

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом
дополнительного профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

Наименование дисциплины	Теория сестринского дела
Специальность	34.03.01 – сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 3

Общая цель создания теорий сестринского дела.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Теория сестринского дела»:

Разработаны:

зав. кафедры пропедевтики детских болезней
с курсом дополнительного
профессионального образования, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских
болезней с курсом дополнительного
профессионального образования, зав.
кафедрой, д.м.н., профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Шिशалова Т.Н.

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Теория сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Цель | Ознакомить обучающихся с общей целью создания теорий |
| 2. Учебные вопросы | 1. Общая цель создания теорий: стремление показать феномен сестринского дела и обосновать его принципиальное отличие от других профессий.
2. Черты сходства и различия теорий. |

3. Теоретическая часть

В зарубежной сестринской литературе долгое время ведется дискуссия по теории сестринского дела: нужна ли вообще сестринскому делу теория? Если нужна, то зачем и какая именно? Попытаемся разобраться в том, что представляет собой теория.

Теория (от греч. *theoria* – рассмотрение, исследование):

- система основных идей в той или иной области знаний;
- попытка целостного представления о закономерностях и существенных свойствах определенных областей деятельности, возникающая на базе широко подтверждаемых гипотез.

Собственно развитие науки в основном являет собой развитие и смену теорий.

Согласно определению Барнум (1990), назначение теории сестринского дела заключается «в стремлении описать или объяснить феномен (процесс, явление или событие), именуемый сестринским делом».

До недавнего времени уход за больными в значительной степени носил инструктивный и эмпирический характер (когда больше полагались на опыт или наблюдения, чем на научные исследования). Путем проб и ошибок сестра находила средства, которые должны были бы помочь пациенту, и многие сестры становились профессиональными благодаря накапливающемуся опыту ухода за больными. Сейчас же сестринское дело стремится создать собственную, уникальную структуру знаний, позволяющую дать научную основу практической деятельности медицинской сестры.

В своей работе медсестры используют знания разных дисциплин, таких как анатомия, физиология, патология, гигиена, психология и т. д. В то же время, современное сестринское дело располагает уже и собственными научными знаниями и методами применения их в практике.

Теоретические знания составляют основу рациональной сестринской деятельности, служат основой для описания и обоснования работы медсестры, прогнозирования, контроля и оценки ее результатов.

Теория помогает медсестрам систематизировать получаемые по дисциплине знания, определять организационные подходы и способы практической реализации их деятельности, устанавливать ее конечные цели (ожидаемые результаты). Ее значение велико для научной, образовательной и практической деятельности медсестер. Теория дает направление практике сестринского дела, указывая области дальнейшего изучения и исследования. Иными словами, теория описывает и объясняет феномен сестринского дела как такового, его суть и принципиальное отличие от других профессий.

Таким образом, развитие собственной теории позволило оформиться сестринскому делу в самостоятельную отличную от врачебной профессию, создать собственный терминологический и понятийный аппарат, определить научный метод оказания сестринской помощи больным.

Первые попытки создания теории сестринского дела ставили своей целью максимально доступно изложить его содержание, определить основные положения и конечные цели.

Создателем первой теории сестринского дела явилась еще в конце XIX века выдающаяся английская медсестра Флоренс Найтингейл. Это она впервые попыталась описать сестринское дело как особую профессию и доказать, что сестринскому делу нужна собственная теория. Путем наблюдения и сбора информации о больном Флоренс устанавливала связь между состоянием здоровья пациента и факторами окружающей

среды и впервые в истории применила на практике научный метод в решении проблем сестринского дела.

Разработанная Найтингейл концепция окружающей среды как основного компонента сестринского ухода, а также призывы избавить медицинских сестер от необходимости все знать о том, как протекает болезнь, можно рассматривать как попытку провести различия между сестринским делом и врачебной практикой. Она первая отметила, что «по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний», а кроме этого «организации, практической и научной подготовки». Разработанные этой исследовательницей теории позволили многим медицинским сестрам понять суть сестринского дела и использовать основные принципы на практике, в исследованиях и профессиональной подготовке.

С течением времени в западных странах сестринская деятельность стала выделяться в отдельную науку. В США в 1907 году впервые в мире медицинская сестра Колумбийского университета Аделаида Нутгинг получила ученое звание профессора сестринского дела. Именно с этого события при активном участии кафедр университета начался новый период развития и научного обоснования сестринского дела.

Постепенно сестринская практика трансформировалась в самостоятельную профессиональную деятельность, базирующуюся на теоретических знаниях, практическом опыте, научных суждениях и клиническом мышлении, возрос интерес к сестринской профессии, ее престиж. Сестринское дело не конкурировало со сферами врачебной деятельности, оно преимущественно занимало те ниши, которые не представляли области интересов врачей, но требовали профессионального сестринского участия. К ним, в первую очередь, относились дома сестринского ухода (Hospis), где велось наблюдение и осуществлялся уход за стариками, больными с хроническими заболеваниями, престарелыми и безнадежно больными пациентами. 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 консультативной 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, чем и заслужили глубокое признание со стороны правительственных кругов и общественности.

Длительное время теорией сестринского дела занимались только врачи, они же выступали в роли авторов учебников и преподавателей. Но с развитием университетского образования в Америке в 50-е годы XX столетия преподавателями сестринского дела становятся сами медицинские сестры. Несовершенство существующих программ, неясность содержания обучения - все это требовало переработки старых и внедрения новых педагогических методик. Решение этих задач послужило импульсом для развития в США, а позже и в Европе первых моделей (теорий) сестринского дела, авторы которых пытались представить свое видение сути и основных положений профессии. Общим для всех исследователей было стремление показать феномен сестринского дела и обосновать его принципиальное отличие от других профессий. В ряде теорий распознавались черты сходства, в других – существенные различия и даже противоречия. Как результат, постоянно возникали все новые и новые модели деятельности медсестер, многие из которых очень быстро забывались, не получив соответствующего одобрения со стороны медсестер. И лишь отдельные теории и имена их создателей получали должное признание, в том числе и международное, и право на долгую профессиональную жизнь. Теории Вирджинии Хендерсен (теория потребностей), Доротей Орем (теория дефицита самоухода), Калисты Рой (теория стресса и адаптации), Мойры Аллен (эволюционная модель здоровья), а также теории Марты Роджерс, Бетти Ньюман и других исследователей сестринского дела известны уже и в России, их изучают в училищах и колледжах, пытаются внедрять в практическую работу.

В 1961 году американская ассоциация медицинских сестер (ААМ) впервые определила сестринское дело как самостоятельную профессию. Начался поиск теоретических основ новой профессиональной деятельности, этап создания новых теорий, формирования их структур, обновления моделей, бурного развития профессиональной терминологии.

В 1967 году в США состоялся симпозиум, посвященный теории сестринского дела. Прочитанные на нем доклады аргументировано доказывали, что сестринское дело может стать самостоятельной профессией и наукой, если будет отвечать критериям научной дисциплины. И такие критерии были выработаны и получили признание научной сестринской общественности: объективность, эмпирическая достоверность, возможность применения количественных показателей, надежность и возможность использования их в клинике.

Разработке теории должно предшествовать существование концепций. Концепции – это абстрактные идеи, выведенные из конкретных примеров. В основе абсолютного большинства сестринских теорий лежат 4 основополагающих концепции (понятия), определяющих сущность профессиональной сестринской практики:

- уход
- клиент (клиенты, личность, пациент)
- здоровье (или континуум здоровье-заболевание)
- окружающая среда

Fawcett (1978) называет эту группировку из 4 важных концепций «метопарадигмой сестринского дела», суперструктурой, позволяющей описать любой элемент сестринского дела. И хотя каждое из этих понятий присутствует в работах разных теоретиков сестринского дела, их определения, толкования и способы взаимодействия между собой в различных моделях сестринской практики существенно различаются.

Существенным шагом, предпринятым медсестрами, для решения проблемы объединения разных научно-теоретических подходов к сестринскому делу и создания общей методологической основы для оказания сестринской помощи больным стала попытка применения в профессиональной деятельности сестринского процесса, включающего в себя 5 последовательных этапов:

- обследование пациента;
- диагностирование его состояния;
- планирование необходимой помощи пациенту;
- выполнение плана сестринских вмешательств;
- оценка полученных результатов.

ААМ занималась вопросами становления сестринского дела как профессии, разрабатывая, уточняя политику, стандарты и нормы, регулирующие профессиональную деятельность. В «Кодексе медсестер» (1950, 1976 и 1985 гг.) были представлены нормы профессиональной этики. В работе «Уход за больными» изложена социальная политика (1981 и 1995 гг.), определяются социальный контекст ухода за больными, характер и рамки этой деятельности, а также практическая специализация. В «Стандартах ухода за больными» (1973 и 1991 гг.) описаны функции, за выполнение которых несет ответственность медицинская сестра.

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. К концу 70-х годов число медицинских сестер в мире, имеющих степень доктора наук, достигло 2000. Ни у кого уже не возникало сомнений, что сестринское дело трансформировалось в самостоятельную дисциплину.

По мере развития концепций сестринского дела, внедрения в практику сестринского процесса возникла необходимость классифицировать сестринские диагнозы. Наиболее успешными явились классификации сестринских диагнозов, предложенные Североамериканской ассоциацией сестринских диагнозов NANDA, а также

классификации сестринских вмешательств (NIC) и классификации сестринских результатов (NOC), предложенные исследовательским центром университета штата Айова США (2001).

Дальнейшая систематизация и унификация профессионального языка и практики сестринского дела привели к тому, что в начале 90-х годов под эгидой Международного совета медсестер началась разработка международного классификатора сестринской практики (МКСП), включающего в себя классификацию диагнозов и вмешательств. В 1999 г. вышла вторая редакция этого документа (более подробно информация о содержании классификации NANDA и МКСП представлена в главе 4). В нашей стране в настоящее время начата разработка классификатора клинических ситуаций, выявляемых медсестрами и фармацевтами со средним образованием.

Таким образом, развитие собственной теории позволило оформиться сестринскому делу в самостоятельную отличную от врачебной профессию, создать собственный терминологический и понятийный аппарат, определить научный метод оказания сестринской помощи больным.

Периодизацию и хронологию периода развития теории сестринского дела можно представить в виде шести основных этапов (профессор Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова Г.М Перфильева) (до 1955 г.). Истоки развития теоретического подхода к сестринскому делу. От принципов ухода Ф.Найтингейл до фундаментальных исследований в сестринском деле.

1. **Определить цель сестринского дела.** Например, теория может указать, что долгосрочная цель ухода — добиться у пациента максимальной независимости
2. **Истолковать типичные ситуации.** Теория может указать, какого рода информацией должна обладать медсестра, какие подходы и стратегии действий должны использоваться
3. **Объяснить принципиальное отличие** профессии медицинской сестры от профессии врача, а также от ряда профессий, также призванных помочь сохранить здоровье людей (например, от профессии физиотерапевта, трудотерапевта, социального работника
4. **Систематизировать знания** для улучшения ухода за пациентами. Теории помогают медсестрам оценивать всё более сложные ситуации ухода.
5. **Обеспечить рефлексивную основу** для руководства оценкой, принятием решений и самооценкой на практике.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

1. **Определить цель сестринского дела.**
2. **Истолковать типичные ситуации.**
3. **Объяснить принципиальное отличие** профессии медицинской сестры от профессии врача.
4. **Систематизировать знания** для улучшения ухода за пациентами.

б. Тестовые задания

1. Год создания модели сестринского ухода В.Хендерсон:

- а) 1976 г.
- б) 1966 г.
- в) 1960 г.
- г) 1937 г.
- д) 1988 г.

2. . Модель сестринского ухода В.Хендерсон акцентирует внимание на:

- а) уровнях адаптации
- б) физиологических потребностях
- в) ответственности человека за состояние собственного здоровья

- г) человеку, как объекте сестринской деятельности
- д) пациенте, как индивиду, имеющего набор взаимосвязанных систем поведения человека

3. В крымскую войну Флоренс Найтингейл резко снизила смертность в госпиталях Англии (с 427 до 22 на 1000) благодаря:

- а) преобразованиям в области санитарии
- б) режиму соответствующего питания
- в) обучения санитаров
- г) индивидуальному уходу
- д) всему вышеперечисленному

4. Основоположницей системы ухода за пациентами является:

- а) Дарья Севастопольская
- б) Екатерина Бакунина
- в) Флоренс Найтингейл
- г) Юлия Вревская
- д) Аделаида Нуттинг