

Бурибаева Ж.К.

АНАЛИЗ КОНЦЕПТУАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСТВА

Zh.K. Buribaeva

THE ANALYSIS OF CONCEPTUAL MODELS OF NURSING

*Необходимость совершенствования и дальнейшего развития сестринского дела в республике требует решения наиболее актуального теоретического вопроса об определении обязанностей, ответственности и взаимоотношений медсестер с пациентами и персоналом. При этом следует подчеркнуть, что для решения этого вопроса есть 2 пути: разработка собственных «казахстанских» моделей сестринского дела или экспериментальная апробация и внедрение имеющихся моделей. Проведен собственный анализ существующих моделей сестринского дела с акцентированием вопроса об их практической применимости в здравоохранении Казахстана.*

*Necessity of perfection and the further development of a nursing affair for republic demands the decision of the most actual theoretical question on definition of duties, the responsibility and mutual relations of nurses with patients and the personnel. Thus it is necessary to emphasize, that for the decision of this question there are 2 ways: development of own «Kazakhstan» models of a nursing affair or experimental approbation and introduction of available models. Own analysis of existing models of a nursing affair with accentuation of a question on their practical applicability in public health services of Kazakhstan is carried out.*

Сестринские теории развивались в качестве ответа на два вопроса, что представляет собой сестринское дело, каково содержание предмета обучения. Первые теории давали представление о сущности сестринского дела [H. Peplau, V. Henderson, D. Orem]. Затем появились теории, раскрывающие пути реализации сестринского ухода и рассматривающие качества, которыми должна обладать медсестра [Orlando, Wiedenbach, Travelbee]. В 1980-е годы опыт внедрения многих сестринских теорий в практику выявил их ограниченность, в связи с чем появились обобщающие теории. В настоящее время появляющиеся новые теории сестринского дела направлены на определение необходимого объема и характера сестринских знаний, установления границ сестринской практики. Современные теории отличает их нацеленность на развитие практической деятельности МПСЗ.

Анализ теорий сестринского дела проводился нами с позиций их необходимости для практического здравоохранения, а также оценки их потенциала для дальнейшего развития сестринского дела в Казахстане.

На первом этапе мы провели компонентный анализ сестринских теорий по 11-ти критериям (основные элементы теории и их взаимосвязь; описываемая

область сестринского дела и определение реципиента сестринской помощи; основной тезис данной теории; обоснование теории; логичность теории и тип теории; практическая значимость теории; границы теории).

Проведенный нами анализ позволил разработать собственную классификацию существующих моделей сестринского дела в зависимости от их содержания.

**Концептуальные модели** рассматривают вопрос о содержании сестринского дела [V. Henderson, 1955; D. Orem, 1959], в т.ч. в различных областях медицины [Peplau, 1952; Hall, 1974].

**Функциональные модели** раскрывают вопросы: каким образом сестринское дело осуществляет свои функции, и какими качествами должна обладать медсестра [Orlando, 1961; Wiedenbach, 1964; Travelbee, 1966].

**Обобщающие модели** рассматривают вопросы структурирования и классификации имеющихся теорий, путей развития и последующего практического применения моделей [Wald & Leonard, 1964; Ellis, 1968; Walker, 1971]. В этих моделях даются определения необходимых составных частей, критериев и характеристик сестринской теории.

**Критериальные модели** содержат анализ и оценку существующих теорий с помощью различных критериев [Meleis, 1983; Fawsett, 1984; Fitzpatrick и Wall, 1985].

На втором этапе теоретического анализа мы углубленно исследовали практическую значимость моделей применительно к отечественной системе здравоохранения. Следует отметить, что для Казахстана остается актуальным решение вопроса, впервые прозвучавшего в начале XX века в США, об определении обязанностей, ответственности и взаимоотношений медсестер с пациентами и персоналом. В нашей стране уже несколько десятилетий продолжает доминировать концепция «медсестра – помощник врача», на основе которой построены программы подготовки МПСЗ. На наш взгляд, несколько весомых и взаимосвязанных факторов обуславливает данную ситуацию:

- политический фактор: нейтральная позиция МЗ РК в отношении необходимости реформирования сестринского дела;
- фактор авторитарности: отсутствие лидеров сестринского дела, имеющих авторитет и реальную

власть для продвижения реформ или лоббирования интересов сестринства;

- кризисный (или посткризисный) фактор: в 1990-1999-е годы социально-экономический кризис в стране обусловил неблагоприятную ситуацию и в системе здравоохранения, и в настоящее время предпринимаются усилия по улучшению ситуации, определены направления развития здравоохранения, являющимися более приоритетными по сравнению с сестринством;

- фактор пассивности, присущий не только МПСЗ: отсутствие сплоченности у 100-тысячной армии МПСЗ и энергии для решения проблем сестринства (именно этим фактором можно объяснить малую эффективность имеющихся в РК сестринских ассоциаций);

- образовательный фактор: для изменения статуса МПСЗ необходима соответствующая перестройка концепции и программ образования с обязательным включением данного вопроса в учебные программы для врачей, руководителей и организаторов здравоохранения;

- общественный фактор: широкая доступность медицинской помощи способствовала выделению населением авторитета врача, как специалиста с более высоким уровнем подготовки («зачем обращаться к медсестре, когда есть врач, который обязан помочь?»);

- технологический фактор: размещение МПСЗ в технологическом процессе на роль вспомогательного персонала, практически не имеющего право самостоятельной практики;

- врачебный фактор: настоящее положение выгодно врачам, т.к. признательность населения полностью направлена на них («с медсестрами славой можно не делиться»), предписываемое взаимодействие врача с медсестрой повсеместно на практике обернулось полным подчинением последней.

Нами установлено, что возможность использования рассматриваемых теоретических моделей сестринского дела в условиях Казахстана ограничена вследствие наличия следующих факторов:

1. Организационный фактор, состоящий из нескольких моментов:

- отсутствие свободного рабочего времени вследствие большого объема выполняемых лечебно-диагностических и санитарно-противоэпидемических манипуляций для длительного общения с пациентом;

- сестринский уход в настоящее время является не самой главной задачей МПСЗ, более приоритетными определены (в нормативных документах) в стационаре

– обеспечение сандезрежима и выполнение лечебно-диагностических манипуляций, в АПО – помощь врачу при оказании медицинской помощи населению;

- согласно директивам МЗ РК использование другой документации, кроме нормативной, запрещено;

- наличие большого объема ежедневно заполняемой документации, вследствие чего МПСЗ негативно реагирует на любую попытку увеличения данного объема.

2. Образовательный фактор – современная система подготовки врачей и МПСЗ основана на устаревшей идеологии «медсестра – помощник врача», в то время как единая для всех моделей концепция представляет медсестру как самостоятельного специалиста по уходу. При этом следует подчеркнуть, что одним из условий внедрения моделей в отечественную практику здравоохранения станет необходимость перестройки образовательной системы, включая замену идеологии, пересмотр учебных программ, преподавание дисциплин специалистами сестринского дела, проведение экспериментов на клинических базах.

3. Теоретический фактор – проведенные сравнительный анализ моделей сестринского дела выявил их несовершенство и разрозненность (что вполне объяснимо на данном этапе развития сестринства), вследствие чего перед их внедрением в практику необходимо провести экспериментальные исследования. Следует отметить, что за рубежом многие модели апробированы и внедрены в практику, однако внедрение их в отечественную практику должно учитывать «местные» факторы (особенности организации и управления здравоохранением, образ жизни населения).

Необходимость совершенствования и дальнейшего развития сестринского дела в республике требует решения наиболее актуального теоретического вопроса об определении обязанностей, ответственности и взаимоотношений медсестер с пациентами и персоналом. При этом следует подчеркнуть, что для решения этого вопроса есть 2 пути: разработка собственных «казахстанских» моделей сестринского дела или экспериментальная апробация и внедрение имеющихся моделей. Условием использования моделей сестринства в отечественной практике здравоохранения является необходимость перестройки образовательной системы, включая замену идеологии, пересмотр учебных программ, преподавание дисциплин специалистами сестринского дела, проведение экспериментов на клинических базах.