестры осуществляли наблюдение и обеспечивали всесторонний уход старикам, хронически больным и инвалидам, не нуждавшимся в интенсивных лечебных мероприятиях, т.е. во врачебных вмешательствах. Медицинские сестры взяли на себя ответственность за предоставление этой категории пациентов необходимого уровня помощи и поддержания оптимального качества их жизни и благополучия. Организация домов и отделений сестринского ухода, а также помощь на дому и создание служб сестринской помощи матерям и детям из числа малоимущих слоев населения обеспечили большую доступность медицинской помощи для населения в условиях безудержного роста цен в больничном секторе здравоохранения.

Подавляющее большинство (около восьмидесяти процентов) сестер продолжали работать в больницах. Однако использование современной медицинской аппаратуры и прогрессивных технологий потребовали от сестер нового качества знаний. Не было сомнений в том, что качество сестринской помощи всецело определяется уровнем профессионального образования.

Ученики и последователи идей Флоренс Найтингейл выступали за то, чтобы сестринское образование заняло достойное место в колледжах и университетах. Первые университетские программы подготовки сестер появились в США еще в конце прошлого века, однако их число значительно возросло в высших учебных заведениях Америки и Европы после второй мировой войны. Вскоре стали появляться новые теории и модели сестринского дела, а вслед за ними - даже научные школы со своими авторитетами. Так, известный теоретик сестринского дела Вирджиния Хенденсен, определяя взаимоотношения между сестрой и пациентом, отмечала, что "уникальная задача сестры в процессе ухода за отдельными лицами, больными или здоровыми, заключается в том, чтобы оценить отношение пациента к состоянию своего здоровья и помочь ему в осуществлении тех действий по укреплению и восстановлению здоровья, которые он мог бы выполнить сам, если бы имел для этого достаточно сил, воли и знаний". По мнению другой исследовательницы, Доротеи Орем, "основной целью деятельности сестры должно быть поддержка умения пациента заботиться о себе".

В профессиональном сестринском общении все чаще появлялись новые термины, такие как "сестринский процесс", "сестринский диагноз" и др. Им отводилось место и в новых формулировках сестринского дела. К примеру, в 1980 году Американская ассоциация сестер определила задачу сестры как "умение поставить сестринский диагноз и скорректировать ответную реакцию пациента на болезнь". Уточним, что сестринский диагноз отличается от врачебного тем, что определяет не болезнь, а ответную реакцию пациента в связи с болезнью. Развивающиеся сестринские знания требовали дальнейшего обсуждения, проверки, применения и распространения.

В 1952 году в свет вышел первый международный научный журнал по сестринскому делу - "Нерсинг Рисерч". В настоящее время только в Америке выходит около двухсот профессиональных сестринских журналов. К 1960 году стали появляться и программы докторантур в области сестринского дела, К концу семидесятых годов число медсестер, имеющих степень доктора наук, достигло в Соединенных Штатах 2000. В 1973 году в Америке была создана Национальная Академия сестринских наук, а в 1985 году Конгресс США принял законодательство, в соответствии с которым в рамках Национального Института здравоохранения в стране был создан Национальный центр сестринских исследований.

Однако такие благоприятные условия для развития сестринского дела были далеко не везде. Пренебрежительное отношение к сестринской профессии и неправильное использование сестринского персонала во многих странах затормозили развитие не только сестринской помощи, но и всего здравоохранения в целом. Со слов выдающейся исследовательницы и пропагандистки сестринского дела в Европе, Дороти Холл, "многих проблем, стоящих сегодня перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы в течение последних сорока лет сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука". "Нежелание признать, - пишет она, - что медицинская сестра занимает равноправное по отношению к врачу положение, привело к тому, что сестринский уход не получил такого развития, как врачебная практика, что лишило как больных, так и здоровых возможности пользоваться разнообразными, доступными, экономически эффективными сестринскими услугами".

Тем не менее, медицинские сестры во всех странах мира все с большей решительностью заявляют о своем желании внести профессиональный вклад в создание качественно нового уровня медицинской помощи населению. В условиях глобальных и региональных, социальных и экономических, политических и национальных преобразований они по-иному видят свою роль в обществе, выступая порой в качестве не только медицинского работника, но и воспитателя, учителя, адвоката пациента. На совещании национальных представителей Международного Совета сестер, проходившем в 1987 году в Новой Зеландии, единогласно была принята такая формулировка: "Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность".

Хочется верить в то, что и у наших российских сестер пробуждается чувство профессионального самосознания, что мы становимся равноправными участниками преобразований национальной системы здравоохранения и членами международного сестринского сообщества. Будущее сестринского дела в России в наших с вами руках, оно зависит от каждого из нас, от каждого сестринского коллектива. И пусть во всех наших начинаниях добрым и мудрым помощником и советчиком станет новый профессиональный журнал "Сестринское дело"

**Наши соотечественники в истории сестринского дела**.

Наверное, нет человека, который не знал бы, кто такие медицинские сёстры. Многие вспомнят, что до 1917 года медицинских сестёр звали сёстрами милосердия или милосердными сёстрами. Кто-то, быть может, вспомнит, что в России сёстры милосердия впервые появились во время Крымской войны 1854-1855 годов в осаждённом Севастополе, и даже станет утверждать, что связано их появление с именем великого русского врача-хирурга Николая Ивановича Пирогова. А вот это будет не совсем верным утверждением, ибо своим появлением институт сестёр милосердия обязан не столько Пирогову, сколько одной замечательной женщине, некогда очень известной, а сейчас, к сожалению, очень редко вспоминаемой, – великой княгине Елене Павловне. Казалось бы, что Бог дал этой женщине всё необходимое для счастья: красоту, ум, дом – прекрасный дворец, восторг и почитание выдающихся людей своего времени, наконец, большую семью – мужа и пятерых дочерей. Но счастье это длилось недолго: в 1832 году умерла годовалая дочь Александра, а в 1836 году скончалась двухлетняя Анна; в 1845 году умирает девятнадцати летняя Елизавета, а ещё через год – старшая дочь Мария, которой был лишь 21 год. В 1849 году умер Михаил Павлович, и великая княгиня овдовела в возрасте 43 лет. После этого Елена Павловна полностью посвятила себя общественной и благотворительной деятельности.

Ещё в 1828 году императрица Мария Фёдоровна завещала ей заведование Мариинским и Повивальным институтами, и с тех пор проблемы медицины были постоянно в поле её зрения. Её, правда, обвиняли в протекции и покровительстве в основном врачам немцам, но вряд ли подобные упрёки были справедливы, если вспомнить её участие в судьбе выдающегося русского врача Николая Ивановича Пирогова…

В 1856 году по просьбе всё той же Елены Павловны была отчеканена медаль для награждения особо отличившихся сестёр Крестовоздвиженской общины. Тогда же подобную медаль учредила и императрица Александра Фёдоровна – вдова Николая I . Умерла Елена Павловна 3 (15) января 1873 года. В том же году было принято решение реализовать один из её последних замыслов – построить в Петербурге институт усовершенствования врачей.

**Понятие о сестринском процессе.**

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

**Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.**

1. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер. Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента. Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом – документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем. Американская ассоциация медицинских сестер, например в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве сестринских диагнозов они используют такие, например, словосочетания, как «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство» и т. п.

3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Например, «цель – пациент к 5 января с помощью медсестры должен вставать с кровати». Действие – вставать с кровати, критерий 5 января, условие – помощь медсестры.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

4. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением. Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами. При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

5. Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода служат следующие факторы: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода; оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

**Заключение.**

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

В заключение можно сделать вывод, что современные представление о развитии сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы.

Это требует от медсестры работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

**Список использованной литературы**

1. С. А. Мухина, И. И. Тарковская «Теоретические основы сестринского дела» часть I – II 1996г., Москва
2. В. М. Кузнецов «Сестринское дело в хирургии», Ростов-на-Дону, Феникс, 2000г.
3. Стандарты практической деятельности медсестры России том I – II
4. С. И. Двойникоова, Л. А. Карасева «Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями» Мед. Помощь 1996 №3 С. 17-19.
5. Иванова Л. Ф. с соавторами «Сестринский процесс в геронтологии и гериатрии» г. Чебоксары 1996-1999гг.