

возможность поставить заслон для людей не склонных сострадать, соучастию, сопереживанию. Психологическое тестирование на этапе профориентации позволит снизить число профессионально непригодных работников среднего звена, поднимет престиж специальности. Для работающих средних медицинских работников необходимо организовать обучение этике и психологии общения, правовым вопросам медицины. Нужно включать в программу последипломного образования дисциплины «медицинская этика и деонтология» (так считают 53% пациентов и 57% врачей) и «медицинское право» (соответственно 18 и 29%).

*Т.А.Найданова, Л.А.Шардина*

### **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Как всякая наука, сестринское дело имеет свою историю, которая охватывает тысячелетия. Весьма реально, что медицина на заре развития человеческого рода была достоянием всех и каждого. Впоследствии в эпоху матриархага женщина приняла на себя обязанности врачевательницы, первой начала сознательно обобщать опыт целительства и использовать его на практике. Так, древние славяне называли таких женщин «берегинями». Первобытный человек увековечил память о целительницах в каменных изваяниях [4].

Позже помощь больным и страждущим являлась долгом каждого, кто исповедовал христианство. Основными «лекарями» стали священники, а основными лечебными учреждениями были храмы. В византийских христианских монастырях в обязательном порядке создавались богадельни и убежища, кельи для больных. В XII в. во времена крестовых походов появились военизированные медицинские ордена, например, Орден тевтонских рыцарей. В монастырях можно было получить знания по медицине. От названия ордена Святого Лазаря произошло название лечебного учреждения – лазарет.

Уже в XII в. появились различные учения, трактаты об уходе за больными. Известна своими трудами Салернская медицинская школа, которая была открыта в IX в., а в XII в. вошла в состав Салернского университета на правах факультета. Известен трактат под названием «Салернский кодекс здоровья». В нем сформулированы правила режима дня и питания, подробно рассматриваются свойства пищевых продуктов, плодов растений, нашли описание рациональные движения и многое другое. Салернские предписания для сохранения здоровья не утратили своего значе-

ния и в настоящее время и во многом соответствуют современным гигиеническим и диетическим требованиям.

Российское здравоохранение также вписало в мировую летопись сестринского дела немало славных страниц. Одной из них явилась деятельность созданных в середине XIX века общин сестер милосердия, пример с которых брал весь мир [1]. В те далекие времена замечательные, известные до настоящего времени врачи, прежде всего Н.И.Пирогов, придавали большое значение выхаживанию раненых и больных. Н.И.Пирогов писал: «Разве знание личности больного, приобретенное постоянным уходом за ним, ничего не значит для врача, видевшего его только раз или два в день». Он считал, что сестры – не слепые исполнительницы приказов врача. Другой известный в те годы российский врач Христофор фон Оппель учил: «Без надлежащего хождения и смотра за больным и самый искусный врач мало, или никакого даже, в восстановлении здоровья или отвращения смерти успеха сделать не может» [2, с. 4].

Нельзя сказать, что сегодня этому вопросу не отводится существенная роль, однако многие важные позиции в сестринском деле в XX в. были утрачены. Медицинская сестра, по сути, превратилась в технического исполнителя назначений врача. В действительности же, сестринское дело – это самостоятельная профессия, имеющая достаточный потенциал, чтобы встать вровень с лечебным делом. Ведь благоприятный исход лечения больного на 50-80% зависит от сестринского ухода. Не секрет, что можно блестяще осуществить наисложнейшее оперативное вмешательство и потерять пациента на этапе выхаживания. Поэтому в начале 90-х годов прошлого столетия в России была провозглашена новая концепция и философия сестринского дела. В соответствии с ними, в центре этой философии стоит человек – здоровый, больной или умирающий, – который нуждается в помощи медицинской сестры. Грамотная высококвалифицированная медицинская сестра, следующая новой идеологии, способна выявить все возможные проблемы в жизнедеятельности пациента, спланировать необходимые элементы ухода, выполнить все врачебные назначения и адекватно оценить результаты своего труда [3].

По современным представлениям, функциями медицинской сестры, помимо собственно ухода за больными, являются психологическая поддержка пациента, оказание помощи в решении его социальных проблем, обучение пациента и его родственников. Так должна работать современная медицинская сестра. Но, к сожалению, в очень немногих лечебных учреждениях сестринский процесс соответствует новой концепции. Если врачебные медицинские технологии развиваются в настоящее время ускоренными темпами, то сестринский процесс отстает от велений времени.

Совершенствование организации сестринского процесса и ухода за больными призваны осуществлять медицинские сестры, получающие

высшее сестринское образование (ВСО). Этим сестер еще называют «академическими» [4]. В 2008 г. в Уральской государственной медицинской академии состоится пятый выпуск таких специалистов. Специалисты, получившие высшее сестринское образование, в лечебно-профилактических учреждениях занимают должности главных сестер, старших медицинских сестер, работают в отделах маркетинга и статистики, преподают в средних специальных учебных заведениях и на кафедрах медицинских вузов.

#### Библиографический список

1. *Левина И.А.* Сестринское дело – наука и искусство // Медицина и здоровье. 2006. № 8.
2. *Мухина С.А., Тарновская И.И.* Теоретические основы сестринского дела: Учеб. пособие. М., 1996.
3. *Ослопов В.Н., Богоявленская О.В.* Общий уход за больными в терапевтической клинике: Учеб. пособие. М., 2005.
4. Сестринское дело: Учебник: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф.Краснова. М., 1999. Т.2.

*А.Р.Парфенова*

#### **РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

Детский церебральный паралич (ДЦП) на сегодняшний день одно из часто встречающихся заболеваний детей. Данная тема сегодня является весьма актуальной, так как во всем мире увеличивается число инвалидов с детства с диагнозом ДЦП. ДЦП – несчастье, не только для ребенка, но и для его родителей, и близких. В семьях, где есть больные дети с диагнозом ДЦП, родители уже не рискуют заводить второго ребенка, да и расходятся очень часто.

При этом в настоящее время уровень первичной профилактики и ранней диагностики ДЦП находятся на весьма низком уровне. Это происходит из-за полного отсутствия методики и опыта организации работ, так как внимание здравоохранения акцентировано в основном на реабилитации больных ДЦП. Так как сегодня у нас принято, что профилактикой заболеваний занимается сестринский персонал, а врачи занимаются лечением болезней, то и организация профилактики ДЦП ложится на плечи сестринского персонала.

Для повышения уровня профилактики ДЦП необходимо, разработать листок-вкладыш в материнский паспорт, где будут описаны основные факторы риска развития ДЦП, будет бальная система оценивания, при по-