

СЕСТРИНСКИЙ УХОД: ЕСТЬ ЛИ ОН ВОООЩЕ В НАШИХ БОЛЬНИЦАХ?

Н.В. Широкова

Московский областной медицинский колледж №2

Ключевые слова: образовательный стандарт, общий уход, милосердие, Этический кодекс медицинской сестры России, психология общения с пациентами.

Стремительно развивается медицина. Появляются все более эффективные лекарственные препараты, новая аппаратура, совершенствуются диагностические и лечебные технологии, улучшается оснащение лечебно-профилактических учреждений. Сегодня есть возможность вылечить пациентов, которые в недалеком прошлом были обречены. Недавно операцию по удалению опухоли мозга выполнил робот. Понятно, что наличие высоких медицинских технологий требует высококвалифицированных врачебных и сестринских кадров.

Вот уже четверть века я преподаю сестринское дело (в прошлом – «общий уход») в медицинском училище, теперь – в колледже. Не раз менялись образовательные программы, на пороге – уже третий образовательный стандарт нового поколения. Меняются требования к знаниям и умениям будущего специалиста по сестринскому делу. Непреходящим остается одно: такой специалист должен обеспечить качественный уход за пациентом.

Профессиональный уход – это сложный, ответственный процесс, который требует знаний и отработанных навыков. Качественный уход способен оказать только квалифицированный специалист. В понятие «квалифицированный» входит не только техническая сторона деятельности, но и сочетание умений и опыта с заботой о человеке. Медсестры призваны заниматься проблемами пациентов в целом, их чувствами, желаниями, страхами, для чего требуется высокая психологическая культура. Но как ее воспитать?

Совсем нередки случаи, когда работа медсестер ограничивается выдачей лекарств, измерением температуры и выполнением инъекций. Все это может выполняться безукоризненно, однако при отсутствии внимания к личности пациента медсестра превращается в «технаря», в центре внимания которого – манипуляции, а не пациент, для которого они делаются. Важность психологического контакта неоспорима. Об этом будущие специалисты слышат в стенах колледжей, они изучают права пациента, Этический кодекс медицинской сестры России.

На страницах профессионального журнала мне хочется поделиться своими наблюдениями о том, как эти знания внедряются в жизнь. И я буду рада, если найду единомышленников и/или тех, кто не согласен с моей обеспокоенностью. Порой кажется, что, чем больше мы



даем сегодня студентам психологических знаний, тем меньше наблюдаем их применение на практике. Точно так же существующая на сегодня многоуровневая подготовка специалистов сестринского дела (от младшей медсестры до менеджера сестринского дела) и возможность выполнять диссертационные исследования, казалось бы, призваны поднять престиж профессии и существенно улучшить качество ухода (а это – основная цель деятельности медсестры). Отчего же нередко в отделениях возникают обиды, споры, напряженность в отношениях с пациентами и родственниками, коллегами? В чем причина?

Говорят, что существует две профессии от Бога: медицина и педагогика. И, к сожалению, не всегда помнят о том, что предшественницами современных медсестер были сестры **милосердия**. Сколько жизней было спасено исключительно благодаря **добрым сердцам** этих скромных девушек!

Сейчас практицизм (прагматизм, ред.) прочно вошел в нашу жизнь. И нередко от коллег слышишь: «Какая деонтология? Где вы видели уход? Об этом давно пора забыть». И если так, то, может, действительно не стоит так много внимания уделять проблеме общения с пациентами, родственниками, коллегами. Может, действительно неважно, что медсестры в большинстве своем незнакомы с Международным этическим кодексом медицинских сестер? Более 10 лет существует Этический кодекс медицинской сестры России, но его мало кто читал и признал руководством к действию.

Я испытываю сегодня, мягко говоря, неловкость, когда на конференциях, занятиях с медсестрами поднимаю вопросы обеспечения психологического комфорта пациента и его родственников. Для многих долг, честь,

совесть, забота стали немодными понятиями из прошлого века. Сегодня девиз общества: «Деньги любой ценой». И пациент, честно говоря, превратился в источник дохода для всех участников лечебно-диагностического процесса. Просто какое-то соревнование: один бежит, другой догоняет. Или пациент, имея полис ОМС и заплатив за операцию, не оплатил сам уход? Медсестры нередко считают, что не оплатил, и поэтому каждый шаг в сторону пациента должен оплачиваться дополнительно.

Примеров черствости, расчетливости, халатности очень много. О них говорят и пишут, однако их не становится меньше. И это – еще одна характеристика нашего общества. Анестезиолог в пьяном виде давал наркоз, что привело к осложнению и гибели пациентки. Человека без собственного жилья вывезли в парк и оставили там умирать, так как он не мог оплатить свое пребывание в больнице. Медсестра срезала катетер ножницами, и его часть попала в сердце семилетнему мальчику – он остался инвалидом. Недавно из телевизионной передачи мы узнали о смерти ребенка, которому не захотели оказать помощь во взрослой больнице, а до детской мама его уже не донесла. Пациент умер от тромбоза, и как знать: может причиной тромба явилось неадекватное обезболивание после операции. Больные порой часами ждут обезболивания и могут не дожидаться, если предварительно не заплатят за инъекцию...

Да, медицинские технологии шагнули далеко вперед. Можно гордиться высоким профессиональным уровнем врачей: терапевтов, анестезиологов, хирургов. Медсестры хирургических отделений занимают особую нишу в профессии. От них во многом зависит, как пройдет операция, когда пациент встанет на ноги, вернется к привычной жизни. Да, трудно переоценить роль операционной медсестры. Но как важно наряду с четкостью и своевременностью выполнения всех назначений врача, проявить участие, заботу, внимание! Уходят в небытие, например, такие манипуляции по уходу, как мытье головы и ног пациента в постели, обработка кожных покровов

и т.д. Это в основном делают родственники, и нередко пациенты поднимаются на ноги не благодаря сестринскому уходу, а вопреки его отсутствию.

Я ни в коем случае не хочу обвинить в черствости буквально всех медицинских работников. В большинстве своем, несмотря на рост негативных тенденций, это профессионалы, у которых хотелось бы лечиться, обращаться за советом и помощью, с кого хотелось бы брать пример. Они не изменяли основным, исторически сложившимся заповедям работы в медицине. Честь им и хвала! Благодаря им медицина живет и развивается. Негативные факты говорят сами за себя.

Существует мнение, что бороться с практицизмом в медицине невозможно, *розы против металла не устоят!* Неужели это действительно так? Я часто задаю медсестрам вопрос: «Хотели бы вы лечиться там, где работаете?» и получаю за небольшим исключением ответ «нет».

Выходит, многое, чему мы учим, просто не нужно. Мой общий стаж работы приближается к 40 годам. Мне самой приходилось лечиться в стационарах и поликлиниках, хирургических и терапевтических отделениях, я потеряла родственников – молодых и преклонного возраста, в основном – от онкологических заболеваний. И у меня буквально болит душа за наших детей и внуков, за будущее нашего здравоохранения.

Результат коммерциализации медицины – больной народ. Недавно я где-то прочла такую «шутку» на злобу дня: реальная доктрина здравоохранения в России такова: за медицинские услуги будут платить все: у кого есть деньги – деньгами, у кого нет денег – здоровьем. Какова доля истины в этой шутке?

NURSING CARE: IS IT GENERALLY AT OUR HOSPITALS

N.V. Shirokova

Moscow Regional Medical College No. 2

Key words: educational standard, general care, charity, the Ethics code of a nurse of Russia, psychology of relations with patients.